

LIBAN

LES RÉSULTATS PROBANTS ET LE DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE RECHERCHE INFIRMIÈRE

Le palais de l'émir Béchir, dans le Chouf, au Liban

PAR Hana Halabi-Nassif, INF., T.S., Ph.D. (Santé publ.)(c.)
et Marie Hatem, INF., SF, MHA, Ph.D.

PHOTO Mario Fontaine/La Presse

L'article présente la perception des infirmières du CHU Hôtel-Dieu de France (CHU-HDF) au Liban sur les barrières et les atouts potentiels relatifs à la mise en place d'une pratique fondée sur les résultats probants. Pour les infirmières soignantes, l'organisation et les caractéristiques de l'infirmière semblent être les principaux obstacles à l'utilisation des résultats de recherche ; ils sont suivis par la qualité de la recherche et sa communication. Afin d'assurer sa crédibilité en tant qu'hôpital universitaire et garantir des soins de qualité aux patients, les responsables du CHU-HDF auraient à affirmer clairement leur engagement et leur soutien envers les infirmières dans la mise en place d'une unité de recherche, à faciliter l'accès aux ressources (p. ex., Internet) et aux articles scientifiques, et à valoriser les équipes qui soutiennent une telle pratique.

Il serait également pertinent de développer les connaissances des infirmières en méthodologie de la recherche et de les accompagner dans leurs premiers travaux. Enfin, il serait indispensable que la direction des soins infirmiers reconsidère la charge de travail des infirmières et trouve une solution à leur manque de temps afin de leur permettre d'avoir recours aux résultats de recherche.

Mots clés : résultats probants, résultats de recherche, communication.

EVIDENCE-BASED PRACTICE AND THE DEVELOPMENT OF A NURSING RESEARCH CULTURE

The article looks at the perceptions of nurses at the Hôtel-Dieu de France university hospital (CHU-HDF) in Lebanon regarding the obstacles to and potential benefits of implementing an evidence-based practice. For front-line nurses, the organization and characteristics of nurses appear to be the main obstacles to the use of research findings, along with the quality of the research and the way the findings are communicated. To ensure its credibility as a university hospital and guarantee quality care for patients, CHU-HDF authorities should clearly state their commitment and support for nurses in establishing a research unit, simplifying access to resources (e.g. the Internet) and to scientific articles, and recognizing teams that support such a practice. It would also be a good idea to develop nurses' knowledge of research methodology and back them up in their initial research work. Lastly, nursing management must reconsider nurses' workload, to allow them time to consult research findings.

Key words: evidence-based practice, research findings, communication.

La recherche est un atout d'excellence pour l'évolution des professions. Elle favorise le développement des connaissances et la validation des pratiques dont elle garantit la qualité (Omery et Williams, 1999). Toutefois, l'utilisation des résultats probants dans le quotidien des infirmières reste limitée. Nombreux sont les auteurs qui se sont penchés sur les obstacles qui empêchent ces dernières de recourir à la recherche dans leur pratique. Au Liban, le CHU-HDF entame une démarche d'amélioration de la qualité des soins. Le présent article montre les résultats d'une étude portant sur la perception des infirmières cadres et soignantes quant aux barrières potentielles à l'utilisation de la recherche dans leur pratique ainsi qu'aux facteurs facilitant cette utilisation.

PROBLÉMATIQUE

Avec le développement rapide des services de santé, des défis majeurs se posent à tous les professionnels. Toute profession doit réviser ses anciennes pratiques et satisfaire les gestionnaires des services de santé qui veulent que les professionnels, y compris les infirmières, fondent leur pratique sur les meilleures données probantes disponibles (Bryar *et al.*, 2003). Cette exigence est appuyée par l'OMS (WHO, 1999).

PRATIQUE INFIRMIÈRE BASÉE SUR LES RÉSULTATS PROBANTS : UN NOUVEAU PARADIGME ?

La notion de résultats probants fait référence à la causalité et à la preuve. En pratique, un résultat probant serait un fait utilisé ou qui pourrait être utilisé pour prendre une décision, prononcer un jugement ou résoudre un problème (McQueen et Anderson, 2000). Cette notion de preuve ou de résultat probant diminue l'importance donnée à l'intuition, à l'expérience clinique non systématique et à l'argumentation physiopathologique en tant que fondement d'une prise de décision clinique (Stetler *et al.*, 1998). Cochrane (1999) souligne le fait que les professionnels ainsi que les décideurs du système de santé accordent plus d'importance aux opinions qu'aux faits prouvés ou à l'analyse systématique des connaissances scientifiques, ce qui n'est certes pas souhaitable.

La prise de décision médicale fondée sur les résultats probants ou « evidence-based medicine » (EBM) consiste en l'intégration des meilleurs résultats probants à l'expertise clinique et aux valeurs et préférences du patient (Sackett, 2000). Ce type de prise de décision à partir des résultats probants a rapidement dépassé le seul usage des médecins pour toucher l'équipe multidisciplinaire en santé (Closs et Cheater, 1999). Ainsi sont apparues les expressions telles que « evidence-based practice » (pratique fondée sur les résultats probants) ou « evidence based-nursing » (Estabrooks, 1998 ; Omery et Williams, 1999) pour guider les décisions en matière de soins (Omery et Williams, 1999). Cette définition qui met clairement l'accent sur la perspective du patient a la faveur de la plupart des infirmières (Closs et Cheater, 1999).

BARRIÈRES À L'UTILISATION DE LA RECHERCHE PAR L'INFIRMIÈRE

Il existe un fossé entre la théorie et la pratique en général, et en particulier en ce qui concerne les résultats probants (Burrows et McLeish, 1995). Selon Funk *et al.* (1991), l'échelle des

obstacles à l'utilisation de la recherche par les infirmières comprend quatre facteurs qui rappellent les concepts du modèle d'adoption de l'innovation de Rogers (1995). Ces facteurs correspondent aux *obstacles liés* : 1) *aux caractéristiques personnelles et à la volonté des infirmières* : manque de motivation, de confiance et d'autonomie, survalorisation des habitudes et des rituels conjuguée à une appréhension du changement, manque de formation et de compétences dans la compréhension des résultats de recherche (Brenner, 2005 ; Bryar *et al.*, 2003 ; Funk *et al.*, 1991 ; Hutchinson et Johnston, 2004 ; Kuuppelomäki et Tuomi, 2005 ; Sitzia, 2002 ; Thompson *et al.*, 2006) ; 2) *à l'organisation* : la culture institutionnelle ne favorise pas l'introduction d'innovations. L'infirmière ne reçoit pas le soutien des autres professionnels ; elle n'a pas le temps de lire et de comprendre les recherches (Lewis *et al.*, 1998 ; Nolan *et al.*, 1998 ; Funk *et al.*, 1991, 1995). L'infirmière est consciente de son manque d'autorité et de ressources pour implanter des changements (Brenner, 2005 ; Bryar *et al.*, 2003 ; Funk *et al.*, 1991 ; Hutchinson et Johnston, 2004 ; Kuuppelomäki et Tuomi, 2005 ; Mehrdad *et al.*, 2008 ; Sitzia, 2002 ; Thompson *et al.*, 2006) ; 3) *aux caractéristiques de l'innovation et à la nature des recherches* : souvent ces recherches sont de nature descriptive et non pragmatique. Leurs conclusions ne sont pas toujours déterminantes, et parfois même contradictoires (Funk *et al.*, 1991 ; Mehrdad *et al.*, 2008). De plus, la différence de culture et de langage entre chercheurs et soignants serait un obstacle majeur à l'utilisation de la recherche ; 4) *à la communication ou à la diffusion des recherches* : celles-ci ne sont pas publiées rapidement, ne sont pas centralisées, et y accéder est souvent très coûteux. Par ailleurs, les analyses statistiques et les répercussions dans la pratique ne semblent pas toujours claires (Funk *et al.*, 1991).

Tous ces facteurs représentent des obstacles à l'utilisation de la recherche dans la pratique. Par ailleurs, d'autres études ont relevé d'autres barrières, telles que les sources de connaissances pratiques et d'information des infirmières, leur niveau de formation et leurs attitudes et enfin, l'organisation dans sa culture et sa structure.

CONTEXTE DE L'ÉTUDE CHU-HDF, BEYROUTH – LIBAN

Au Liban, la culture de recherche en soins infirmiers est limitée à l'enseignement universitaire. Les étudiants sont préparés à la méthodologie de la recherche dès le premier cycle. La majorité des recherches réalisées ne sont pas diffusées dans le grand public et certains des résultats ne sont pas adoptés dans les unités de soins en dépit de leur pertinence. Ainsi, elles se trouvent souvent réduites à un exercice méthodologique destiné à l'obtention d'un diplôme et elles viennent étoffer la littérature « grise ». Cet état de fait semble démotiver les infirmières, qui hésitent à s'engager dans de nouveaux projets de recherche.

Un sondage d'opinion a été effectué en 2001 (en prévision de l'étude organisationnelle) auprès d'infirmières soignantes et cadres œuvrant dans différents centres hospitaliers au Liban sur l'utilisation des résultats de la recherche dans leur pratique. Il en ressort que cette utilisation se limitait aux unités d'assurance qualité et avait pour but de réduire les risques d'accidents hospitaliers. Le niveau d'innovation exigé par cette démarche est minime et les résistances au changement

sont balisées par le pouvoir hiérarchique. Cependant, ces unités d'assurance qualité pourraient être un tremplin vers le développement d'unités de recherche dans les hôpitaux. D'ailleurs, les instances responsables du processus d'accréditation, dans lequel tous les hôpitaux libanais sont engagés, sont favorables au développement d'une nouvelle culture organisationnelle de recherche.

La participation de toutes les infirmières œuvrant au CHU-HDF a été sollicitée. L'échantillon était composé de cadres infirmiers (supérieurs, experts et infirmières-chefs) et d'infirmières soignantes œuvrant auprès des patients. Seuls ont été exclus le cadre expert responsable de l'unité de recherche qui a participé avec l'auteure principale à l'organisation de la présente étude, les infirmières en congé durant la période de l'enquête, celles qui étaient en situation de démission et les stagiaires. L'échantillon comprenait 280 participantes.

Un questionnaire a été utilisé lors de l'enquête. Il comprenait : 1) les variables sociodémographiques et professionnelles (p. ex., âge, sexe, statut civil, poste occupé actuellement ; dernier diplôme obtenu ; formation en cours et type ; formation spécifique à la recherche ou en statistiques) ; 2) l'échelle des obstacles et des atouts (Funk *et al.*, 1991), qui évalue la perception des infirmières soignantes et cadres par rapport aux obstacles et atouts relatifs à l'utilisation des résultats de la recherche dans la pratique.

Cette échelle validée au plan psychométrique consistait en 29 items et a été testée auprès d'un échantillon de 924 infirmières diplômées travaillant à plein temps dans le milieu clinique. Les analyses déterminent sur l'échelle de Likert (scores de 1 [n'est pas un obstacle] à 4 [obstacle très important]) les quatre facteurs portant sur les caractéristiques suivantes : facteur 1 : utilisatrice potentielle (p. ex., valeurs de l'infirmière concernant la recherche) (8 items ; $\alpha = 0,80$) ; facteur 2 : organisation (p. ex., obstacles, limitations) (8 items ; $\alpha = 0,80$) ; facteur 3 : innovation et qualité des recherches (6 items ; $\alpha = 0,72$) et facteur 4 : communication de la recherche, présentation et accessibilité (6 items ; $\alpha = 0,65$).

Le cadre expert de l'unité de recherche au CHU-HDF a distribué les questionnaires aux surveillantes des unités, qui les ont remis à toutes les infirmières du CHU-HDF au moment voulu, pour un total de 340 enveloppes (questionnaire et enveloppe-retour). Les infirmières étaient priées de glisser le questionnaire rempli dans l'enveloppe fournie, de la sceller et de la remettre à la secrétaire de la direction des soins infirmiers (garantie d'anonymat). À la fin de chaque journée

consacrée à la collecte des données, le cadre expert remettait les questionnaires à la chercheuse. L'enquête s'est déroulée au mois de juillet 2003. Une note de rappel hebdomadaire était affichée dans chacun des services du CHU-HDF. Le taux de réponse a été de 82,6 %. Un seul questionnaire remis non rempli a été éliminé de l'étude, et le total final a été de 281 questionnaires remplis. Ceux-ci ont été traités de manière anonyme et ont été détruits à la production du rapport. L'appui de l'administration du CHU-HDF était assuré.

Les données ont été traitées à l'aide du logiciel SPSS (version 11). L'analyse a porté sur l'échantillon global divisé en deux sous-groupes d'infirmières : soignantes (226) et cadres



Le CHU Hôtel-Dieu de France.

Le développement de la pratique infirmière fondée sur l'utilisation des résultats probants exige la conjugaison de trois facteurs : une organisation qui soutient le projet, un enseignement approprié de la méthodologie de la recherche et une perception positive des infirmières quant à cette pratique.

Afin d'assurer sa crédibilité en tant qu'hôpital universitaire et de garantir des soins de qualité, la direction des soins infirmiers du CHU-HDF, hôpital privé à but non lucratif géré par l'Université Saint-Joseph (USJ), projette l'insertion d'une unité de recherche dans sa structure. En partenariat avec la Faculté des sciences infirmières de l'USJ, les responsables de la direction des soins ont trouvé essentiel d'adopter une stratégie de promotion de l'utilisation de la recherche dans les unités de soins. Afin d'amorcer ce changement, il était capital de poser le diagnostic organisationnel du CHU-HDF en lien avec l'introduction de l'innovation que représente la culture de recherche infirmière. Il fallait donc déterminer les atouts ou les obstacles relatifs à un tel projet, et la perception qu'ont les infirmières qui y travaillent de ces atouts et obstacles potentiels. Ce dernier objectif fait l'objet du présent article.

MÉTHODE

Il s'agit d'une étude descriptive corrélationnelle réalisée dans le cadre d'une analyse de cas organisationnelle qui a permis de poser le diagnostic du CHU-HDF sur l'introduction de l'innovation que représente une culture de recherche infirmière (résultats présentés ailleurs).

TABLEAU 1

(47). L'analyse descriptive ciblait les données sociodémographiques et professionnelles ainsi que les facteurs représentant les catégories d'obstacles selon Funk *et al.* (1991) : fréquence, pourcentage, moyenne et écart-type pour les variables continues, et fréquence et pourcentage pour les variables discrètes.

En ce qui concerne l'échelle des obstacles, le score de chaque facteur a été établi selon les indications de Funk *et al.* (1991). La moyenne des réponses aux items de chaque facteur a été calculée pour chacun des individus après élimination des items pour lesquels les réponses étaient « pas d'opinion » ou « sans réponse ». Dans ce cas, le diviseur pour la moyenne était le nombre des items ayant des réponses valides (scores de 1 à 4) et non le nombre total sur l'échelle. Le questionnaire des personnes qui ont répondu « pas d'opinion » pour au moins la moitié des items de l'échelle a été considéré comme valeur manquante pour l'échelle. Par ailleurs, le pourcentage des réponses qui indiquaient chaque obstacle comme « modérément important » ou « très important » a été calculé ; un classement des items a été fait pour permettre de repérer les obstacles les plus importants.

L'analyse inférentielle a permis de vérifier l'existence d'une association entre les facteurs de l'échelle et les variables sociodémographiques et professionnelles. Le test de Pearson a été utilisé pour étudier les associations entre les facteurs selon Funk *et al.* (1991) (variables continues) et l'âge, le nombre d'années d'expérience, le nombre d'années depuis le premier diplôme et le total de la durée de formation des infirmières (variables continues). Ce test a été également employé pour la lecture des articles, le changement de pratiques et le niveau actuel de connaissances. Le test de *t* de Student a servi à étudier l'association entre les facteurs selon Funk *et al.* (1991) et des variables dichotomiques (p. ex., le poste occupé, la formation en cours et la recherche).

RÉSULTATS

Le Tableau 1 présente les caractéristiques comparatives des deux sous-groupes d'infirmières participantes : soignantes et cadres.

Selon ce tableau, il s'avère que les infirmières dont l'âge est avancé, qui ont plus d'années d'expérience et qui ont obtenu leur premier diplôme il y a longtemps ont tendance à occuper un poste cadre. Par ailleurs, ces cadres sont célibataires et détiennent un diplôme supérieur.

Le niveau de connaissances, la durée de la formation, les types de formation I et II et le genre d'activité de recherche ne semblent pas liés au poste occupé par les participantes. Seules la formation en recherche ($p = 0,000$) et la

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES PARTICIPANTES

VARIABLES †	Groupe soignantes	Groupe cadre	p*
Âge	n : 224 $\mu = 28 \pm 5,6$ ans	n : 44 $\mu = 42,3 \pm 7,7$ ans	t $p = 0,000^*$
État civil	n : 226	n : 47	χ^2 $p = 0,041$
Célibataire	142 62,8	22 46,8	
Mariée ou divorcée	84 37,2	25 53,2	
Période d'obtention	n : 222	n : 46	t
Premier diplôme	$\mu = 6,7 \pm 5,3$ ans	$\mu = 21,9 \pm 8,1$ ans	$p = 0,000^*$
Années d'expérience	n : 223	n : 47	t
	$\mu = 6,48 \pm 5$ ans	$\mu = 21 \pm 8,3$ ans	$p = 0,000^*$
Dernier diplôme	n : 220	n : 45	χ^2 $p = 0,000^*$
1 ^{er} cycle	203 92,2	40 88,9	
2 ^e et 3 ^e cycles	17 7,8	5 11,1	

* Relation significative si $p < 0,05$

† Le résultat des variables *poste occupé, formation en cours et type de formation* n'est pas significatif.

TABLEAU 2

PERCEPTION DE L'IMPORTANCE DES OBSTACLES

RANG	Catégorie d'obstacle	Libellé de l'obstacle	%
SOIGNANTES			
1	Organisation	Infirmière n'a pas suffisamment d'autorité pour changer les procédures	81,2
2	Organisation	Pas suffisamment de temps pour implanter de nouvelles idées	79,2
3	Organisation	Médecins ne coopéreront pas	78,0
4	Organisation	Administration ne permettra pas l'implantation	78,0
5	Organisation	Résultats non généralisables au contexte de l'infirmière	77,5
6	Infirmière	Infirmière n'est pas au courant de la recherche	75,4
7	Organisation	Ressources du milieu non adaptées à l'implantation	75,0
8	Présentation	Recherche non rapportée de façon claire et lisible	74,9
9	Infirmière	Infirmière incapable d'évaluer la qualité de la recherche	74,7
10	Organisation	Autres membres du personnel ne soutiennent pas l'implantation	74,4
CADRES			
1	Organisation	Pas suffisamment de temps pour implanter de nouvelles idées	91,3
2	Organisation	Ressources du milieu de travail non adaptées à l'implantation	87,0
3	Organisation	Médecins ne coopéreront pas	86,4
4	Organisation	Infirmière n'a pas de temps pour lire la recherche	85,1
5	Infirmière	Bénéfices du changement de pratique seront minimes	84,4
6	Infirmière	Infirmière incapable d'évaluer la qualité de la recherche	83,7
7	Organisation	Autres membres du personnel ne soutiennent pas l'implantation	82,6
8	Infirmière	Infirmière réticente à changer ou à essayer de nouvelles idées	82,6
9	Infirmière	Besoin de changer de pratique non évident	82,2
10	Infirmière	Valeur de la recherche pour la pratique non perçue	80,4

participation à des activités en la matière ($p = 0,000$) le sont.

Les résultats (non présentés) montrent que les deux groupes d'infirmières ont les mêmes habitudes de lecture d'articles scientifiques. Néanmoins, le type de poste occupé joue un rôle dans la modification des pratiques des infirmières ($p = 0,03$) ; celles qui occupent un poste cadre ont tendance à modifier leurs pratiques plus souvent que les soignantes.

Enfin, sollicitées pour indiquer les activités qu'elles considéraient les plus bénéfiques pour améliorer leurs connaissances et leurs compétences en recherche, les cadres et soignantes s'entendent sur deux priorités : offrir du soutien pour la réalisation de projets de recherche et organiser des ateliers sur la conception d'un projet de recherche. La troisième priorité pour les soignantes concerne l'organisation d'ateliers sur l'analyse et l'interprétation des données alors que les cadres choisissent d'organiser des colloques et des séminaires de recherche. Selon les deux groupes d'infirmières participantes, tous les items de l'échelle sont perçus comme des obstacles très importants ou modérément importants (voir Tableau 2 à la page 39).

Les moyennes des scores calculées pour les quatre facteurs de l'échelle (selon la méthode de Funk *et al.*, 1991) montrent que, pour les soignantes et les cadres, les caractéristiques de l'organisation présentent la moyenne la plus élevée (3,17 ; 3,35 respectivement), suivies de celles relatives aux caractéristiques de l'infirmière (2,99 ; 3,27), de la recherche (2,86 ; 3,04) et enfin de la présentation de la recherche (2,84 ; 3,04).

La consistance interne de l'échelle a montré un alpha de Cronbach de 0,85. Les coefficients alpha relatifs aux caractéristiques de l'infirmière, de l'organisation, de la recherche et de la présentation de la recherche sont respectivement de 0,79, 0,74, 0,68 et 0,73 pour les soignantes et de 0,70, 0,71, 0,68, 0,80 pour les cadres. Funk *et al.* (1991) considèrent « valide » un coefficient alpha égal à 0,65. Les résultats sont donc en faveur

Il serait judicieux que les responsables du département des soins puissent réviser la charge de travail des infirmières et prendre une décision éclairée au sujet du temps nécessaire pour l'introduction de l'innovation.

de la validité interne des quatre facteurs de l'échelle (voir Figure 1 ci-dessous).

Enfin, sollicitées pour classer ce qui leur semblait être les trois facteurs de l'échelle qui seraient les plus importants obstacles à leur utilisation de la recherche, les deux groupes d'infirmières ont cité trois énoncés relatifs aux caractéristiques de l'organisation.

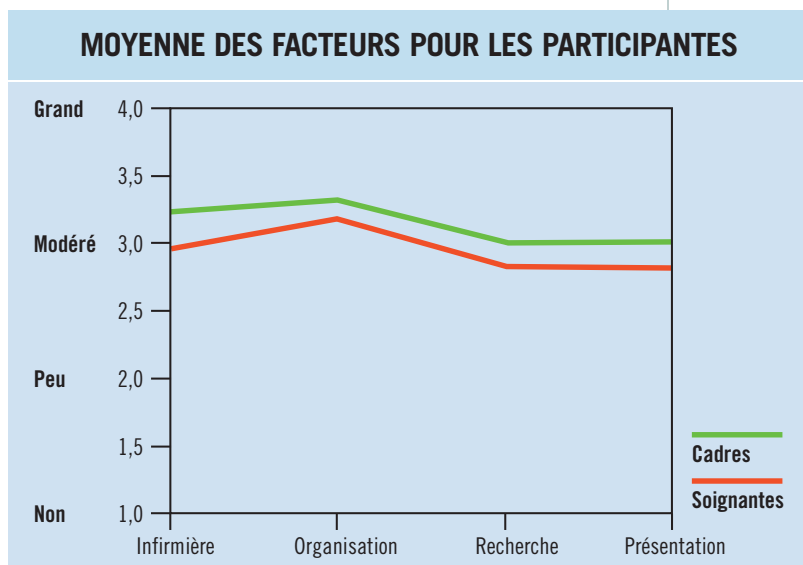
Plus des deux tiers des infirmières soignantes ($n = 161$) ont proposé 278 moyens pour faciliter l'utilisation de la recherche. Ces suggestions sont regroupées sous neuf catégories inspirées de celles proposées par des études similaires (Funk *et al.*, 1991, 1995 ; Lewis *et al.*, 1998 ; Nolan *et al.*, 1998) (voir Tableau 3 ci-contre).

Les résultats au Tableau 4 montrent ce qui suit :

- Facteur 1 : les infirmières plus avancées en âge, en expérience et en ancienneté par rapport au moment de l'obtention de leur diplôme, de même que les cadres et les soignantes qui suivaient une formation durant la période de l'étude ont tendance à considérer que les caractéristiques de l'infirmière sont un obstacle à l'utilisation de la recherche.
- Facteur 2 : les résultats démontrent que les infirmières ayant plus d'années d'expérience, qui lisent des articles, qui changent leurs pratiques et qui ont un niveau élevé de connaissances en recherche trouvent que les caractéristiques de l'organisation sont un obstacle à la recherche. Enfin, les cadres ont aussi tendance à considérer ce facteur comme un obstacle à la recherche.
- Facteur 3 : les infirmières avancées en âge, en années d'expérience et ayant obtenu leur premier diplôme depuis longtemps considèrent que les caractéristiques de la recherche sont un obstacle à ce projet d'innovation.
- Facteur 4 : les infirmières qui lisent des articles et dont le niveau de connaissances en recherche est élevé ont tendance à trouver que les caractéristiques de la présentation de la recherche représentent un obstacle à ce projet.

D'après les résultats, les infirmières qui ont participé à des activités de recherche ont une moyenne d'âge supérieure ($\mu = 31,77$) à celles qui ne l'ont pas fait. De plus, celles qui sont plus âgées et qui ont plus d'années d'expérience ont davantage tendance à lire des articles scientifiques et à modifier leurs pratiques. Les infirmières détenant une maîtrise ou un diplôme d'études approfondies (DEA) ont plus tendance à participer à des activités de recherche que celles détenant une licence ou un diplôme de technique supérieure ou de spécialisation. Les infirmières qui lisent des articles scientifiques occasionnellement ou souvent ont plus tendance à opérer des modifications dans leur pratique que celles qui ne lisent pas ou qui le font rarement.

FIGURE 1



DISCUSSION

Les résultats montrent que les infirmières du CHU-HDF possèdent plusieurs atouts pour les soutenir dans l'utilisation des résultats probants. Ainsi, le groupe des soignantes est plutôt jeune, ce qui implique un potentiel d'énergie supérieur et une meilleure prédisposition au changement (Omery et Williams, 1999), tandis que les cadres ont une moyenne d'âge leur permettant de déployer une capacité de travail satisfaisante, leurs compétences professionnelles étant confirmées. En effet, les résultats montrent que les infirmières qui occupent un poste cadre au CHU-HDF participent à des activités de recherche plus fréquemment que leurs collègues soignantes et sont plus habituées à apporter des changements dans leur pratique.

Par ailleurs, les cadres interviewés dans le contexte du projet organisationnel global ont réalisé que le niveau universitaire des infirmières était un atout pour l'implantation d'une culture de recherche, point de vue soutenu par les résultats de la présente étude. Ainsi, les connaissances des infirmières participantes en matière de recherche sont d'un niveau raisonnable, associé à leur niveau d'études, résultat corroboré par différentes recherches (Funk *et al.*, 1991 ; Lewis *et al.*, 1998 ; Nolan *et al.*, 1998 ; Omery et Williams, 1999). Les infirmières qui ont obtenu une maîtrise ou un DEA ont plus tendance à participer à des activités de recherche que celles ayant atteint un niveau de premier cycle.

Quant aux sources d'information, les infirmières du CHU-HDF considèrent l'Internet comme la première source, à laquelle succèdent les paires infirmières, la bibliothèque universitaire, les médecins, etc. Ces résultats ne sont pas corroborés par la littérature qui donne comme source d'information des infirmières, par ordre prioritaire, la formation initiale (Estabrooks, 1998), les connaissances acquises auprès des médecins et celles basées sur l'intuition et le sens commun (Burrows et McLeish, 1995 ; Estabrooks, 1998 ; Omery et Williams, 1999).

En ce qui concerne la perception des obstacles selon l'échelle (Funk *et al.*, 1991), les dix premiers sont conformes à ceux recensés dans les études. Ainsi, au facteur 1, les infirmières participantes signalent ne pas être au courant de la recherche et incapables d'en évaluer la qualité (Funk *et al.*, 1991 ; Lewis *et al.*, 1998). Au facteur 2, les réponses des infirmières soignantes sont similaires à celles d'autres études (Funk *et al.*, 1991 ; Lewis *et al.*, 1998 ; Nolan *et al.*, 1998). Quant aux infirmières cadres, leurs réponses s'apparentent à celles d'autres études uniquement pour la notion du temps-obstacle (Funk *et al.*, 1995). Au facteur 3, la présente étude et celles recensées (Funk *et al.*, 1991, 1995 ; Lewis *et al.*, 1998 ; Nolan *et al.*, 1998) s'accordent sur le fait que la qualité des

TABLEAU 3

PROPOSITIONS DE FACTEURS FACILITATEURS À L'UTILISATION DE LA RECHERCHE		
Choix et ordre des facteurs facilitateurs		
	Soignantes	Cadres
1.	Améliorer l'accessibilité et la disponibilité des rapports (29,2 %)	Améliorer la disponibilité et l'accessibilité des rapports (38,2 %)
2.	Assurer le soutien de réseaux et de mécanismes (21,2 %)	Améliorer le soutien et l'encouragement administratif (36,1 %)
3.	Améliorer le temps disponible pour implanter de nouvelles idées (19,4 %)	Assurer une formation avancée et une base de connaissances (31,9 %)
4.	Améliorer la compréhension des rapports de recherche (15,9 %)	Améliorer le temps disponible pour implanter les résultats de recherche (21,2 %)
5.	Assurer le soutien et l'encouragement administratif (11,9 %)	Développer des attitudes positives (17 %)
6.	Assurer une formation avancée et le développement des connaissances (11,06 %)	Améliorer la compréhension des écrits scientifiques (12,7 %)
7.	Avoir une attitude positive (8,4 %)	Employer les infirmières compétentes comme modèles (10,6 %)
8.	Conduire des recherches appropriées aux problèmes de pratique (6,6 %)	Assurer le soutien par réseaux et mécanismes (8,5 %)
9.	Engager les infirmières compétentes comme modèles (3,09 %)	Conduire plus de recherches pertinentes (4,2 %)

TABLEAU 4

RELATION DE L'ÉCHELLE DES OBSTACLES AVEC LES DONNÉES SOCIODÉMOGRAPHIQUES ET PROFESSIONNELLES DES INFIRMIÈRES PARTICIPANTES								
VARIABLES †	Facteur 1		Facteur 2		Facteur 3		Facteur 4	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Âge	0,187	0,002*	0,105	0,086	0,157	0,012*	0,092	0,135
Années d'expérience	0,221	0,000*	0,117	0,056	0,158	0,012*	0,072	0,238
Années depuis 1 ^{er} diplôme	0,232	0,000*	0,141	0,021*	0,178	0,005*	0,096	0,119
Lecture d'articles	-0,02	0,726	-0,17	0,004*	-0,11	0,060	-0,16	0,006*
Changement pratique	-0,18	0,774	-0,12	0,040*	-0,02	0,669	-0,08	0,162
Niveau actuel de connaissances	-0,09	0,133	-0,17	0,004*	-0,06	0,282	-0,16	0,006*
	μ	p	μ	p	μ	p	μ	p
Poste Soignante	2,95	0,010*	3,17	0,051*	2,86	0,082	2,84	0,078
Cadres	3,24		3,35		3,04		3,04	
Formation en cours								
Oui	3,26	0,025*	3,30	0,176	3,00	0,310	2,85	0,838

† Le résultat des variables *statut civil, durée de formation, formation à la recherche et participation aux activités de recherche* n'est pas significatif.

recherches n'est pas un obstacle à leur utilisation. Enfin, le quatrième obstacle rapporté par les participantes est le manque de clarté des études alors que la littérature rapporte d'autres facteurs. Il est à signaler enfin que de faibles relations ont été trouvées entre les réponses notées sur l'échelle d'obstacles et les caractéristiques démographiques des soignantes (p. ex., âge, nombre d'années depuis la licence, type de diplôme, poste occupé) (Funk *et al.*, 1991).

RECOMMANDATIONS

Le développement de la pratique infirmière fondée sur l'utilisation des résultats probants exige la conjugaison de trois facteurs essentiels : une organisation qui soutient le projet, un enseignement approprié de la méthodologie de la recherche et une perception positive des infirmières quant à cette pratique. Les recommandations sont relatives à l'institution, à l'enseignement et à la pratique.

Le CHU-HDF possède plusieurs caractéristiques en faveur du lancement d'une pratique basée sur les résultats probants en soins infirmiers. Cependant, comme le déclarent Stetler *et al.* (1998), les responsables du CHU-HDF gagneront à : 1) utiliser au quotidien un langage cohérent avec les valeurs et les concepts qui favorisent une telle pratique ; 2) mettre en place une unité de recherche et, 3) faciliter l'accès aux ressources. Les écrits montrent que, quand les infirmières croient que leur organisation valorise la recherche et son utilisation, elles se sentent plus capables de remettre leur pratique en question et d'y apporter des changements (Lewis *et al.*, 1998).

Par ailleurs, il serait pertinent pour le développement de l'innovation au CHU-HDF d'adapter une pédagogie de soutien à l'enseignement essentiel de la recherche (méthodologie et statistiques) (Omery et Williams, 1999). De plus, les infirmières se sont exprimées sur leur besoin d'être accompagnées. Plusieurs activités peuvent être mises en place pour les soutenir (p. ex., *journal club*, accompagnement individuel).

Enfin, les caractéristiques de l'organisation, par exemple le facteur temps, semblent être les obstacles les plus importants. Ainsi, il serait judicieux que les responsables du département des soins puissent réviser la charge de travail des infirmières et prendre une décision éclairée au sujet du temps nécessaire pour l'introduction de l'innovation. Par ailleurs, il importe de bien évaluer la perception des infirmières cadres par rapport à ce nouveau projet afin de leur faire des suggestions qui dissipent leurs appréhensions.

En conclusion, les infirmières du CHU-HDF jouissent d'une excellente reconnaissance de leur statut au sein du CHU-HDF. Elles ont le soutien de l'administration et de leurs collègues, et le pouvoir d'exercer une influence positive sur la structure. Le profil de ce corps professionnel est un atout pour le développement du projet d'implantation de la culture de recherche, surtout s'il est soutenu par une culture organisationnelle conforme aux aspirations de ses membres. □

Hana Halabi-Nassif est chargée d'enseignement et de recherche à l'Institut de Gestion de la santé et de la protection sociale à l'Université Saint-Joseph de Beyrouth. Marie Hatem est professeure agrégée au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.

RÉFÉRENCES

- Brenner, M. « Children's nursing in Ireland: barriers to, and facilitators of, research utilisation », *Paediatric Nursing*, vol. 17, n° 4, mai 2005, p. 40-45.
- Bryar, R.M., S.J. Closs, G. Baum, J. Cooke, J. Griffiths, T. Hostick, S. Kelly *et al.* « The Yorkshire BARRIERS project: diagnostic analysis of barriers to research utilisation », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 40, n° 1, janvier 2003, p. 73-84.
- Burrows, D. et K. McLeish. « A model for research-based practice », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 4, n° 4, 1995, p. 243-247.
- Closs, S. et F. Cheater. « Evidence for nursing practice: a clarification of the issues », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, 1999, p. 10-17.
- Cochrane, A. *Effectiveness and Efficiency. Random Reflections on Health Services* (2^e éd.), London, Royal Society of Medicine Press Ltd, 1999.
- Estabrooks, C. « Will evidence-based nursing practice make practice perfect? », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, n° 1, 1998, p. 15-36.
- Funk, S.G., M.T. Champagne, R.A. Wiese et E.M. Tornquist. « Barriers to using nursing research findings in practice: the clinicians' perspective », *Applied Nursing Research*, vol. 4, n° 2, 1991, p. 90-95.
- Funk, S., E. Tornquist et M. Champagne. « Administrators views on barriers to research utilization », *Applied Nursing Research*, vol. 8, n° 1, 1995, p. 44-95.
- Hutchinson, A.M. et L. Johnston. « Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 13, n° 3, mars 2004, p. 304-315.
- Kuuppelomäki, M. et J. Tuomi. « Finnish nurses' attitudes towards nursing research and related factors », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 42, 2005, p. 187-196.
- Lewis, S., B.F. Prowant, C.L. Cooper et P.N. Bonner. « Nephrology nurses' perceptions of barriers and facilitators to using research in practice », *American Nephrology Nurses' Association Journal*, 1998, vol. 25, n° 4, 1998, p. 397-405.
- McQueen, D.V. et L.M. Anderson. « Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé », *Ruptures*, vol. 7, n° 1, 2000, p. 79-98.
- Mehrdad, N., M. Salsali et A. Kazemnejad. « Iranian nurses' attitudes toward research utilisation », *Journal of Research in Nursing*, vol. 13, n° 1, 2008, p. 53-65.
- Nolan, M., L. Morgan, M. Curran, J. Clayton, K. Gerrish, et K. Parker. « Evidence-based care: can we overcome the barriers? », *British Journal of Nursing*, vol. 7, n° 20, 1998, p. 1273-1278.

- Omery, A. et R. Williams. « An appraisal of research utilization across the United States », *Journal of Nursing Administrator*, vol. 29, n° 12, 1999, p. 50-56.
- Rogers, E.M. *Diffusion of Innovations* (4^e éd.), New York, Free Press, 1995.
- Sackett, D. *Evidence-Based Medicine, How to Practice and Teach EBM*, London, Churchill Livingstone, 2000.
- Sitzia, J. « Barriers to research utilisation: the clinical setting and nurses themselves », *Intensive and Critical Care Nursing*, vol. 18, n° 4, août 2002, p. 230-243.
- Stetler, C.B., M. Brunell, K.K. Giuliano, D. Morsi, L. Prince et V. Newell-Stokes. « Evidence-based practice and the role of nursing leadership », *Journal of Nursing Administrator*, vol. 28, n° 7-8, 1998, p. 45-53.
- Thompson, D.R., J.P.C. Chau et V. Lopez. « Barriers to, and facilitators of, research utilisation: a survey of Hong Kong registered nurses », *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, vol. 4, n° 2, 2006, p. 77-82.
- World Health Organization (WHO). « Health21—Health for all in the 21st Century. The health for all policy framework for the WHO European Region », *European Health for all Series*, n° 6, Copenhagen, 1999.