

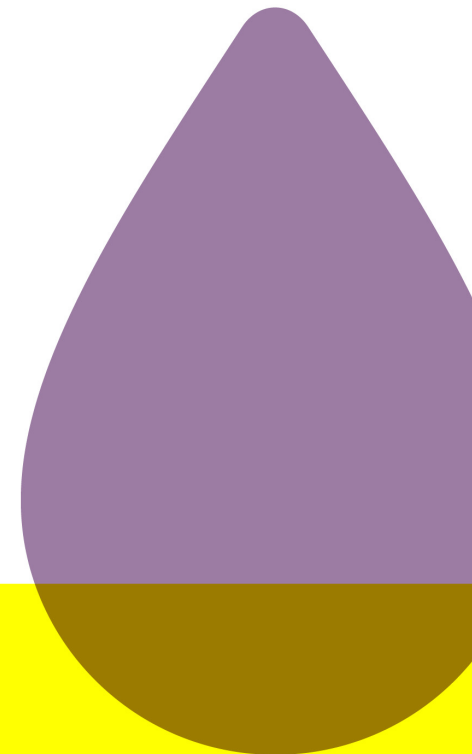
# Evidence-based practice in nursing :

*Soins infirmiers fondés sur les faits*

## Intégration à la pratique

Module Recherche 3

Sylvain BOLORÉ, Maître d'enseignement  
inf., exp. soins d'urgence, MScEd, PhD(c)



**h e d s**

Haute école de santé  
Genève

HEdS  
Haute école  
de santé Genève

47, av. de Champel  
1206 Genève  
+4122 388 56 00

info.heds@hesge.ch  
www.hesge.ch/heds

**Hes-so** GENÈVE  
Haute Ecole Spécialisée  
de Suisse occidentale

# Sommaire

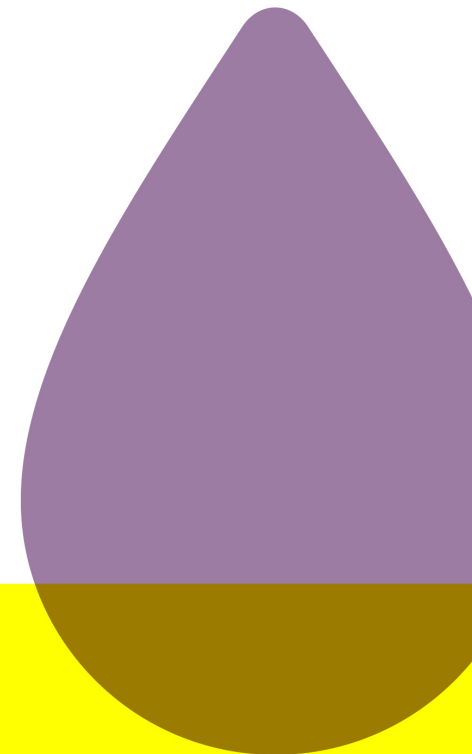
1. Principes & bénéfices attendus
2. Exigences, limites, barrières
3. L'intégration à la pratique en 5 étapes : les 5 A
  - **Ask**
  - **Acquérir** → Preuves, Ressources EBP
  - **Analyser** → Revue systématique, Méta-analyse
  - **Appliquer**
  - **Auditer**

## **Objectifs d'apprentissage** (Séquence « TPE – Séminaire – Cours »)

*Etre capable de :*

- Mobiliser les 4 dimensions de l'EBN dans la pratique clinique
- Analyser une revue systématique et une méta-analyse (niveau de base)
- Participer aux « étapes d'intégration à la pratique » au sein de son lieu d'exercice professionnel
- Contribuer à la prise en compte de la recherche en Sciences infirmières dans la collaboration interprofessionnelle et le partenariat avec le patient

# Principes & bénéfices attendus



# 1. Définition (Rappel cours introduction à l'EBN – ScInf / MDO2)

- Prise de décision clinique ?

Tradition based : **tradition, routine** ; Obedience based : **autorité** ; Confidence based : **intuition**  
Experience based : **expérience** ; Evidence based : **preuves, données, faits**

- Définition EBN

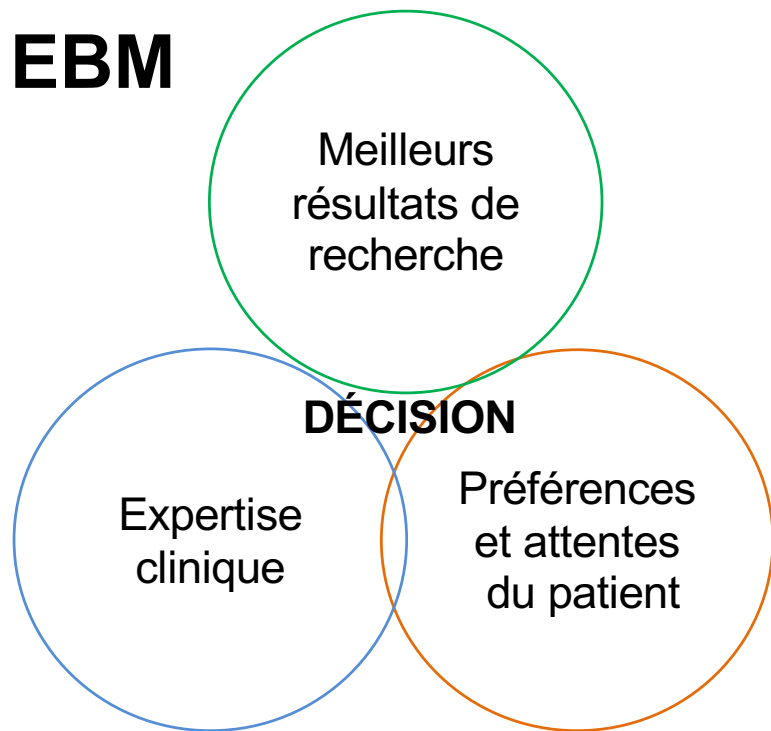
« *La pratique basée sur les résultats probants est l'intégration des **meilleurs résultats de recherche** avec **l'expertise clinique** et les **valeurs du patient** » (Sackett, 2000)*

« *Tout en prenant en compte les **ressources disponibles** » (Cullum et coll., 2008)*

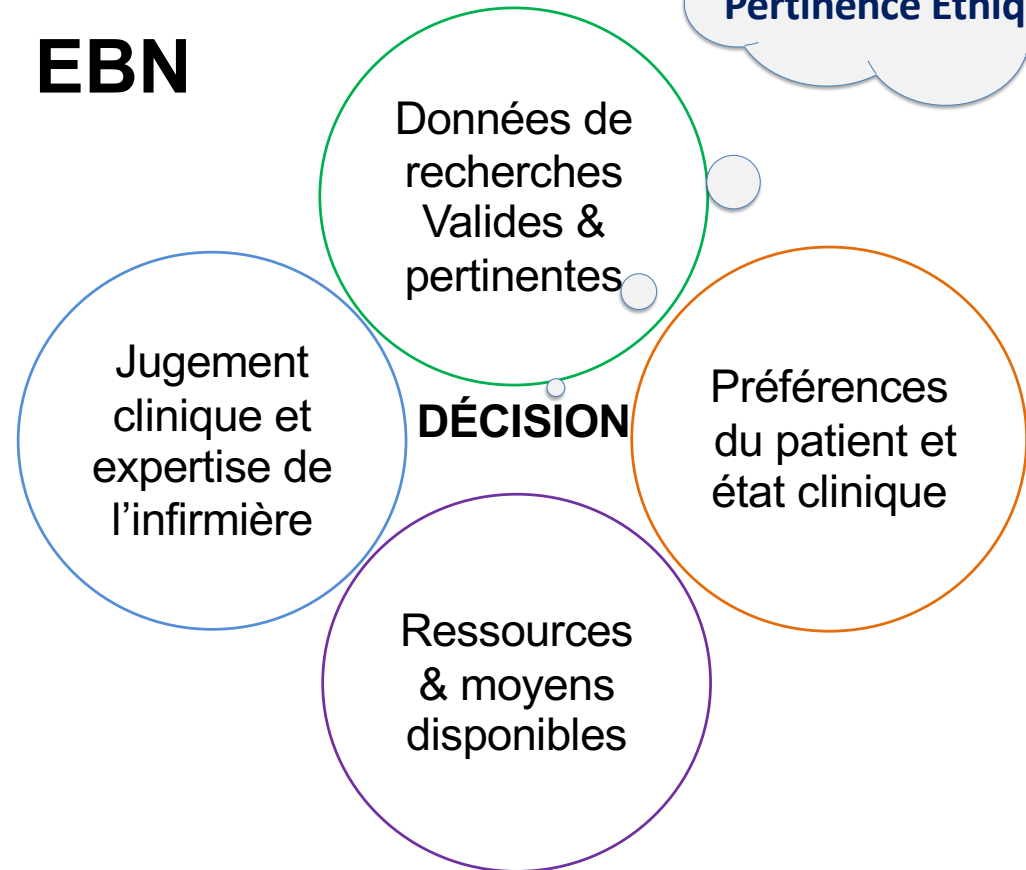
pour **faciliter la prise de décision clinique.**

# 1. EBM, EBN, EBP : un modèle décisionnel

## EBM



## EBN



Pertinence Clinique ?  
Pertinence Patient ?  
Pertinence Ethique ?

Haynes et coll., 1996

**EBP : une démarche identique à tout professionnel applicable dans tous les domaines de pratique**

# 1. EBP : Principes

Une manière de penser la pratique par une méthode de résolution des problèmes.

L'EBN, un « **processus systématique de recherche, d'évaluation et d'utilisation des résultats de recherche pour prendre des décisions concernant les soins infirmiers** » (Di Censo et Cullum)

5 idées en lien :

1. Décisions basées sur la meilleure population et *Evidence* basée sur la **recherche expérimentale**.
2. Nature et source d'*Evidence* doivent être cherchées par rapport à une **question clinique particulière**.
3. L'identification de la meilleure *Evidence* disponible nécessite l'application de principes épidémiologiques, économiques et biostatistiques **associée à** la pathophysiologie et l'expérience personnelle.
4. Cette identification et l'évaluation des preuves doivent être **actées**.
5. Il doit y avoir une **évaluation continue** des performances.

Sackett & Rosenberg, 1995

# 1. EBP in healthcare : exemple pratique 1

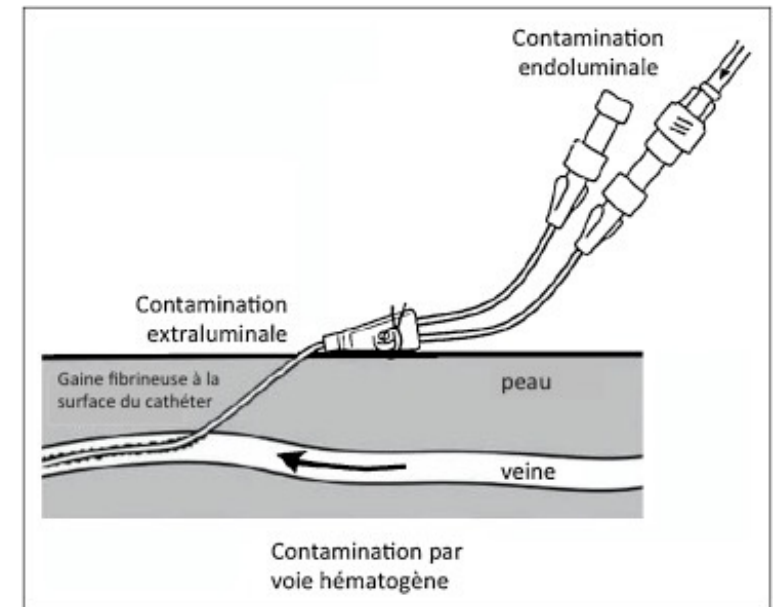
## Infections aux soins intensifs liées à l'utilisation des cathéters veineux centraux.

Utilisation d'une check-list *evidence-based* de 5 items :

- Lavage des mains
- Protections maximales lors de l'insertion
- Utilisation de la Chlorexidine® / nettoyage de la peau
- Eviction du site fémoral
- Retrait des cathéters non nécessaires

→ Diminution taux de septicémies liées aux cathéters de 66 % à 18 mois d'implémentation !

Pronovost & al., 2006





# 1. EBP in healthcare : exemple pratique 2

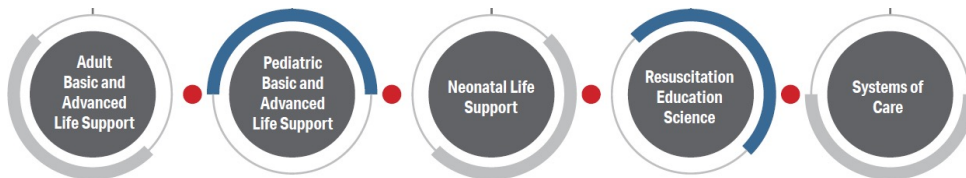
## Réanimation cardio-pulmonaire

Pouvons-nous :

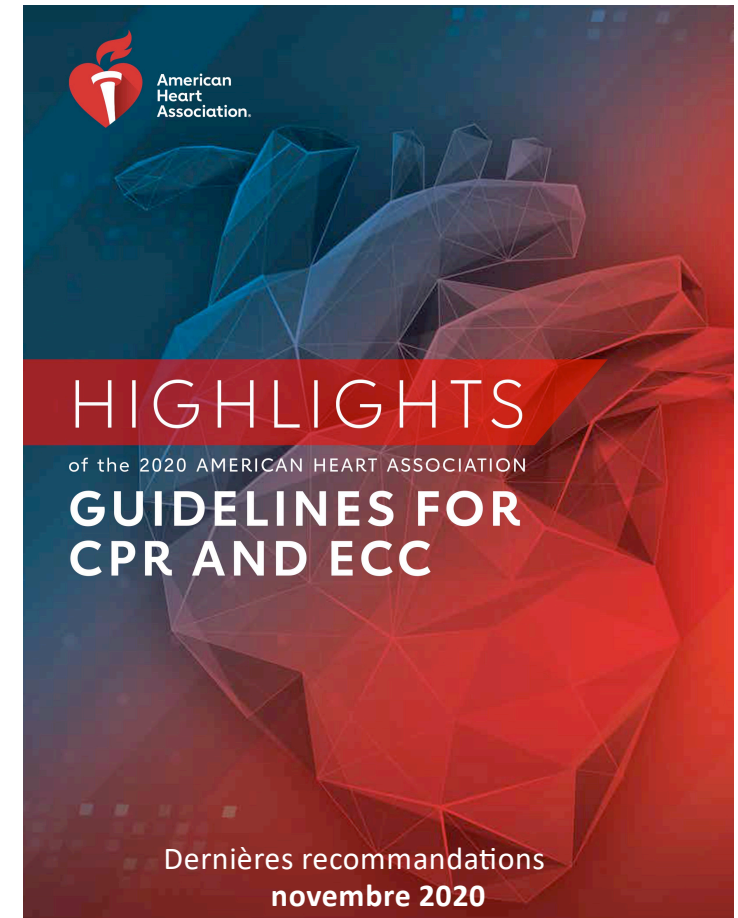
- Mettre nos mains comme nous voulons ?
- Insuffler l'air quand nous le désirons ?
- « Choquer » à l'aide du défibrillateur à l'envie ?

Approche standardisée BLS & ACLS

= une des meilleures approches *evidence-based*.



**The Most Updated Science  
From the Leader in Resuscitation**



[Accès](#)

# 1. EBP : Bénéfices attendus

Population	Infirmières	Système de santé	Recherche et formation
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration résultats de soins</li> <li>• Harmonisation pratiques</li> <li>• Démocratie sanitaire</li> <li>• Équité</li> <li>• Qualité et sécurité des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction</li> <li>• Empowerment</li> <li>• Développement professionnel continu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertinence</li> <li>• Efficacité</li> <li>• Qualité</li> <li>• Sécurité</li> <li>• Efficience</li> <li>• Performance</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incitation à production de données probantes</li> <li>• Développement de compétences</li> </ul>

(Nursing Science Foundation, 2017)

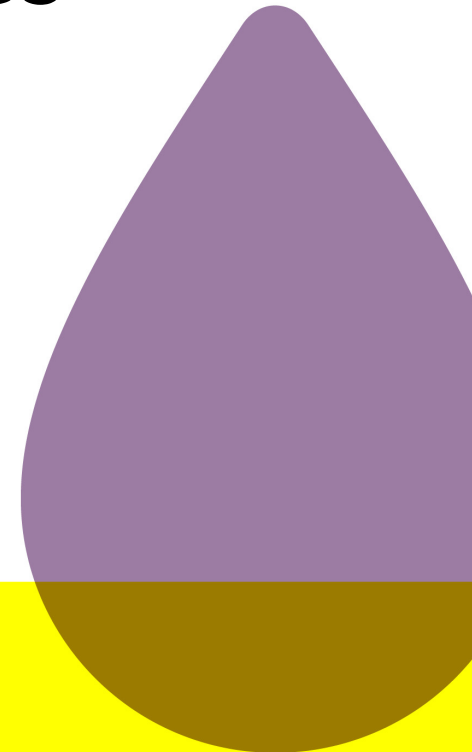
S'engager dans l'EBP, c'est

→ Chercher à offrir les meilleurs soins

→ Réduire la variabilité des pratiques

→ S'inscrire dans une forme d'apprentissage continu

Exigences, limites, barrières



## 2. EBP : Exigences

### 1. Contexte de société

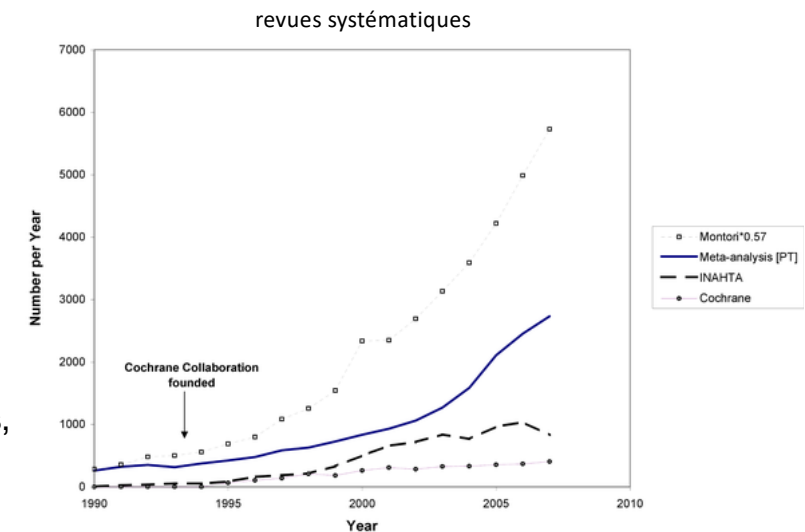
- Réduction durées de séjour, développement soins ambulatoires
- Coûts « non qualité » : complications, EI, réadmissions, souffrance patient, soignant « seconde victime »
- Concurrence : certifications, accréditations
- Importance qualité de vie / droits et exigences population

### 2. Contexte professionnel

- Rôle propre !
- Nécessité esprit critique
- Confrontation soignants à décisions cliniques de + en + complexes dans la pratique courante.

### 3. Contexte d'évolution des connaissances

- Démultiplication des connaissances (Medline: > 20 mio de références, 2000 à 4000 nvx articles / j., 11 nvelles revues systématiques / j)
- Accessibilité de l'information (+/-), production de bruits



## 2. EBP : Critique

Remise en question des savoirs pratiques basés sur

- l'intuition
- l'expérience clinique
- la physiopathologie
- l'autorité des anciens maîtres



Quid de l'expertise clinique, des valeurs et préférences des patients ?

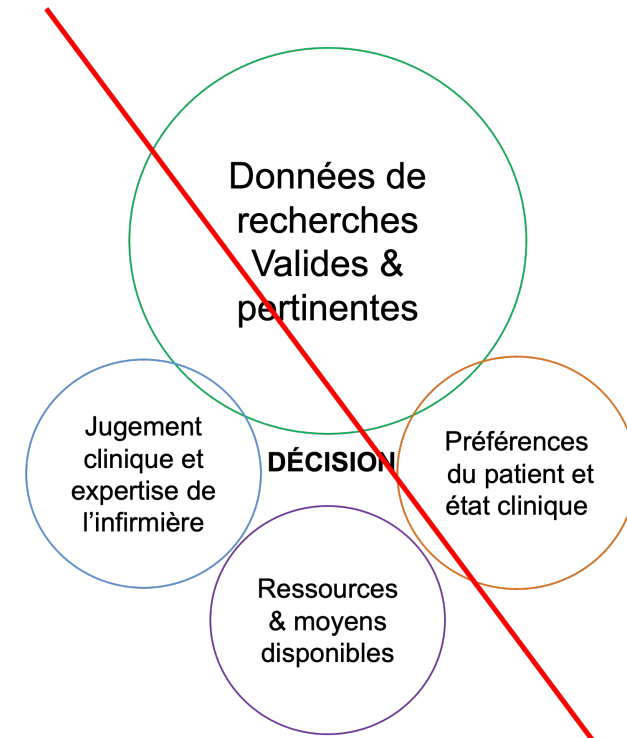
- « une médecine de recettes »
- un outil destiné à baisser les coûts
- un concept d'experts détachés du terrain et limité à la recherche clinique
- qui réfute tout traitement non testé dans les études, au risque de ne pas traiter du tout

## 2. EBP : Limites

- *We live a in “a world of standards but not a standard world”*

Timmermans & Epstein, 2010

- « *Evidence **Biased** Practice* » ?
  - Critères d'inclusion/d'exclusion
  - Large échantillonnage
  - Publication (anglais, resultats positifs, ...)
  - Réplicabilité ...
  - Paradigme quantitatif
  - « *Publish or perish* »
- Fausse sécurité ?



## 2. EBP : Barrières

OMS, 2017

Organisation

- Manque de structures de soutien
- Politiques organisationnelles dépassées
- Structures hiérarchiques
- Routines dépassées et incontestées

- Faible appropriation
- Manque de connaissance, de compétences
- Attitudes négatives
- Représentations
- Manque de temps

Professionnel

Evidence

- Peu d'études de haute qualité disponibles
- Bonnes pratiques peu claires
- Bonnes pratiques non actualisées
- Quantité massive d'informations

- EBN pas défini comme objectif
- Manque de soutien à démarche EBN
- Autorité insuffisante

Leaders & Management

## 2. Barrière « Représentations »

- Etude descriptive sur un échantillon aléatoire de 1015 membres de l'American Nurses Association
- 34,5% des répondants d'accord ou fortement d'accord quant au recours à l'EBP pour soigner les patients
- 76,2% estiment la formation nécessaire
- 2 obstacles les plus fréquemment cités: manque de temps, culture de l'organisation non aidante
- L'expression « *C'est comme ça que nous avons toujours fait c'est ici!* » est encore courante

Wallis, 2012

### Barriers to Implementing Evidence-Based Practice Remain High for U.S. Nurses

Getting past "We've always done it this way" is crucial.

**E**vidence-based practice (EBP), a problem-solving approach to patient care that integrates the best evidence from well-designed studies with clinicians' expertise, patient assessments, and patients' own preferences, leads to better, safer care; better outcomes; and lower health care costs. Yet despite the fact that nurses report that engaging in EBP leads to greater professional satisfaction, nurses in the United States aren't consistently using it.

To assess nurses' current readiness and willingness to implement EBP, Melnyk and colleagues at Ohio State University (OSU), Columbus, conducted a descriptive survey of a random sample of 1,015 members of the American Nurses Association. The results showed that only 34.5% of respondents (350) agreed or strongly agreed that their colleagues consistently used EBP in treating patients. Although a majority (76.2%) felt it was important for them to have more education and

skills in EBP, most found educational opportunities wanting, as they did access to knowledgeable mentors, resources, and tools needed to use EBP. The two most frequently cited barriers to EBP, however, were a lack of time and an organizational culture that didn't support it—getting past workplace resistance and the constraining power of the phrase, "That's the way we've always done it here."

"There's a resistance that staff nurses are getting from nurse managers and nurse leaders," says Melnyk. "That's a big problem, because managers are critical for providing the support needed to do this and for providing role models."

Education is a big factor, Melnyk points out. "People educated 20 years ago didn't learn an EBP approach to care," she says, adding that educators still spend more time teaching students how to do rigorous research than they do teaching them how to use research in practice.

"Behavior change is tough," says Melnyk, who is also dean of the College of Nursing, associate vice president for health promotion, and chief wellness officer at OSU. The key seems to lie in creating a context and support system under which EBP efforts can be sustained. Nurse leaders who want to encourage EBP among their staff, Melnyk says, "need to realize that a one- or two-day workshop isn't likely to cause sustainable change." To really make it happen, she believes, nurse leaders need to place enough EBP mentors at the bedside who can work hand in hand with clinicians to help them learn these skills and implement them consistently.

Melnyk and her colleagues at OSU are currently launching an online continuing education program so that people can access EBP mentorship skills from around the world. Information on the program can be found at <http://bit.ly/Ps1pgw>.—*Laura Wallis*

Melnyk BM, et al. *J Nurs Adm* 2012;42(9):410-7.

#### NewsCAP

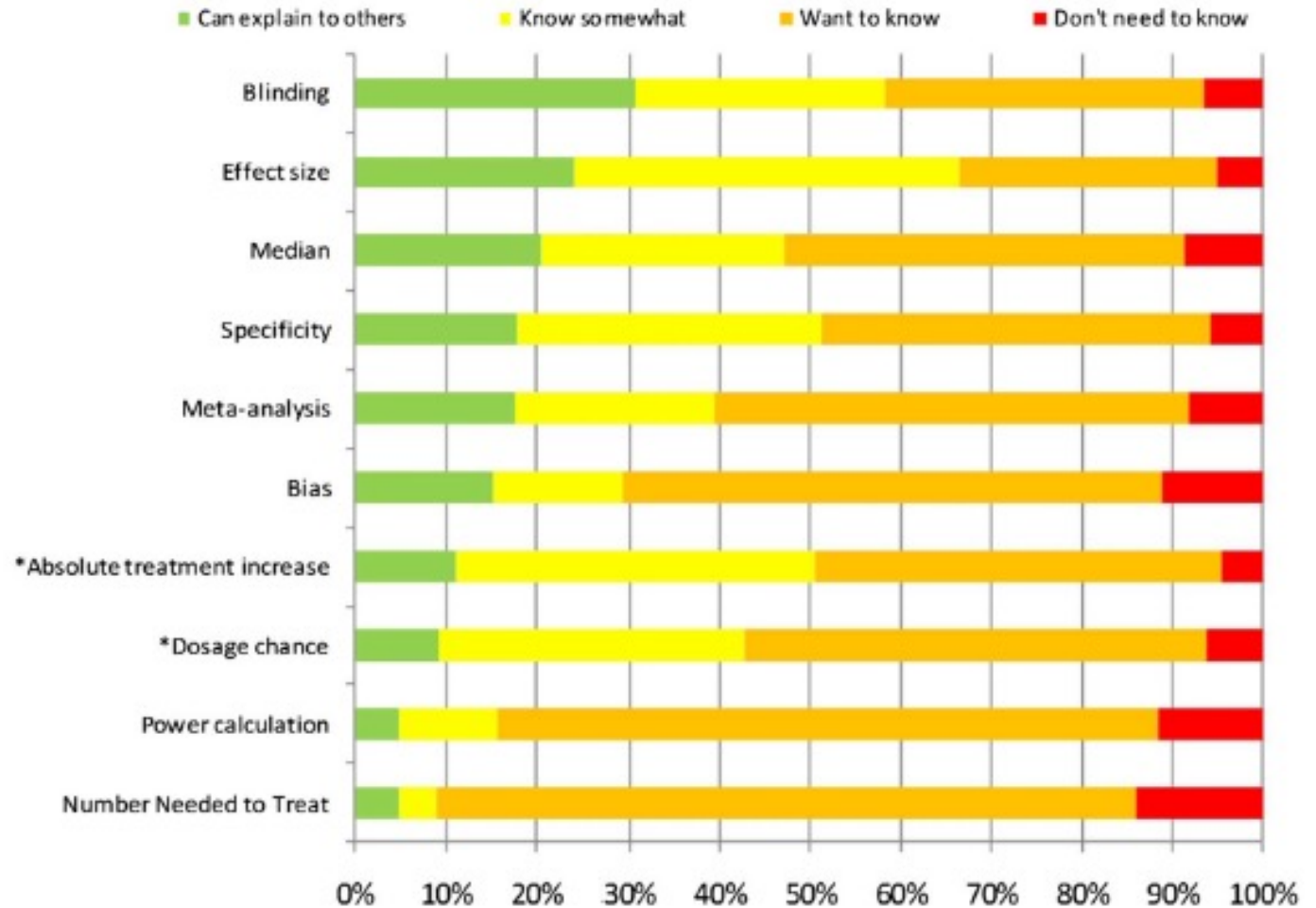
📰 **The U.S. health care system wasted \$750 billion in 2009.** This amount of money could provide health insurance for many—150 million workers, for example—according to the Institute of Medicine (IOM) report, *Best Care at Lower Cost*. The report identifies deficiencies, such as primary care physicians needing to coordinate with an average of 229 other physicians in a single year to treat Medicare patients, and 75% of hospital patients not knowing the clinician overseeing their care. But it also defines ways to improve health care, including computing, information science, and connectivity tools that enhance patient-physician communication. The safety and quality of care will improve by applying evidence-based practices and including patients, families, and other caregivers on the care team. The IOM envisions a learning health care system that combines science and informatics, patient-clinician partnerships, incentives, and a culture that promotes continuous improvements. Read Mary D. Naylor's post about the role of nurses in such changes on *AIN's* blog, *Off the Charts*, at <http://bit.ly/Rpy1BR>.



## 2. Barrière « lecture critique d'articles »

*Nurses' knowledge of common evidence-based practice terms.*

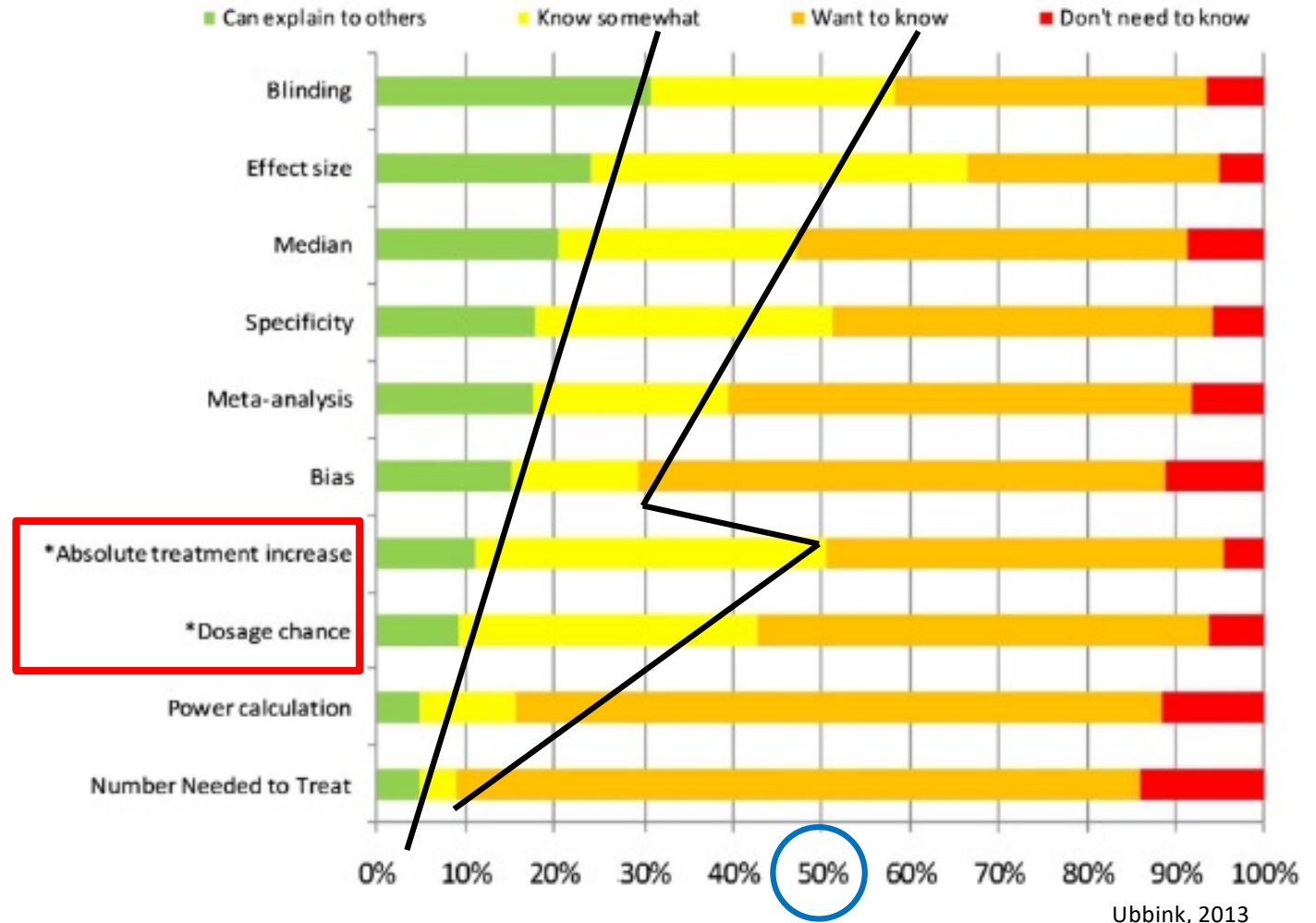
*Terms with an asterisk are meaningless dummy terms.*



## 2. Barrière « lecture critique d'articles »

*Nurses' knowledge of common evidence-based practice terms.*

Les termes avec un astérisque sont des termes factices dénués de sens.



## 2. Barrière « Attitudes »

Représentations à actualiser

Paradoxes

Différences entre professions

**Table 3** Attitudes of doctors and nurses towards EBP

	Doctors Median (range)	Nurses Median (range)
<u>Your current attitude towards EBP</u> <i>Least positive (0) to Extremely positive (100)</i>	72.3 (49–97)	66.7 (55–85)
<u>Attitude of your colleagues towards EBP</u> <i>Least positive (0) to Extremely positive (100)</i>	61.0 (41–89)	48.0 (48–48)
How useful are research findings in daily practice? <i>Useless (0) to Extremely useful (100)</i>	80.0 (46–97)	62.0 (34–82)
What percentage of your clinical practice is evidence-based? <i>0% to 100%</i>	52.6 (40–80)	44.9 (44–46)
<u>Practicing EBP improves patient care</u> <i>Completely disagree (0) to Fully agree (100)</i>	80.1 (52–97)	80.7 (74–87)
EBP is of limited value in clinical practice, because a scientific basis is lacking <i>Completely disagree (0) to Fully agree (100)</i>	36.3 (3–43)	48.3 (48–49)
Implementing EBP, however worthwhile as an ideal, places another demand on already overloaded surgeons/nurses <i>Completely disagree (0) to Fully agree (100)</i>	51.4 (37–56)	55.2 (17–61)
The amount of evidence is overwhelming <i>Completely disagree (0) to Fully agree (100)</i>	53.5 (50–57)	No data
EBP fails in practice <i>Completely disagree (0) to Fully agree (100)</i>	39.7 (15–84)	41.0 (39–63)
EBP is important for my profession <i>Completely disagree (0) to Fully agree (100)</i>	68.3 (52–95)	61.6 (30–93)

Scores can range from 0 to 100.  
EBP, evidence-based practice.

Ubbink, 2013

## 2. Barrière « Attitudes »

**TABLE 2** Mean and median of total and item scores of the EBP Beliefs Scale (n = 100)

Items EBP Beliefs scale	Total sample (n = 100)		CHC nurses (n = 86)		Independent nurses (n = 14)	
	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)	Median (IQR)	Mean (SD)
Total score	54.0 (59.0)	53.11 (7.9)	53.4 (58.8)	52.85 (8.1)	57.0 (59.0)	54.71 (6.2)
1 I believe that EBP results in the best clinical care for patients	4.0 (4.0)	3.82 (0.7)	4.0 (4.0)	3.76 (0.7)	4.0 (4.0)	4.14 (0.4)
2 I am clear about the steps of EBP	3.0 (4.0)	2.75 (1.1)	3.0 (4.0)	2.73 (1.1)	3.0 (4.0)	2.86 (1.1)
3 I am sure that I can implement EBP	4.0 (4.0)	3.42 (0.8)	4.0 (4.0)	3.43 (0.8)	4.0 (4.0)	3.36 (0.9)
4 I believe that critically appraising evidence is an important step in the EBP process	4.0 (4.0)	3.92 (0.8)	4.0 (4.0)	3.89 (0.8)	4.0 (4.3)	4.07 (0.6)
5 I am sure that evidence-based guidelines can improve clinical care	4.0 (4.0)	4.05 (0.7)	4.0 (4.0)	4.02 (0.8)	5.0 (5.0)	4.21 (0.6)
6 I believe that I can search for the best evidence to answer clinical questions in a time-efficient way	4.0 (4.0)	3.34 (0.9)	4.0 (4.0)	3.43 (0.9)	3.0 (4.0)	2.79 (1.0)
7 I believe that I can overcome barriers to implementing EBP	3.5 (4.0)	3.36 (0.8)	3.0 (4.0)	3.40 (0.8)	3.5 (4.0)	3.07 (1.1)
8 I am sure that I can implement EBP in a time-efficient way	3.0 (4.0)	3.22 (0.9)	3.0 (4.0)	3.26 (0.9)	3.5 (4.0)	3.00 (1.2)
9 I am sure that implementing EBP will improve the care that I deliver to my patients	4.0 (4.0)	3.80 (0.8)	4.0 (4.0)	3.77 (0.9)	4.0 (4.0)	4.00 (0.6)
10 I am sure about how to measure the outcomes of clinical care	3.0 (4.0)	3.13 (1.0)	3.0 (4.0)	3.10 (1.0)	3.5 (4.0)	3.36 (0.9)
11 I believe that EBP takes too much time (reverse scored)	3.0 (4.0)	2.89 (1.0)	3.0 (4.0)	2.84 (1.0)	3.0 (4.0)	3.21 (1.1)
12 I am sure that I can access the best resources in order to implement EBP	3.0 (4.0)	2.94 (0.9)	3.0 (4.0)	2.93 (0.9)	3.0 (4.0)	3.00 (1.2)
13 I believe EBP is difficult (reverse scored)	3.0 (4.0)	2.86 (1.0)	3.0 (4.0)	2.82 (1.0)	3.0 (4.0)	3.07 (0.8)
14 I know how to implement EBP sufficiently well to make practice changes	3.0 (3.0)	2.75 (1.0)	3.0 (3.0)	2.71 (0.9)	3.0 (4.0)	3.00 (1.0)
15 I am confident about my ability to implement EBP where I work	4.0 (4.0)	3.35 (1.1)	4.0 (4.0)	3.31 (1.1)	4.0 (4.0)	3.64 (0.7)
16 I believe the care that I deliver is evidence-based	4.0 (4.0)	3.52 (1.0)	4.0 (4.0)	3.45 (1.1)	4.0 (4.0)	3.93 (0.7)

CHC, community healthcare centre; EBP, evidence-based practice; IQR, interquartile range—75th percentile; SD, standard deviation.