



Photo: Michel Gagné

Francine Ducharme

La recherche : voie privilégiée du développement du savoir infirmier

PAR FRANCINE DUCHARME, INF., PH.D.

(Texte intégral de la conférence de clôture présentée le 22 novembre 2000, à Montréal.)

J'ai le grand plaisir de clore cet important congrès, le 1^{er} Congrès international des infirmières et infirmiers de la francophonie. Ces derniers jours, des infirmières et infirmiers de nombreux pays francophones ont pu échanger leurs réflexions sur différentes dimensions du savoir infirmier, un savoir que l'on a qualifié de « sans frontières ».

Ma présentation portera principalement sur l'apport du savoir scientifique à la discipline infirmière. Afin de contextualiser mon propos, je tenterai, dans un premier temps, de situer ce savoir parmi les autres types de savoirs qui se sont développés et se développent toujours en soins infirmiers. Je ferai ensuite un survol historique de l'évolu-

tion de la recherche. Le cœur de ma présentation traitera toutefois de la nécessité d'un rapprochement entre la recherche et la pratique ainsi que du transfert des connaissances. Dans cette perspective, je discuterai de quelques moyens permettant de favoriser les liens entre la recherche et la pratique infirmière, et je terminerai en proposant certaines réflexions sur le phénomène bien à la mode de la pratique fondée sur des données probantes.

Commençons donc par situer le savoir scientifique, issu de la recherche, au sein des autres types de savoirs que nous avons en soins infirmiers.

Le savoir scientifique et les autres savoirs infirmiers

Au cours de notre histoire, il faut le reconnaître, les connaissances dans la discipline infirmière ont été développées à partir de diverses sources et approches.

L'article de Carper intitulé « Fundamental Patterns of Knowing in Nursing », qui date de 1978 et est encore aujourd'hui cité abondamment et considéré comme un classique des écrits américains, propose quatre sources de savoir infirmier : le savoir personnel, le savoir esthétique (ou l'art infirmier), le savoir éthique (ou moral) et le savoir scientifique, qui nous intéresse ici. Plus récemment, en 1995, White a ajouté à cette classification le savoir sociopolitique, un savoir émergent dans la dernière décennie.

En plus de ces sources de savoir, de nombreuses approches ont également été utilisées par les infirmières afin d'acquérir de nouvelles connaissances.

On peut mentionner l'apport non négligeable de l'intuition, de l'expérience personnelle, de l'art sous toutes ses formes, de la tradition et des rituels, des modèles de rôle et, évidemment, de l'approche empirique. Le savoir infirmier est donc riche de ces sources et approches qui fournissent, chacune à leur manière, des connaissances variées sur l'essence des soins infirmiers.

Dans le cadre de la présente réflexion, je me limiterai au savoir infirmier scientifique issu de la recherche. Mais avant d'aborder les enjeux actuels liés au développement de ce type particulier de savoir, un survol rapide de l'évolution sans précédent qu'a connue la recherche infirmière au cours des dernières décennies m'apparaît important.

Un survol historique

Point n'est besoin de rappeler que notre tradition de recherche en sciences infirmières est jeune. Mon propos sera donc bref. C'est véritablement Florence Nightingale qui, vers les années 1850, a été la pionnière de la recherche infirmière (Nightingale, 1859). Ses travaux portaient sur les facteurs environnementaux associés à la santé, notamment la lumière, la température, la qualité de l'air et l'eau. Grâce à son approche systématique des sources de données dont elle disposait, cette infirmière a permis de réduire de manière très significative, soit de 43 % à 2 %, le taux de mor-



talité des soldats de la guerre de Crimée (Cook, 1913). Quel chercheur d'aujourd'hui, toutes disciplines confondues, n'envierait pas de tels résultats?

Mis à part Florence Nightingale, ce n'est que cent ans plus tard, vers les années 1950, que l'on peut vraiment parler d'essor de la recherche dans la discipline infirmière. La publication du périodique *Nursing Research* aux États-Unis a marqué un jalon important de son histoire. Pour la première fois, des infirmières peuvent communiquer à leurs pairs, par la voie des écrits, les résultats de leurs recherches, qui s'accroissent parallèlement au nombre d'infirmières possédant une formation supérieure, le plus souvent dans d'autres disciplines à cette époque.

Il est par ailleurs important de souligner que la recherche « infirmière » a été imprégnée, au cours de l'histoire, de différents courants de pensée. En examinant des études publiées dans les périodiques scientifiques depuis 1950, il est intéressant de noter que les paramètres choisis et les méthodes utilisées reflètent des philosophies, des valeurs et des conceptions diverses de la discipline.

Les grands courants de pensée et les conceptions de la discipline infirmière ont eu une incidence marquée sur la façon dont les connaissances scientifiques ont été développées. En effet, l'évolution de ces courants de pensée et conceptions, liée à la grande question existentielle « Qu'est-ce qu'être infirmière? », qui est encore d'actualité, a évidemment modifié le cours des recherches entreprises par les infirmières.

Si l'on examine la période des années 1950 à 1970, on remarque que le paradigme de la catégorisation (Kérouac *et al.*, 1994), selon lequel les phénomènes de recherche sont vus comme des entités divisibles en catégories et considérés comme des manifestations simplifiables, a fortement marqué le développement du savoir infirmier scientifique. Des méthodes quantitatives permettant de catégoriser le plus objectivement possible des variables

mesurées à l'aide d'outils standardisés sont les méthodes retenues par les infirmières chercheuses qui adhèrent à cette perspective.

C'est au cours de cette même période que les infirmières, voulant acquérir de la crédibilité aux yeux de la communauté scientifique, empruntent des méthodes de recherche aux sciences exactes et expérimentales pour réaliser leurs travaux empiriques. Le modèle expérimental est l'étalon de la recherche scientifique. Plusieurs recherches sont alors «athéoriques» et visent à évaluer différentes techniques de soins, à partir de devis quasi expérimentaux contrôlant le maximum de variables. La conception de la discipline est à cette époque plutôt médicale. En fait, les modèles conceptuels ne sont pas encore développés, et les infirmières prennent bien «soin des médecins».

On constate que les articles publiés plus tard, soit entre les années 1970 et 1985, traitent principalement de sujets liés à la formation des infirmières ou de gestion des soins infirmiers (Gottlieb, 1999). Cette période est centrée sur la professionnalisation du *nursing* au sein du système de santé, ainsi que sur le développement de modèles conceptuels en sciences infirmières. Ces modèles offrent une vision plus explicite de ce qu'est «être infirmière» et de la nature du soin infirmier. Les recherches sont moins influencées par le paradigme de la catégorisation mais davantage par celui de l'intégration (Kérouac *et al.*, 1994), qui est orienté vers la personne et reconnaît les manifestations des phénomènes en intégrant le contexte dans lequel ils se situent.

Au cours des quinze dernières années, on note que les infirmières chercheuses sont de plus en plus nombreuses à adhérer à un courant de pensée de la transformation (Kérouac *et al.*, 1994), soutenu par la prise en compte d'une réalité plus complexe, non linéaire et évolutive. Selon ce paradigme, un phénomène est unique ; il ne peut jamais ressembler tout à fait à un autre. C'est dans cette perspective que certains auteurs en sciences infirmières ont modernisé la vision de la connaissance empirique, jusqu'alors privilégiée dans la discipline, pour y inclure la position interprétative du développement des connaissances (Phillips, 1992). Les tenants de cette approche remettent en question la pertinence des approches quantitatives pour l'étude des phénomènes dans la discipline infirmière, car elles ne permettraient pas d'explorer la nature holiste des soins infirmiers. Des méthodes qui tiennent compte davantage de l'interaction personne-environnement et favorisent la compréhension des significations de l'expérience humaine de santé ont ainsi été proposées.

En fait, les 15 dernières années ont été très productives pour la recherche infirmière. Plusieurs études ont permis ►

l'exploration et la description de phénomènes propres aux sciences infirmières. D'autres ont permis de vérifier des relations entre différents phénomènes concernant la discipline. Les écrits sur le développement de la théorie en sciences infirmières sont maintenant de plus en plus nombreux.

Les objets d'étude des infirmières chercheuses

Une question fondamentale se pose néanmoins encore aujourd'hui : qu'est-ce que la recherche en sciences infirmières ? ou a-t-on vraiment défini les objets d'étude de la recherche infirmière ? La réponse précise à cette question dépend évidemment de notre conception de la discipline. On peut néanmoins affirmer que la recherche en sciences infirmières a pour finalité la santé, en améliorant la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins infirmiers dans le système de santé. Comme pour toutes les disciplines, la recherche est un outil de développement du savoir scientifique. Elle permet de valider et de raffiner des connaissances existantes et d'en produire de nouvelles qui sont directement ou indirectement utiles à la pratique. Elle vise à explorer, à décrire, à expliquer et à prédire des phénomènes qui présentent un intérêt pour la discipline, et c'est précisément sur ces phénomènes que les tenants des différentes écoles de pensée s'affrontent encore.

d

De plus en plus, on se penche sur la nécessité d'un rapprochement entre la recherche et la pratique infirmière.

Dans la réflexion que des collègues de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et moi-même avons effectuée sur le sujet, nous avons proposé que la discipline infirmière s'intéresse au soin des personnes, des familles ou des communautés qui vivent diverses expériences liées à la santé au sein de leur environnement (Kérouac *et al.*, 1994). Selon cette perspective, les recherches entreprises par les infirmières viseraient notamment : la compréhension des expériences et des phénomènes liés à la santé qui se manifestent à travers les différentes étapes de la vie ; l'étude des facteurs de l'environnement interne et externe qui régissent ces expé-

riences ; et le développement et l'évaluation d'approches de soins qui permettent de favoriser la santé des personnes, des familles et des communautés.

Mais qu'en est-il maintenant de la recherche au seuil du troisième millénaire ? On doit reconnaître que la recherche est aujourd'hui loin de constituer un bloc monolithique. Elle est teintée d'un pluralisme philosophique et méthodologique, en fait d'une coexistence de paradigmes (Ford-Gilboe *et al.*, 1995). Certains auteurs soulignent même l'importance de développer et d'utiliser des méthodes de recherche « uniques » aux sciences infirmières, une des marques distinctives des disciplines matures (Barrett, 1998) et quelques infirmières chercheuses ont déjà fait des avancées en ce sens (Leininger, 1988 ; Newman, 1994 ; Parse 1998 ; Watson, 1988). Le développement des connaissances scientifiques dans la discipline infirmière est à ce point tournant de son évolution. De plus en plus, on se penche sur la nécessité d'un rapprochement entre la recherche et la pratique infirmière.

La nécessité d'un rapprochement entre la recherche et la pratique

Afin de favoriser le transfert des connaissances et l'avancement de la pratique infirmière par le biais de la recherche, on invoque plus spécifiquement la nécessité de développer une nouvelle vision de la recherche. On reconnaît ainsi l'importance de la recherche basée sur une pratique dite « réflexive » (Holter et Schwartz-Barcott, 1993 ; Boyd, 1993 ; Rolfe, 1994 ; Sandelowski, 1996). Une pratique où de simples questions sont posées régulièrement, entre autres : « Comment pourrait-on mieux donner ce soin ? » ou encore « Cette intervention a bien fonctionné. Pourquoi ? » (Witmer et Cullum, 1999).

Par ailleurs, même si on reconnaît davantage le potentiel de la recherche pour amener des changements dans la pratique quotidienne des soins, le transfert des connaissances théoriques vers la pratique est plutôt lent dans notre discipline. En fait, en dépit de la progression des activités de recherche des infirmières, il semble que l'impact direct de la recherche sur les soins soit encore peu déterminant et que les infirmières, malheureusement, appuient encore peu leur pratique sur des résultats de recherche (Estabrooks, 1999).





D'après une recherche effectuée au Canada par Estabrooks, en 1999, les infirmières utilisent peu le savoir scientifique pour alimenter leur pratique. Elles ont plutôt recours à d'autres sources de savoir infirmier notamment, par ordre d'importance : l'information provenant des patients ; leur expérience personnelle ; les connaissances acquises au cours de leur formation initiale ou en milieu de travail ; les documents sur les politiques et procédures, disponibles dans les unités de soins ; les échanges avec leurs pairs ; les échanges avec les médecins ; leur intuition ; les succès liés à leur expérience ; les livres de soins infirmiers ; les articles publiés dans des périodiques à caractère anecdotique ou clinique ; la tradition ; les articles publiés dans les revues médicales et, au 14^e rang, les articles publiés dans les périodiques de recherche en sciences infirmières.

Les infirmières ne semblent donc pas avoir encore le réflexe de chercher des réponses à leurs préoccupations cliniques dans les écrits scientifiques (Ciliska *et al.*, 1999). Certaines explications pourraient être liées à la formation et à la socialisation des infirmières à la culture de la recherche. Selon une étude effectuée au Canada, 97 % des établissements de santé en Ontario souhaitaient obtenir du soutien pour enseigner au personnel infirmier la façon d'utiliser des résultats de recherche pour alimenter leur pratique (Mitchell *et al.*, 1995). Par ailleurs, seulement 35 % des établissements de moins de 250 lits possédaient des périodiques scientifiques dans leur bibliothèque.

De nombreux savoirs infirmiers issus de la recherche sont actuellement disponibles. Certains sont utilisés dans

la pratique, d'autres beaucoup moins. Le contrôle de la douleur, le soin des plaies, les interventions éducatives telles que l'enseignement périopératoire, les interventions psychosociales en santé mentale, les programmes de promotion de la santé, la stimulation des enfants prématurés et les comportements face aux personnes âgées souffrant de déficiences cognitives ont, entre autres, fait l'objet de méta-analyses et de recensions des écrits quant à leurs effets sur diverses mesures de santé (Burns et Groves, 1997). Les infirmières praticiennes et les infirmières gestionnaires sont-elles informées de ce savoir existant ? Si oui, l'utilisent-elles ?

Le transfert des connaissances

Ces questions nous amènent à discuter du phénomène de transfert des connaissances, une dimension fort importante liée à la reconnaissance de la recherche par les infirmières praticiennes. Mais qu'est-ce que le transfert des connaissances ? Il s'agit d'un processus visant l'appropriation par les utilisateurs, en l'occurrence les infirmières de la pratique, des résultats de la recherche en vue de les appliquer au processus de prise de décision ou à l'intervention clinique (Comité aviseur sur la recherche, 1997). Le transfert des connaissances réfère ainsi au processus de dissémination des résultats de recherche. Mais pourquoi le transfert des connaissances est-il si important ? Je mentionnerai quatre raisons principales : il favorise la mise à jour des connaissances scientifiques des praticiens ; il favorise le changement des comportements ou des pratiques des cliniciens ; il facilite les prises de décision à partir de données probantes ; et il améliore la qualité et l'efficacité des services (Comité aviseur sur la recherche, 1997).

En dépit de la reconnaissance accrue de tous ces avantages, il subsiste encore un délai important entre la fin d'une recherche et l'utilisation concrète des connaissances qui en découlent. Dans les années 1980, on parlait d'un délai minimal de cinq ans entre une découverte et son application pratique (Glaser *et al.*, 1983). À l'aube du XXI^e siècle, cet écart ne s'est vraisemblablement pas rétréci.

Pourquoi le transfert des connaissances est-il si lent ?

Comment se fait-il que dans une discipline professionnelle comme la discipline infirmière, qui constitue un riche laboratoire de situations pour l'exploration et la découverte, la recherche ne réussit pas encore à modifier de façon importante la pratique ? Plusieurs modèles explicatifs de cette situation ont été proposés au cours des dernières années (Funk *et al.*, 1995). Ils soulignent en général quatre grands ensembles de facteurs : les qualités ou les caractéristiques de la recherche que les infirmières



effectuent ; les caractéristiques de la diffusion des résultats de cette recherche par les chercheuses ; les caractéristiques des cliniciens qui pourraient utiliser ces résultats ; et certains facteurs organisationnels liés aux milieux de pratique.

Pour chacun de ces ensembles de facteurs, je poserai certaines questions qui permettront de mieux comprendre les enjeux. Au sujet de la première explication, les caractéristiques de la recherche, on peut se demander si les recherches que les infirmières réalisent sont pertinentes et utiles sur le plan clinique. Peuvent-elles offrir des avantages aux clients des services ou aux milieux de soins ? Peuvent-elles résoudre des problèmes ou apporter des éléments de solution à des préoccupations cliniques demeurées sans réponse dans les écrits ? Sans vouloir minimiser ici l'importance de la recherche fondamentale ou conceptuelle qui fait avancer la discipline infirmière sur le plan théorique — et c'est nécessaire —, la recherche infirmière appartient en grande partie au champ de la recherche appliquée. Elle vise à développer des connais-

sances utiles aux problématiques cliniques rencontrées dans la profession et à favoriser les changements dans la pratique des soins.

En ce qui concerne la deuxième explication, la diffusion des résultats, on peut se demander : comment et sous quelles formes les résultats des recherches ont été communiqués aux différents auditoires ? Le rôle du chercheur ne se limite pas à la rédaction d'articles scientifiques. Sa capacité à se faire comprendre, à interagir avec les cliniciens et à transformer les résultats de sa recherche en produits compréhensibles par les praticiens est un facteur important dans le processus du transfert des connaissances. Sans verser dans un trop grand simplisme ou pragmatisme, il y a lieu de réfléchir sur nos façons de communiquer nos résultats de recherche.

En ce qui a trait à la troisième explication, les caractéristiques des cliniciens, voici les questions que l'on est en droit de se poser : quelles connaissances ont les cliniciens du processus de la recherche ? Le milieu compte-t-il plusieurs cliniciens « innovateurs » ? qui ont le goût du changement ? la volonté de changer ? les connaissances de base nécessaires ? On ne peut ici passer sous silence l'importance capitale de la formation et la place que la recherche y occupe.

Enfin, quelques questions touchant les facteurs organisationnels : les gestionnaires de soins soutiennent-ils les innovations ? Y a-t-il des ressources disponibles pour effectuer les changements ? Trouve-t-on le temps de se documenter ? Le manque de temps pour mettre à jour ses connaissances et l'absence de pouvoir pour effectuer des changements dans les pratiques sont parmi les facteurs qui entravent le plus le transfert des connaissances (Crane, 1989). Une recension récente des écrits souligne que les facteurs organisationnels comptent pour 80 à 90 % des facteurs qui influent sur l'utilisation des résultats de recherche dans la pratique, les autres 10 % étant attribués aux facteurs environnementaux et aux facteurs individuels (Dobbins *et al.*, 1998).

Comment renforcer le lien entre la recherche et la pratique infirmière ?

Compte tenu que les infirmières sont dans une position privilégiée pour favoriser l'interrelation entre la recherche et la pratique et, bien sûr, avec la théorie, il devrait être possible d'envisager des solutions afin de lier davantage la recherche et la pratique. En fait, l'interrelation entre ces trois éléments est l'une des caractéristiques des disciplines professionnelles (Bergman, 1990).

La pratique infirmière constitue un laboratoire précieux de situations cliniques et un milieu riche de données qui mènent au questionnement et à la recherche. La pratique suscite des problèmes cliniques qui méritent d'être inves- ▶

tigués. En ce sens, la recherche infirmière est non seulement ancrée dans la pratique, mais elle en émane. Par ailleurs, la théorie guide la conceptualisation des problèmes de recherche issus du milieu de pratique et permet aussi de soulever de nouvelles questions. Enfin, les activités de recherche permettent de raffiner les théories existantes ou de contribuer, à partir des nouvelles connaissances produites, à l'élaboration d'autres théories qui guideront l'action ou la modification de la pratique des infirmières.

pragmatique, est une importante barrière au processus de transfert des connaissances. C'est dans une perspective de rapprochement de cultures que différents modèles de relation ou de collaboration entre chercheurs et cliniciens ont été décrits (Crane, 1985). Ces modèles ont été explicités, discutés et illustrés dans un article de la revue *L'Infirmière du Québec* intitulé « Recherche et pratique — Pour un transfert rapide des connaissances dans les milieux de soins » (Ducharme, 1998b). Un modèle de collaboration

entre chercheurs et cliniciens des milieux y est proposé afin de combler les limites du modèle traditionnel linéaire et séquentiel, selon lequel les chercheurs seraient responsables du développement des connaissances et on attendrait du clinicien qu'il utilise les connaissances que le chercheur lui transmet. Un modèle de collaboration est nécessaire afin de lier les deux systèmes, celui des utilisateurs de résultats (les cliniciens et les clients des services) et celui des ressources qui génèrent la connaissance (les chercheurs-cliniciens et les cliniciens-chercheurs). Ce modèle intégrateur et participatif a davantage de chances de favoriser un transfert des connaissances parce qu'il implique un partenariat et une relation non hiérarchique entre cliniciens, chercheurs et clients. On reconnaît également, dans ce type de modèle, la valeur de la recherche-action en tant qu'approche favorisant un développement théorique et empirique ancré dans la réalité des observations provenant des milieux de soins.

Néanmoins, il importe de souligner

que, dans les différents modèles de relation entre chercheurs et cliniciens proposés au cours des dernières années, la contribution des infirmières gestionnaires est demeurée absente, et ce, même si les facteurs organisationnels sont maintenant reconnus comme étant parmi les plus déterminants dans l'utilisation des résultats de recherche. Aussi, dans un modèle appelé « modèle de la concertation » (Ducharme et Saulnier, 1998), nous proposons une interrelation non seulement entre le chercheur, le client et les cliniciens, mais également avec le gestionnaire en tant qu'acteur important du changement dans les pratiques infirmières. Les modes de gestion des milieux de soins ainsi que la philosophie véhiculée par les infirmières gestionnaires sont des éléments contextuels

Cependant, le cycle de la recherche ne s'arrête pas là. Les connaissances issues des recherches infirmières doivent aussi être disséminées et utilisées afin qu'elles puissent améliorer la pratique et susciter d'autres questions. C'est précisément là que l'idéal semble bien loin de la réalité. Mais encore une fois, comment renforcer le lien entre la recherche et la pratique ? Comment, concrètement, en arriver à intégrer des résultats de recherche dans la pratique ?

Un des éléments de réponse à cette question consiste à établir de nouveaux modes de collaboration entre les chercheurs et les cliniciens. L'écart entre les cultures, la culture des infirmières chercheuses, souvent très hermétique, et la culture des infirmières soignantes, souvent très



essentiels à prendre en compte dans le processus de transfert des connaissances.

Mais mis à part ces différents modèles, qui inspirent certaines stratégies de rapprochement entre la recherche et la pratique, d'autres solutions peuvent aussi être envisagées. Certains auteurs ont ainsi suggéré d'inclure dans la définition du rôle de l'infirmière, selon les niveaux de formation, une forme de collaboration ou d'implication dans la réalisation d'activités de recherche, ou encore d'implanter un système de reconnaissance pour les infirmières qui y participent (Edwards-Beckett, 1990). Ce mouvement est cohérent avec celui du « plan de carrière en milieu clinique » (Truchon *et al.*, 1990) qui offre à l'infirmière des possibilités de développement personnel selon différents niveaux de compétence, de la novice à l'experte en soins infirmiers (Benner, 1984). Évidemment, cette stratégie est étroitement liée au niveau de formation des infirmières, une formation qui inclut une formation en recherche.

On ne peut ignorer également les progrès des technologies de l'information qui permettent maintenant une diffusion rapide des connaissances résultant de la recherche. On parlait déjà, au début des années 1980, de la société de l'information comme étant une mégatendance (les *megatrends* de Naisbitt, 1984). Aujourd'hui, il est possible pour les chercheurs et les cliniciens intéressés à un même domaine de communiquer facilement. Ces innovations technologiques, sans constituer une solution miracle, peuvent déjà et pourront de plus en plus faciliter le transfert des connaissances et la création de nouveaux réseaux de collaboration locaux, nationaux et internationaux. Elles faciliteront la mise à jour des connaissances scientifiques des cliniciens, mais encore faut-il que les milieux se mettent au pas de la technologie.

La pratique infirmière fondée sur des données probantes, un mouvement en voie de développement

Comme la recherche infirmière a pour finalité l'amélioration de la santé, les infirmières chercheuses ont une responsabilité envers la société. Dans cette perspective, un des défis actuels consiste à démontrer l'efficacité des soins infirmiers, ce qui peut aussi favoriser le rapprochement avec les infirmières de la pratique (Ducharme, 1998a). Cela m'amène à discuter d'un mouvement en voie de

développement, la pratique fondée sur des données probantes (*Evidence-Based Nursing*, Closs et Cheater, 1999 ; Estabrooks, 1999), dont certains éléments méritent d'être examinés de plus près.

Lancé par l'épidémiologiste britannique Archie Cochrane, ce mouvement contemporain a récemment fait l'objet de critiques acerbes et soulevé la controverse (Mitchell, 1997), surtout à cause de sa vision paradigmatique qui comporte une approche liée à l'efficacité, au contrôle, à la standardisation et à la recherche d'effets à l'aide d'essais cliniques randomisés. Cette approche est intéressante dans la mesure où elle fournit un modèle de prise de décision où la pratique s'appuie sur une information empirique et sur une priorisation des activités en fonction des connaissances acquises de diverses sources. Plus précisément, la prise de décision est fondée sur des données empiriques issues de la recherche, mais aussi sur l'expertise clinique, les préférences et les volontés des patients et les ressources disponibles dans le milieu de soins (Haynes *et al.*, 1996). La pratique fondée sur des données probantes n'enlève en rien l'importance du jugement clinique.

Néanmoins, lorsque l'on considère plus particulièrement les données empiriques à la base de ce mouvement, on invoque les concepts de preuves ou de faits issus de devis quasi expérimentaux ou d'essais randomisés, qui sont l'étalon de la recherche expérimentale. Cette critique est juste. Par ailleurs, il faut noter qu'à travers l'histoire plusieurs interventions routinières, dont l'efficacité a été vérifiée à l'aide de tels devis, n'ont pas démontré d'effets significatifs ou ont même eu des effets néfastes pour un ensemble de patients. On peut donner comme exemple deux pratiques qui, à la suite d'essais cliniques, ont été éliminées ou presque : le rasage complet avant une opération ou un accouchement (Hoe et Nambiar, 1985) et le port d'une blouse pour prendre soin et toucher les nouveau-nés en santé (Rush *et al.*, 1990). Les méthodes quantitatives sont certainement utiles pour l'évaluation de certaines approches et soins infirmiers.

En 1850, Florence Nightingale a pu démontrer, grâce à ses travaux de recherche, l'effet de mesures d'hygiène et de modifications à l'environnement sur la mortalité. En l'an 2000, les connaissances nous permettent de définir de nombreux autres éléments des soins infirmiers ainsi que

Comme la recherche infirmière a pour finalité l'amélioration de la santé, les infirmières chercheuses ont une responsabilité envers la société.

des indicateurs de résultats pertinents et originaux. Certaines infirmières ont ainsi déjà démontré par leurs recherches qu'elles peuvent contribuer à faire changer les choses dans le système de santé.

L'article de Brooten et de ses collaborateurs demeure à cet égard la référence pour la démonstration de cette affirmation (Brooten *et al.*, 1986). Ces chercheurs ont démontré, à l'aide d'un essai clinique randomisé, que les enfants de faible poids à la naissance pouvaient être envoyés rapidement à leur domicile dans la mesure où ils étaient suivis par une infirmière clinicienne spécialisée, ce qui entraînait des économies substantielles pour le système de santé. De nouveaux modes de prestation et de gestion des soins infirmiers font aussi l'objet d'évaluations systématiques sur le plan non seulement des économies mais aussi de la satisfaction de la clientèle (Issel, 1995; Marschke et Nolan, 1993; OIIQ, 1997). On parle de plus en plus du suivi systématique de clientèles (*case management*), de soins intégrés (*managed care*), de gestion du processus de soins et de cheminement clinique (*care map*) (Lefebvre *et al.*, 1999). D'autres études sont également effectuées sur l'efficacité des infirmières qui font ce que l'on appelle une pratique avancée (*nurse practitioners*) (McGrath, 1990; Mundinger *et al.*, 2000). Dans tous ces cas, la recherche est un outil précieux qui permet d'évaluer ces nouvelles avenues et fournit les données probantes nécessaires à une prise de décision éclairée.

On peut donc affirmer que, dans cette perspective, la pratique fondée sur des données probantes (PFDP) prend de l'ampleur dans les pays industrialisés. Sept centres de PFDP ont été créés au Royaume-Uni, en Allemagne, en Australie, en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis et au Canada. Ces centres, qui effectuent et diffusent sous diverses formes des méta-analyses d'études, projettent de se regrouper dans un avenir prochain pour former un réseau mondial (Royle et Blythe, 1998). En outre, de l'information est diffusée dans des revues spécialisées, telle *Evidence-Based Nursing* qui publie quatre fois par année depuis quelques années. Enfin, le réseau de collaboration Cochrane, davantage connu en Europe, est une autre initiative qui encourage ce mouvement (DiCenso *et al.*, 1998).

Devant l'ampleur de ce phénomène, nous devons toutefois conserver un regard critique et nous préoccuper rapidement de répondre à certaines questions: qu'est-ce qui constitue la meilleure preuve pour notre pratique? Qui



juge de sa valeur et comment la jugeons-nous? Une preuve pour qui? le gestionnaire? les personnes qui bénéficient de nos soins? En fait, se posent dans notre discipline, tout comme dans d'autres, les questions «quoi évaluer?» et «comment évaluer?» (Godin, 2000; McQueen et Anderson, 2000).

Il nous appartient de demeurer vigilantes quant à l'évolution de ce mouvement du XXI^e siècle et d'éviter de sombrer dans la simple logique utilitariste. Bien sûr, dans le contexte actuel, il importe de documenter l'efficacité de nos soins infirmiers sur le plan des coûts — on peut invoquer la réduction des durées de séjour dans les centres hospitaliers et la diminution des taux d'utilisation de divers services de santé —, mais la recherche en sciences infirmières qui guide la pratique ne se limite évidemment et surtout pas à ce type d'indicateurs.

Même si le soin infirmier est souvent «invisible» (Collière, 1986), l'atteinte d'objectifs personnels, le partenariat, la satisfaction de la clientèle, la perception de la santé et de la qualité de vie par les principaux acteurs, soit les personnes qui bénéficient de soins infirmiers, ne sont-ils pas aussi des indicateurs pertinents pour évaluer l'effet de nos soins? Le mouvement de pratique fondé sur des données probantes ou des «preuves» ne devrait pas

remettre en question l'importance des méthodes qualitatives de recherche qui permettent de mieux comprendre et d'explorer les expériences de santé vécues par les patients, les croyances et les valeurs qui influent sur la qualité de nos soins, ainsi que le soin non mesurable. Plusieurs dimensions essentielles de nos soins nécessitent des approches différentes. La confiance, le soutien, les différentes formes de l'art infirmier qui favorisent le confort et la santé ne se quantifient pas, ou sinon difficilement. Il nous faut donc user de prudence et de jugement dans notre interprétation de cette tendance contemporaine, qui s'allie souvent avec une logique de gestion.

Le savoir empirique : une voie de choix

Nous assistons à une reconnaissance accrue de l'importance du savoir scientifique en sciences infirmières. La mise sur pied relativement récente de programmes de doctorat en sciences infirmières dans divers pays du monde, — et dont l'un des objectifs principaux est précisément de former des chercheuses autonomes —, est un des facteurs marquants du développement et de la reconnaissance sociale de la discipline infirmière en tant que discipline scientifique.

La formation supérieure en sciences infirmières représente, comme pour les autres disciplines possédant une plus longue tradition, une activité qui vise le développement d'un champ de connaissances scientifiques qui lui sont propres (Ducharme, 1998a). En outre, des stratégies favorisant un transfert plus rapide des connaissances, l'élaboration de programmes de recherche en collaboration avec les infirmières cliniciennes, des recherches de plus en plus centrées sur l'évaluation des soins infirmiers et une pratique réflexive et critique s'appuyant sur des données probantes ne pourront que contribuer à la reconnaissance de notre discipline ainsi qu'à la reconnaissance sociale que nous méritons.

Sur le plan international, la mondialisation des échanges et la révolution dans le monde de l'information nous obligent à développer rapidement des savoirs et, surtout, à les acquérir de façon différente afin de répondre tant aux besoins changeants des populations et des systèmes de santé qu'aux impératifs de la société. Sans nier l'apport essentiel de tous les types de savoirs infirmiers, le savoir empirique constitue, malgré toute sa complexité, une voie de choix, une voie privilégiée de notre développement. 🍌

Références

- BARRETT, E. « Unique Nursing Research Methods: The Diversity Chant of Pioneers », *Nursing Science Quarterly*, vol. 11, n° 3, été 1998, p. 94-95.
- BENNER, P.E. *From Novice to Expert*, Menlo Park (CA), Addison-Wesley, 1984.
- BERGMAN, R. « Interrelations Between Nursing Theory, Research, Practice and Education », dans *International Nursing Research Round Table Proceedings Book*, Utrecht, University of Utrecht, 1990.
- BOYD, C.O. « Toward a Nursing Practice Research Method », *Advances in Nursing Science*, vol. 16, n° 2, déc. 1993, p. 9-25.
- BROOTEN, D. *et al.* « A Randomized Clinical Trial of Early Hospital Discharge and Home Follow-Up of Very-Low-Birth-Weight Infants », *New England Journal of Medicine*, vol. 315, 1986, p. 934.
- BURNS, N. et S. GROVES. *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*, Montréal, Saunders, 1997.
- CARPER, B. « Fundamental Patterns of Knowing in Nursing », *Advances in Nursing Science*, vol.1, 1978, p. 13-23.
- CILISKA, D., A. DiCENSO et N. CULLUM. « Centres of Evidence-Based Nursing: Directions and Challenges », *Evidence-Based Nursing*, vol. 2, n° 4, oct. 1999, p. 102-104.
- CLOSS, S.J. et F.M. CHEATER. « Evidence for Nursing Practice: A Clarification of the Issues », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 30, n° 1, juillet 1999, p. 10-17.
- COLLIÈRE, M.F. « Invisible Care and Invisible Women as Health Care-Providers », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 23, n° 2, 1986, p. 95-112.
- COMITÉ AVISEUR SUR LA RECHERCHE ET L'ÉVALUATION EN TOXICOMANIE. *Avis no 4 sur le transfert des connaissances*, Québec, Bibliothèque nationale, 1997.
- COOK, E. *The Life of Florence Nightingale*, London, Macmillan, 1913.
- CRANE, J. *Factors Associated with the Use of Research-Based Knowledge in Nursing* (thèse de doctorat), University of Michigan, 1989.
- « Using Research in Practice. Research Utilization: Theoretical Perspectives », *Western Journal of Nursing Research*, vol. 7, n° 2, mai 1985, p. 261-268.
- DiCENSO, A., N. CULLUM et D. CILISKA. « Implementing Evidence-Based Nursing: Some Misconceptions », *Evidence-Based Nursing*, vol. 1, n° 2, avril 1998, p. 38-40.
- DOBBINS, M., D. CILISKA et A. DiCENSO. *Dissemination and Use of Research Evidence for Policy and Practice: A Framework for Developing, Implementing, and Evaluating Strategies*, Ottawa, Canadian Nurses Association, 1998.
- DUCHARME, F. « La recherche en sciences infirmières, des défis à relever », *Revue canadienne de recherches en sciences infirmières*, vol. 29, 1998a, p. 123-140.
- « Recherche et pratique — Pour un transfert rapide des connaissances dans les milieux de soins », *L'Infirmière du Québec*, vol. 5, n° 5, mai/juin 1998b, p. 41-48.
- DUCHARME, F. et D. SAULNIER. « La recherche contribue-t-elle à influencer la pratique professionnelle? » (Actes du colloque « La gériatrie : une jeune tradition »), Institut universitaire de gériatrie de Montréal, octobre 1998, p. 36.

- EDWARDS-BECKETT, J. « Nursing Research Utilization Techniques », *Journal of Nursing Administration*, vol. 20, n° 11, nov. 1990, p. 25-30.
- ESTABROOKS, C.A. « Will Evidence-Based Nursing Practice Make Practice Perfect? », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, n° 4, mars 1999, p. 273-294.
- FORD-GILBOE, M., J. CAMPBELL et H. BERMAN. « Stories and Numbers: Coexistence Without Compromise », *Advances in Nursing Science*, vol. 18, n° 1, sept. 1995, p. 14-26.
- FUNK, S.G., E.M. TORNQUIST et M.T. CHAMPAGNE. « Barriers and Facilitators of Research Utilization: An Integrative Review », *Nursing Clinics of North America*, vol. 30, n° 3, sept. 1995, p. 395-407.
- GLASER, E., H. ABELSON et K. GARRISON. *Putting Knowledge to Use*, San Francisco (CA), Jossey-Bass, 1983.
- GODIN, G. « Entre la rhétorique et les données probantes : enjeux théoriques et méthodologiques », *Rupture, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, 2000, p. 132-137.
- GOTTLIEB, L.N. « From Nursing Papers to Research Journal: A 30-Year Odyssey », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 30, n° 4, mars 1999, p. 9-14.
- HAYNES, R.B., D.L. SACKETT, J.M.A. GRAY, D.J. COOK et G.H. GUYATT. « Transferring Evidence from Research into Practice: The Role of Clinical Care Research Evidence in Clinical Decisions » (éditorial), *ACP Journal Club*, vol. 125, 1996, p. A14-16.
- HOE, N. et R. NAMBIAR. « Is Preoperative Shaving Really Necessary? », *Annals of the Academy of Medicine, Singapore*, vol. 14, 1985, p. 700-704.
- HOLTER, I.M. et D. SCHWARTZ-BARCOTT. « Action Research: What Is It? How Has It Been Used and How Can It Be Used in Nursing? », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 18, n° 2, fév. 1993, p. 298-304.
- ISSEL, L.M. « Evaluating Case Management Programs », *American Journal of Maternal Child Nursing*, vol. 20, n° 2, mars/avril 1995, p. 67-74.
- KÉROUAC, S., J. PEPIN, F. DUCHARME, A. DUQUETTE et F. MAJOR. *La pensée infirmière*, Laval, Études vivantes, 1994.
- LEFEBVRE, H., L. BOUCHARD et D. PELCHAT. « Le suivi systématique de la personne/famille au cœur de la réforme des services de santé au Québec », *L'Infirmière du Québec*, vol. 6, n° 5, mai/juin 1999, p. 22-28.
- LEININGER, M.M. « Leininger's Theory of Nursing: Cultural Care Diversity and Universality », *Nursing Science Quarterly*, vol. 1, n° 4, nov. 1988, p. 152-160.
- MARSCHKE, P. et M.T. NOLAN. « Research Related to Case Management », *Nursing Administration Quarterly*, vol. 17, n° 3, printemps 1993, p. 16-21.
- McGRATH, S. « The Cost-Effectiveness of Nurse Practitioners », *Nurse Practitioners*, vol. 15, n° 7, juillet 1990, p. 40-42.
- McQUEEN, D. et L. ANDERSON. « Qu'est-ce qu'une donnée probante? Questions et débats au sujet des données probantes pertinentes à l'évaluation des programmes en promotion de la santé », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, vol. 7, n° 1, 2000, p. 79-98.
- MITCHELL, A., K. JANZEN, E. PASK et D. SOUTHWELL. « Assessment of Nursing Research Utilization Needs in Ontario Health Agencies », *Canadian Journal of Nursing Administration*, vol. 8, n° 1, janv./fév. 1995, p. 77-91.
- MITCHELL, G.J. « Questioning Evidence-Based Practice for Nursing », *Nursing Science Quarterly*, vol. 10, n° 4, hiver 1997, p. 154-155.
- MUNDINGER, M.O. et al. « Primary Care Outcomes in Patients Treated by Nurse Practitioners or Physicians: A Randomized Trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 283, n° 1, janv. 2000, p. 59-68.
- NAISBITT, J. *Megatrends: Ten New Directions for Transforming our Lives*, New York, Warner Books, 1984.
- NEWMAN, M.A. *Health as Expanding Consciousness*, New York, National League for Nursing Press, 1994.
- NIGHTINGALE, F. *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not*, Philadelphie (PA), Lippincott, 1859.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *De l'hôpital à la communauté. Les retombées systémiques des nouvelles organisations de soins infirmiers* (résumé d'une conférence nord-américaine), Centre des congrès de Laval, avril 1997.
- PARSE, R. *The Human Becoming School of Thought: A Perspective for Nurses and their Health Professionals*, Beverly Hills (CA), Sage, 1998.
- PHILLIPS, J.R. « Search in Research », *Nursing Science Quarterly*, vol. 5, n° 2, été 1992, p. 50-51.
- ROLFE, G. « Towards a New Model of Nursing Research », *Journal of Advanced Nursing*, vol. 19, n° 5, mai 1994, p. 969-975.
- ROYLE, J. et J. BLYTHE. « Promotion Research Utilisation In Nursing: The Role of the Individual, Organisation, and Environment », *Evidence-Based Nursing*, vol. 1, n° 3, juillet 1998, p. 71-72.
- RUSH, J., R. FIORINO-CHIOVITTI, K. KAUFMAN et A. MITCHELL. « A Randomized Controlled Trial of a Nursery Ritual: Wearing Cover Gowns to Care for Healthy Newborns », *Birth*, vol. 17, n° 1, mars 1990, p. 25-30.
- SANDELOWSKI, M. « Using Qualitative Methods in Intervention Studies », *Research in Nursing and Health*, vol. 19, n° 4, août 1996, p. 359-364.
- TRUCHON, S., A. DUQUETTE, S. KÉROUAC et B. SANDHU. « Le plan de carrière en milieu clinique », *Nursing Québec*, vol. 10, n° 6, nov./déc. 1990, p. 48-52.
- WATSON, J. *Nursing: Human Science and Human Care — A Theory of Nursing*, New York, National League for Nursing, 1988.
- WHITE, J. « Patterns of Knowing: Review, Critique, and Update », *Advances in Nursing Science*, vol. 17, n° 4, juin 1995, p. 73-86.
- WITMER, D. et N. CULLUM. « Continuing Professional Development in Canada and the UK: How Evidence-Based Resources Can Help », *Evidence-Based Nursing*, vol. 2, n° 3, juillet 1999, p. 71-72.

L'auteure

FRANCINE DUCHARME est titulaire de la Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal et professeure titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.