La recherche en sciences infirmières, des défis à relever

Francine Ducharme

La recherche dans la discipline infirmière est de jeune tradition en dépit du fait qu'elle a constitué une activité fondatrice de la profession à la fin du 19^e siècle. Florence Nightingale (1859), vers les années 1850, effectuait déjà des recherches sur les facteurs environnementaux associés à la santé tels la qualité de l'air, de l'eau, de la lumière, et la température, et a permis, grâce à ses travaux, de réduire de manière importante la mortalité des soldats de la guerre de Crimée, soit de 43 % à 2 % (Cook, 1913). Il a fallu néanmoins attendre la reconnaissance sociale de la profession pour que la recherche y prenne la place qui lui revient. Plus de cent ans plus tard, ce sont les États-Unis qui ont été, par la suite, les pionniers dans le domaine de la recherche en sciences infirmières. Quant au Canada, la recherche ne s'est développée à un rythme croissant qu'au cours des deux dernières décennies. Cette croissance rapide des activités de recherche s'est effectuée parallèlement à la mise sur pied de nombreux programmes de formation supérieure destinés aux infirmières, à la précision de la nature des investigations scientifiques en sciences infirmières, ainsi qu'à la reconnaissance grandissante des recherches infirmières par les organismes de subvention. La mise sur pied récente de programmes de doctorat est évidemment un des paliers marquants dans le développement et la reconnaissance sociale de la discipline infirmière comme discipline scientifique. Cette formation de troisième cycle souligne et concrétise, tout comme dans les autres disciplines, une activité qui vise le développement d'un corps de connaissance scientifique qui lui est propre. Attendue depuis fort longtemps, cette formation s'avérait essentielle à la préparation de chercheurs, lesquels répondraient à un besoin urgent au niveau des services de santé et de la discipline elle-même.

Les responsabilités des infirmières dans la prestation des soins sont devenues de plus en plus importantes et complexes. L'avancement

Francine Ducharme, Ph.D., est professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

technologique, les changements en matière de problèmes de santé, les nouvelles demandes qui émergent des populations diverses sont autant de facteurs qui augmentent, de façon importante, le besoin de recherches infirmières. Dans cette perspective évolutive de la recherche, de grands défis confrontent actuellement les infirmières-chercheuses. Quelques réflexions sur certains de ces défis font l'objet des propos qui suivent. Toutefois, quelques mots s'imposent d'abord sur la nature de la recherche infirmière.

La nature de la recherche infirmière

À l'égal de sa définition dans toutes les disciplines, que celles-ci soient professionnelles ou académiques, la recherche infirmière est considérée comme un outil privilégié pour le développement des connaissances et la création de nouveaux savoirs, en l'occurrence des savoirs infirmiers. Elle vise à explorer, à décrire, à expliquer et à prédire des phénomènes qui présentent un intérêt pour la discipline. Elle permet de valider et de raffiner les connaissances existantes et de générer de nouvelles connaissances qui sont directement ou indirectement utiles à la pratique infirmière.

À l'instar de Carper (1978), le caractère spécifique de toute discipline détermine le type de connaissances à développer, ainsi que les approches utilisées pour le développement du savoir. Ainsi, la recherche en sciences infirmières a pour finalité la santé des populations, en améliorant la qualité, l'efficacité et l'efficience des soins infirmiers au sein du système de santé. Plus spécifiquement, comme la discipline infirmière s'intéresse fondamentalement au soin des personnes, des familles et des communautés qui vivent diverses expériences liées à la santé au sein de leur environnement (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, 1994), les recherches entreprises par les infirmières s'inspirent de cette perspective disciplinaire. Ces recherches visent, entre autres : 1) la compréhension des expériences liées à la santé qui se manifestent à travers le cycle de la vie; 2) l'étude des facteurs de l'environnement interne (facteurs personnels) et externe (facteurs contextuels) qui régissent ces expériences; et 3) le développement et l'évaluation d'approches de soins et de gestion des soins favorisant la santé et la qualité de vie des personnes, des familles et des communautés.

Évidemment, la recherche infirmière ne se réalise pas sous vide. Comme la discipline infirmière est une discipline professionnelle, elle nécessite un ancrage clinique et donc des collaborations serrées entre théoriciens, chercheurs et cliniciens. En fait, une des caractéristiques des disciplines professionnelles est que la théorie, la recherche et la pratique

sont interdépendantes. La pratique suggère des situations qui méritent des investigations ainsi que des hypothèses de travail; la théorie guide la conceptualisation des problèmes et les questions de recherche. Les projets permettent de raffiner les théories ou de contribuer à l'élaboration de nouvelles théories qui guident l'action et le changement. Des infirmières, dans les milieux de pratique, utilisent les résultats de la recherche pour améliorer leur pratique et la qualité des soins (Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, Major, 1994). Idéalement, théorie, recherche et pratique s'enrichissent mutuellement (Bergman, 1990).

Plus concrètement, nous retrouvons aujourd'hui de plus en plus d'infirmières cliniciennes ayant une formation de niveau deuxième cycle qui participent au développement de projets de recherche clinique dans les milieux de pratique affiliés aux universités. L'évaluation de programmes de soins, le développement d'instruments d'évaluation des soins, le développement, l'implantation et l'évaluation de nouvelles approches de soins sont de tels projets. Il semble par ailleurs, en dépit de cette progression de la recherche dans les milieux de soins, ainsi que de la reconnaissance grandissante de la valeur des recherches en sciences infirmières, que les effets directs de la recherche sur le soin soient encore peu déterminants (Luker, 1992). Ce fait important conduit à l'identification de certains défis à relever au cours des prochaines années.

Quelques défis pour la recherche infirmière

Tout en reconnaissant que la présentation effectuée ici n'est pas exhaustive, les défis retenus dans le cadre de cette discussion ont été classifiés en deux catégories, soit ceux portant plus particulièrement sur les domaines de recherche et ceux portant sur le processus de la recherche.

Les défis portant sur les domaines de recherche

La réflexion porte ici sur trois défis principaux, soit : 1) le développement d'approches de soins efficaces et efficientes ; 2) une orientation des recherches vers des thématiques jugées socialement pertinentes ; et 3) l'accroissement du nombre de projets à caractère interdisciplinaire.

Le développement d'approches de soins efficaces et efficientes

Une analyse critique portée sur les études en sciences infirmières permet de constater que, même si la discipline infirmière est essen-

tiellement une discipline professionnelle centrée sur le soin, relativement peu d'interventions ont été élaborées, implantées et évaluées systématiquement par les infirmières-chercheuses. Cela s'explique évidemment par les connaissances que la discipline devait acquérir avant d'en arriver à proposer de telles interventions. Il existe par ailleurs, à l'heure actuelle, une riche base de données exploratoires, descriptives et prédictives, qui permet de proposer et d'évaluer de telles interventions.

Notre principal défi est de démontrer, par la recherche, l'efficacité de nos interventions tant sur le plan de la promotion de la santé de la population et l'amélioration de la qualité de vie, que sur le plan des coûts générés par ces interventions pour le système de santé. La réduction des durées de séjour et des taux d'utilisation des différents services de santé sont des indicateurs de l'efficacité des interventions dont il faut, dans le contexte budgétaire actuel, tenir compte. Il s'agit là d'un vocabulaire moins connu et utilisé de la majorité des infirmières, vocabulaire qu'il faut maintenant rapidement s'approprier. Un exemple de contribution de la recherche à la rentabilisation des soins a été publié il y a déjà plus de 10 ans dans le périodique *New England Journal of Medicine*. Brooten et ses collaborateurs (Brooten, Kumar et Brown, 1986) ont démontré que les enfants de faibles poids à la naissance pouvaient être retournés à domicile très tôt dans la mesure où ceux-ci étaient suivis par une infirmière clinicienne spécialiste. Celle-ci, lors de visites, fournissait de l'enseignement et du counseling, et les parents pouvaient communiquer avec elle à tous les jours, par téléphone. Un groupe d'enfants soignés à domicile a été comparé à un groupe pris en charge par le milieu hospitalier. Les résultats ont démontré que ces deux groupes d'enfants ne différaient pas, de manière significative, sur le plan de leur croissance physique et mentale, ainsi que sur le plan du taux de réhospitalisations ou de consultations médicales pour des soins aigus. La seule différence entre les deux groupes se situait au niveau des coûts. La prise en charge à domicile permettait d'économiser quelques 18 500 dollars américains pour chaque enfant et cela, en 1986.

Dans cette même perspective, soit celle de démontrer la contribution des infirmières au système de santé, une conférence nord-américaine, intitulée « De l'Hôpital à la communauté » et organisée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, avait lieu en avril 1997, avec pour thème les retombées systémiques des nouveaux organismes de soins infirmiers. On y présentait de nouvelles formes d'administration de soins infirmiers, notamment des modèles de soins de santé primaires, un service prénatal de maintien à domicile et des formes diverses de gestion de cas. Ces initiatives, qui font actuellement pour la plupart l'objet de recherches évaluatives, démontrent une prise de con-

science importante des infirmières face au défi majeur qu'est celui de démontrer l'efficacité et l'efficience de leurs interventions.

Par ailleurs, un document de l'Association des hôpitaux du Québec (AHQ) intitulé *Regards sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé* (1996) soulignait que les nouveaux modes d'organisation qui s'implantent dans les établissements de santé sont, pour la majorité, des adaptations diverses d'un mode d'organisation par programme. On entend par programme un ensemble de services et d'activités intégrés, destinés à une clientèle particulière ayant des besoins distincts et visant des résultats spécifiques. Un des modèles avancés d'organisation par programme qui tend à se développer est celui du *patient-focused care*, dont les objectifs sont centrés d'abord et avant tout sur le client et sur un service de qualité. Cette approche découle directement des résultats de la recherche de Lathrop (1993) qui a permis d'identifier que dans les centres hospitaliers, uniquement 16 % du temps et des coûts sont affectés aux soins directs aux patients. Selon l'AHQ, dans ce nouveau contexte d'organisation par programme, l'accent majeur sera placé sur les résultats, et des activités de recherche sur les caractéristiques des clientèles des programmes, sur les modes d'intervention et leur évaluation, ainsi que sur le développement d'indicateurs de résultats pertinents seront indispensables. N'est-ce pas là une occasion de développer la recherche évaluative pour les infirmières-chercheuses ?

Les organismes subventionnaires encouragent de plus en plus, dans cette même perspective, les études sur les services de santé. En fait, les recherches doivent maintenant déboucher non seulement sur de nouvelles connaissances, mais également sur de nouvelles idées d'action ; elles doivent contribuer à modifier les politiques, à diminuer ou régler les problèmes, à développer ou améliorer les pratiques, et à restructurer les programmes et les services de manière efficace et efficiente. Dans ce contexte, les chercheurs doivent parler de leurs recherches en termes « de retombées, d'effets, d'utilité, de rendement, ou de rendement des investissements » (CQRS, 1997, p. 16). Voilà un défi, celui d'asseoir, sur des fondements scientifiques, les décisions quant à l'adaptation et à l'amélioration de notre système de santé. On parle maintenant d'*evidence-based-decision making*. Même si cela peut paraître mercantile, nous en sommes rendues là.

Plusieurs questions demeurent encore sans réponse au regard des nouveaux modes d'organisation des soins. La recherche sur les services de santé, qui a été plutôt négligée de la part des infirmières, est, dans cette optique, fort importante à développer. Dans son dernier plan

triennal, le Fonds de la recherche en santé du Québec (FRSQ) propose même au Ministère de la santé et des services sociaux d'adopter une politique selon laquelle le gouvernement du Québec aurait pour objectif de consacrer annuellement 0,5 % du budget des services de santé d'ici 2002 et 1,0 % du budget de la santé d'ici 2007 à la formation de chercheurs et au soutien de leurs carrières, aux infrastructures de recherche, ainsi qu'aux projets et à l'exportation de notre savoir unique dans le domaine de la recherche sur les politiques, les programmes, les pratiques cliniques et les organismes de services de santé (FRSQ, 1997, p.46). Voilà une autre occasion à saisir.

Une orientation des recherches vers des thématiques jugées socialement pertinentes

Il est évident que les recherches menées par les infirmières doivent aussi tenir compte des problématiques prioritaires au sein du système de santé, notamment celles des grandes transformations actuelles, qu'il s'agisse du virage ambulatoire, du maintien à domicile des personnes âgées, de la désinstitutionnalisation ou encore de la politique familiale. La réduction des séjours hospitaliers constitue plus particulièrement l'une des grandes priorités de l'heure. Les interventions en chirurgie avec séjour hospitalier d'un jour représentent déjà 24 % des chirurgies totales au Québec. Ce virage majeur est probablement la stratégie la plus visible de la reconfiguration du système de santé (Gouvernement du Québec, 1996).

La pertinence sociale des services, dont le système de santé devient de plus en plus imputable, nécessite des choix judicieux quant à la nature des recherches entreprises par les infirmières. Au Québec, la Politique de la santé et du bien-être (Gouvernement du Québec, 1992) guide présentement l'octroi des nouvelles subventions de recherche. Cette politique constitue, de la part du gouvernement, un effort de direction vers laquelle doivent converger les énergies, le but étant de réduire, de manière importante, les problèmes de santé de notre société, ou, tout au moins, empêcher qu'ils ne s'aggravent. C'est ainsi que les infirmières-chercheuses doivent effectuer de plus en plus ce que l'on appelle de la recherche « orientée ». Il n'y a plus guère de place, malheureusement, pour la recherche que l'on qualifie de « libre ». Le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS) statue clairement à ce sujet : « Plutôt que le modèle classique de recherche universitaire, libre et individuelle, le Conseil préconise la recherche dite appliquée ou orientée, menée en équipes, dans une perspective transdisciplinaire et

transsectorielle, sollicitant le partenariat bidirectionnel entre chercheurs et intervenants» (CQRS, 1997, p. 4).

La politique de la santé qui responsabilise les individus, les familles et les collectivités pour leur propre santé est néanmoins fort congruente avec les orientations des soins infirmiers et offre plusieurs possibilités aux chercheuses en sciences infirmières (Hagan, 1993). Ainsi, parmi les stratégies d'action qui y sont mentionnées, nous retrouvons «favoriser le renforcement du potentiel des personnes» et «agir pour et avec les groupes vulnérables dans la communauté». N'est-ce pas là des stratégies utilisées quotidiennement par les infirmières? L'orientation non équivoque de cette politique vers les résultats permet aussi de guider le choix d'études à entreprendre. La recherche évaluative sur les interventions préventives et la promotion de la santé auprès des groupes vulnérables, notamment les jeunes, les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, les handicapés, les soignants naturels, les femmes, les personnes âgées, ou encore les membres des différentes communautés culturelles, est donc à développer.

Au Canada, un exercice récent de l'Association canadienne des écoles universitaires en nursing, de concert avec l'Association des infirmières et infirmiers du Canada et le Canadian Nursing Research Group, a permis d'établir des priorités pour la recherche infirmière au cours des prochaines années (ACEUN, 1997). Ces priorités en recherche touchent de près celles énoncées dans la Politique de la santé du Québec (1992) et ont été établies à partir de certains critères. Pour être jugées prioritaires, les recherches devaient notamment : 1) aborder une problématique importante et significative sur le plan de la santé et des soins de santé au Canada ; 2) avoir le potentiel de faire avancer, de manière importante, les connaissances scientifiques ; 3) avoir le potentiel d'améliorer la pratique infirmière ; 4) faire en sorte que les connaissances générées par la recherche infirmière apportent une contribution unique mais non exclusive (importance de l'interdisciplinarité) ; et 5) préserver l'intégrité, la qualité et les coûts du système de santé. À partir de ces critères, les priorités qui ont été établies concernent, entre autres, la recherche sur les services de santé, plus particulièrement sur les répercussions de la réforme de la santé, ainsi que la recherche sur les groupes vulnérables, sur les modèles d'intervention en promotion de la santé et les soins de santé primaire, sur les nouvelles méthodes de recherche, sur la diffusion des résultats pour la pratique et l'orientation en matière politique, et sur les questions d'éthique engendrées par la pratique.

Enfin, aux États-Unis, le plan stratégique pour le développement de la recherche intitulé *Directions for Nursing Research: Toward the Twenty-First Century* et publié par L'American Nurses' Association fait état de priorités pour le 21^e siècle (ANA, 1986). On y retrouve, encore une fois, des priorités similaires, entre autres, l'importance de générer des connaissances qui permettront aux infirmières de : 1) développer, mettre à l'essai et évaluer des modèles alternatifs pour la prestation et la gestion des soins de santé et ce, afin de prodiguer des soins infirmiers de qualité à moindre coût ; 2) identifier les besoins en soins des groupes vulnérables et effectuer des études d'intervention afin que ces besoins soient satisfaits de façon efficace ; 3) développer des instruments pour mesurer les effets des interventions infirmières ; 4) minimiser, par le biais d'études d'interventions, les effets négatifs des nouvelles technologies sur les capacités adaptatives des individus et des familles qui vivent l'expérience de problèmes de santé aigus et chroniques ; et 5) développer des méthodes de recherche intégratives pour l'étude holistique des phénomènes humains.

L'ensemble de ces priorités, qu'il s'agisse de celles émanant du Québec, du Canada ou des États-Unis, font foi d'une profonde mutation de notre société. Pour les chercheurs qui oeuvrent dans le réseau de la santé, incluant les infirmières, cette mutation exige des efforts considérables afin d'adapter le système aux nouveaux besoins de la population, à l'évolution de la technologie, aux normes internationales et, évidemment, aux ressources financières restreintes.

L'accroissement du nombre de projets à caractère interdisciplinaire

Les organismes subventionnaires encouragent de plus en plus un décloisonnement disciplinaire. Le CQRS (1997) mentionne par exemple, dans son plan stratégique, que la vocation de la recherche est délibérément tournée vers une compréhension transdisciplinaire et transsectorielle de la santé. Quant au FRSQ (1997), il parle d'une organisation différente de la recherche ayant comme noyau une masse critique de chercheurs de diverses disciplines qui aura la capacité d'aborder tout le spectre de la recherche d'un même domaine ou thème, ce qui facilitera le transfert des connaissances.

L'impératif actuel quant au développement de ce type de recherche à caractère interdisciplinaire ne peut qu'être favorable au développement de la recherche en sciences infirmières. D'une part, la discipline infirmière s'est construite en intégrant des théories et des concepts provenant d'une grande variété de disciplines scientifiques (psychologie, sociologie, anthropologie, sciences de l'éducation et médecine).

D'autre part, les disciplines scientifiques qui s'intéressent au comportement humain dans les contextes de santé ont besoin de théories et de concepts provenant des sciences infirmières. L'ouverture des infirmières-chercheuses aux autres champs scientifiques leur permet de solliciter, avec les collègues des autres disciplines, des fonds de recherche provenant des organismes subventionnaires qui desservent à la fois les domaines de la santé, du social, et des sciences humaines en général. Pour appuyer cette affirmation, on ne peut que penser au taux de succès des chercheuses oeuvrant en sciences infirmières au CQRS, au cours des dernières années, ainsi qu'à l'ouverture récente du Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) aux subventions et aux bourses d'études pour les infirmières (on y reconnaît maintenant la discipline infirmière comme une discipline des sciences humaines). S'ajoute à cela le virage actuel du Conseil de recherches médicales du Canada (CRM) et du FRSQ vers la santé. En somme, malgré un contexte actuel peu reluisant sur le plan budgétaire, la recherche infirmière en interdisciplinarité est en plein essor (Faculté des sciences infirmières, 1994).

Il importe enfin de situer ce défi sur un plan un peu plus global. Le phénomène de mondialisation des marchés touche aussi la recherche et est un facteur qui nous invite à rallier nos forces, en interdisciplinarité, afin de mieux rivaliser avec les chercheurs, à l'échelle mondiale (FRSQ, 1997). Apprendre à travailler en interdisciplinarité, c'est-à-dire développer des recherches en collaboration tout en reconnaissant la contribution des chercheurs de chacune des disciplines engagées, voilà un des défis majeurs auquel les infirmières doivent déjà faire face.

Les défis portant sur le processus de la recherche

La réflexion présentée ici touche cinq aspects principaux, soit : 1) le transfert, à la pratique, des connaissances générées par la recherche ; 2) la création de partenariats chercheurs-cliniciens ; 3) l'utilisation de méthodes de recherche adaptées à la nature des investigations en sciences infirmières ; 4) l'ouverture à de nouvelles sources de subvention ; et 5) la formation supérieure des infirmières.

Le transfert, à la pratique, des connaissances générées par la recherche

Le développement des connaissances ne consiste pas uniquement à générer des connaissances mais aussi à diffuser et à utiliser ces connaissances. Même si les chercheurs n'ont pas toutes les habiletés requises

pour assurer une diffusion optimale de leurs résultats, il n'en demeure pas moins que la diffusion de la recherche est une de leurs responsabilités. Il existe une éthique de la dissémination des résultats. N'est-ce pas une question d'éthique que celle de devoir partager l'information recueillie des recherches financées par les contribuables? (Meslin, 1994). La recherche s'effectuant grâce à des fonds publics, la société est donc en droit de s'attendre à certaines retombées des travaux qu'elle finance. Il persiste encore un écart important entre le moment de la fin d'une recherche, sa diffusion et l'utilisation des connaissances. De façon générale, toutes disciplines confondues, il fallait environ 30 ans, au début du 20^e siècle, pour qu'une innovation puisse être utile. Au milieu des années 50, cette période était réduite à environ 9 ans. Dans les années 80, on parle d'une période de 5 ans (Glaser, Abelson et Garison, 1983).

Mais qu'en est-il en sciences infirmières? Sans vouloir minimiser l'importance de la recherche fondamentale, la recherche infirmière appartient en grande partie au champ de la recherche appliquée qui vise à trouver des solutions à des problèmes cliniques. Elle a pour objectif l'introduction de changements dans la pratique des soins. Toutefois, il semble, à l'image d'autres disciplines professionnelles telles la psychologie et l'éducation, que le transfert des connaissances soit plutôt lent. La plupart des pratiques des infirmières ne sont malheureusement pas encore fondées sur des résultats de recherche.

Un exemple concret permet d'illustrer bien simplement cette situation. Nous savons depuis longtemps que la rotation interne du fémur durant une injection intramusculaire au muscle dorso-glutéal dans la position ventrale ou en décubitus latéral réduit l'inconfort et la douleur de l'injection. Une étude américaine (Brett, 1987) a démontré, avec un échantillon stratifié de 216 infirmières provenant de petits, moyens et grands centres hospitaliers, que 44 % des infirmières connaissaient cette technique, 34 % étaient persuadées que ce savoir était important pour la pratique, 29 % utilisaient, à l'occasion, ce savoir dans leur pratique, et seulement 10 % des infirmières l'utilisaient en tout temps. Cette recherche souligne les nombreuses étapes du processus d'utilisation des résultats de recherche : la connaissance du résultat, la conviction qu'il s'agit d'un résultat important, puis la décision de l'utiliser, et enfin l'implantation dans la pratique quotidienne. Mieux comprendre ce processus d'utilisation de la recherche et développer des stratégies pour faciliter l'utilisation des résultats, voilà des enjeux critiques dans notre discipline.

Funk, Tornquist et Champagne (1989) ont proposé un modèle explicatif de la dissémination de la recherche qui peut être utile aux chercheurs et cliniciens et selon lequel les qualités ou les caractéristiques de la recherche, le type de communication utilisé pour la diffuser, les caractéristiques des cliniciens, ainsi que certains facteurs favorables du milieu sont les principales composantes. Un certain nombre de questions doivent ainsi être posées en vue d'une dissémination optimale d'une recherche : Cette recherche est-elle pertinente sur le plan de la pratique ? Peut-elle résoudre un problème ou apporter une réponse à une préoccupation clinique ? Le chercheur communique-t-il bien les résultats de sa recherche ? Quelles connaissances ont les cliniciens du processus de la recherche ? Sont-ils motivés à contribuer au changement ? Ont-ils le pouvoir de modifier les pratiques ? Le milieu soutient-il les innovations ? Y a-t-il des ressources disponibles ?

Il faut toutefois reconnaître que le phénomène de l'utilisation des résultats de recherche est lié étroitement à celui du changement et de la résistance au changement (MacGuire, 1990). Dans cette optique, une étude effectuée par Rogers (1983) a permis de catégoriser, sur une courbe normale, l'attitude des personnes en regard d'une innovation, quelle qu'elle soit. Selon cette étude, il n'y aurait en fait que 2,5 % de vrais innovateurs et 13,5 % de personnes qui adoptent rapidement les innovations, par rapport à 16 % de « retardataires ». Funk et ses collaborateurs (1991) ont par ailleurs décrit, dans leur recherche, 28 barrières à l'utilisation des résultats de recherche. Il semble que ce soit d'abord le milieu organisationnel qui soit l'obstacle le plus important pour les infirmières, notamment le manque de pouvoir pour effectuer des changements, le manque de temps pour implanter de nouvelles pratiques, le manque de soutien administratif et le manque de ressources physiques. D'autres recherches ont également permis d'identifier ce facteur comme un des plus entravants à l'utilisation de la recherche (Crane, 1989). Ceci donne à réfléchir sur nos milieux de pratique.

Dans cette perspective, il serait avantageux d'utiliser certains moyens, afin de favoriser une utilisation maximale des résultats de recherche. À cet égard, certaines stratégies commencent à se concrétiser dans les milieux, qu'il s'agisse de la mise sur pied de comités de recherche, de l'organisation d'ateliers, de conférences, de groupes de discussion, de la création de Journal club, de l'inclusion d'activités de recherche dans la description de tâches des infirmières (ce qui est loin d'être la norme professionnelle), ou encore la mise sur pied d'un système de reconnaissance pour celles qui participent activement aux activités de recherche (Edwards-Beckett, 1990).

En résumé, les chercheurs doivent non seulement présenter maintenant des articles scientifiques mais aussi prendre part au débat social et à l'évolution des pratiques. Cette tendance ira encore même plus loin. À qualités scientifiques égales, le CQRS (1997) pense maintenant qu'il faudrait aussi évaluer la capacité du chercheur à se faire comprendre, à interagir avec les praticiens et à transformer les résultats de recherche en « produits » utiles. Ceci constitue un virage sans précédent et un défi majeur. Traditionnellement, les chercheurs ont eu, pour la plupart, la préoccupation de rejoindre d'abord leurs pairs plutôt que les cliniciens ou même les décideurs. Conséquemment, ils ont peu développé leurs habiletés à communiquer efficacement les résultats de leurs travaux à un plus vaste auditoire. Une des modalités qui nous permettra d'accélérer le transfert des résultats de recherche concerne donc le développement de modes de collaboration entre chercheurs et cliniciens.

La création de partenariats chercheurs-cliniciens

Une culture commune est d'abord à développer. La culture du monde de la recherche et celle des milieux de pratique sont différentes et rendent l'intégration des connaissances scientifiques difficile (Lomas, 1991). Le langage de la recherche doit être mieux compris. La « fameuse tour d'ivoire » doit se modifier en vue de fournir une image du chercheur plus accessible. Les universités se doivent de travailler en étroite collaboration avec les milieux de pratique. C'est dans les milieux de pratique que sont dispensés les soins infirmiers et c'est en tenant compte de ces milieux que peuvent se construire des programmes de recherche qui permettront d'améliorer la qualité des soins.

Par ailleurs, d'une part, la recherche s'est difficilement développée jusqu'à présent, dans ces milieux. Ceci est dû aux conditions (qui perdurent malheureusement) dans lesquelles s'exerce la profession, qui sont plutôt pénibles et peu favorables à la recherche comme pilier du renouvellement des pratiques, ainsi qu'à l'absence d'infrastructure suffisante pour la recherche, et de l'insuffisance du nombre de chercheurs. D'autre part, la plupart des infirmières connaissent encore peu la recherche et leur participation possible sur le plan de la recherche. Elles ne fondent que rarement leur pratique quotidienne sur des résultats de recherche. À ce propos, divers types d'engagement à la recherche peuvent être envisagés et une exploration à cet effet serait souhaitable (Field, Stinson et Thibaudeau, 1992). Une infirmière détenant une formation de niveau baccalauréat aura évidemment une participation différente de celle d'une infirmière formée au troisième cycle. Ce sera

néanmoins la concertation pour le développement et l'utilisation de connaissances scientifiques qui permettra une pratique fondée sur la science.

La conception que nous avons de la relation entre la recherche et la pratique est aussi une des raisons importantes pour laquelle le transfert des connaissances est particulièrement lent dans notre discipline. Le modèle traditionnel, que nous privilégions encore, veut que ce soit le chercheur qui soit responsable du développement des connaissances et que celui-ci provienne de l'extérieur du milieu clinique, plus précisément du milieu universitaire. Ce sont les chercheurs qui posent les questions et génèrent les connaissances. Les consommateurs de résultats sont plutôt passifs. On s'attend du clinicien à ce qu'il reconnaisse la valeur de la recherche et utilise les connaissances que le chercheur lui transmet. Le client est exclu du processus de génération et d'évaluation de la connaissance (la science provient de lois de la nature qui déterminent la causalité et le contrôle des expériences). Le modèle alternatif est par ailleurs consistant avec les visions émergentes de la philosophie de la science. Il origine du client en interaction avec les autres systèmes. Dans ce modèle, les praticiens et les chercheurs utilisent la pratique en tant que source de connaissance et appliquent des méthodes adaptées à cette pratique. Il s'agit d'un modèle interactif d'échanges entre le client, le praticien et le chercheur (Tanner et Lindeman, 1989).

Compte tenu de ce dernier modèle qui favorise le partenariat chercheurs-cliniciens et donc le transfert des connaissances, une analyse et une critique des méthodes de recherche utilisées s'imposent.

L'utilisation de méthodes de recherche adaptées à la nature des investigations en sciences infirmières

La question est ici de savoir si les chercheuses utilisent des méthodes qui facilitent le transfert des connaissances. Il n'y a qu'à penser aux diverses méthodes de recherche-action où un processus interactif entre chercheurs et cliniciens est favorisé, où la participation des cliniciens est nécessaire et essentielle (Swenson, 1991) et où, le plus souvent, l'objet de l'étude concerne un problème pratique (Holter et Schwartz-Barcott, 1993). Ce type d'approche qui permet d'effectuer un pont entre la théorie, la recherche et la pratique incorpore des méthodes scientifiques humanistes et naturalistes. Le but de la recherche-action est précisément de créer un changement dans la pratique. On peut également penser aux études de cas (Yin, 1989). De telles approches inductives apparaissent de plus en plus pertinentes du fait qu'elles permettent un

développement théorique et empirique ancré dans la réalité des observations provenant du terrain.

Néanmoins, ces types de recherches sont encore souvent dédaignées des chercheuses en sciences infirmières, probablement parce que celles-ci sont plus à l'aise avec les méthodes traditionnelles ou encore, parce qu'elles adhèrent à un autre paradigme scientifique. Et là, l'intention n'est nullement d'entrer dans l'épineux débat de la conception de la science, si ce n'est de mentionner que cette conception est un facteur qui peut, à l'occasion, limiter la portée des travaux de recherche. Ainsi, un certain nombre de questions doivent être posées. Par exemple, le devis quasi-expérimental ou expérimental est-il toujours le meilleur devis de recherche pour évaluer l'effet de nos interventions? Est-il vraiment possible de parler de généralisation de nos résultats de recherche dans les milieux de soins? Les activités et les perceptions des chercheuses quant à la science et à la « profession de chercheuse » méritent une réflexion au sein de notre discipline. Le défi de développer et d'utiliser des méthodes adaptées à la réalité de la recherche infirmière est un défi de taille.

L'ouverture à de nouvelles sources de subventions

Tenant compte du contexte budgétaire actuel, une nouvelle philosophie s'impose quant au recours aux diverses sources de financement. Jusqu'à présent, les chercheuses en sciences infirmières ont fait appel aux sources traditionnelles de subvention, soit aux organismes subventionnaires gouvernementaux. Par ailleurs, la compétition pour des subsides de moins en moins nombreuses est de plus en plus féroce. De très bons projets se voient octroyer des évaluations positives mais demeurent sans financement. Il nous faut donc trouver de nouveaux bailleurs de fonds et, dans cette perspective, une ouverture aux fondations et aux organismes privés devient nécessaire. Les chercheuses qui, autrefois, pouvaient dédaigner les subventions de compagnies privées, peut-être par élitisme ou par principes éthiques (peur de l'assujettissement à des intérêts particuliers et conflits d'intérêt), doivent modifier leur philosophie de financement et s'ouvrir à de nouvelles avenues. Les infirmières doivent entrer dans cette nouvelle course au financement. Il s'agit là d'un autre défi de taille.

La formation supérieure des infirmières

Les développements scientifiques, on le sait, requièrent des chercheurs bien préparés. Même si les infirmières, à différents niveaux de for-

mation, peuvent effectuer des contributions importantes dans le processus de la recherche, les programmes de formation supérieure qui privilégient la recherche doivent continuer de se développer. Le nombre d'infirmières détenant un diplôme de deuxième et de troisième cycles est encore limité au Québec et au Canada, et chacun des milieux de pratique est encore bien pauvrement doté de telles ressources pour l'avancement de la recherche

Au Canada, nous avons plus d'une quinzaine de programmes de deuxième cycle et seulement quelques programmes de doctorat qui ont été mis sur pied uniquement depuis les années 1990, décennie qui marque un tournant décisif dans le développement de la recherche en sciences infirmières. Par comparaison, il existe, aux États-Unis, plus de quarante-cinq programmes de doctorat. Une enquête effectuée en 1990 dénombrait 257 infirmières au Canada (sur 240 000) possédant une formation doctorale (Lamb et Stinson, 1990). Seulement 47 % de ces détentrices de diplôme de 3^e cycle avaient complété leur formation en sciences infirmières et 85 % d'entre elles avait plus de 40 ans, avec un âge médian de 42 ans. Ces données nous illustrent l'importance d'une telle formation et celle de développer des ressources financières afin de soutenir les candidates qui s'engagent dans des études supérieures.

Enfin, quelques mots sur la formation postdoctorale. La formation en sciences infirmières, au-delà du doctorat, est plutôt rare jusqu'à présent, même si ce type de formation correspond à une norme dans quelques disciplines. Évidemment, plusieurs raisons sont à l'origine de ce lent développement : d'abord, le faible pourcentage d'infirmières formées au doctorat (compte tenu de l'ouverture récente des programmes) et évidemment, le manque de ressources financières pour soutenir ces étudiantes. Nous avons donc, sur le plan de la formation, d'autres défis à relever.

Conclusion

Une perspective internationale nous permet de situer plus globalement les défis que nous avons à relever. En 1990, parrainé conjointement par le Conseil international des infirmières et le National Center for Nursing Research (NCNR) américain, un groupe de travail sur les recherches infirmières à l'échelle internationale s'est réuni à Genève pour faire le point sur la recherche infirmière dans le monde (Degner, 1990). Plusieurs pays possédant des programmes de doctorat ont participé à cette rencontre. De cette réunion est ressorti le fait que seuls les États-Unis pouvaient être considérés comme pays « établi » dans le domaine de la recherche infirmière. Pour être ainsi classifié, un pays

devait faire état d'un grand nombre d'infirmières détenant une formation de 3^e cycle (de 6000 à 7000) et des sources de financement stables (40 millions de dollars en 1991 par le biais du NCNR aux É.-U.).

Le Canada, comme la plupart des autres pays, s'inscrivait alors dans la catégorie de pays « en transition » sur le plan de la recherche. On y voit l'émergence d'une masse critique de chercheurs ayant une formation de 3^e cycle, sans toutefois qu'un financement stable n'ait été mis en place à l'échelle nationale. Il importe toutefois de mentionner que depuis cette conférence de 1990, d'importantes percées en recherche ont été réalisées. En effet, en dépit d'un contexte général peu reluisant quant aux sommes disponibles, les milieux de pratique se sentent prêts à investir en recherche et les orientations nouvelles des grands organismes subventionnaires de recherche offrent des possibilités. La Fondation canadienne pour l'innovation, créée lors du budget fédéral de 1997 est notamment une occasion qu'il nous faudra saisir. Également, dans le contexte actuel, la volonté d'établir des services de santé de qualité à moindre coûts ne peut que favoriser, tel que mentionné précédemment, la recherche en sciences infirmières. Les infirmières occupent une position stratégique qui les place au coeur du système de santé. Cette position leur permet d'élaborer et de participer à des projets de recherche qui apporteront des réponses à des questions d'importance, au regard de la prestation et de l'évaluation des soins et services.

Enfin, les transformations actuelles à l'échelle de la planète (ne pensons qu'aux phénomènes de la mondialisation, de la privatisation et de la déréglementation) imposent des bouleversements et des changements majeurs dans la façon de voir et de mener la recherche. Certains affirment que nous serions en cours de vivre le troisième changement le plus important du millénaire. Après la Renaissance et la Révolution industrielle, nous en sommes maintenant à la Révolution de l'information (Drucker, 1989). Les changements actuels nous forcent à imaginer autrement l'avenir et à développer de nouvelles solutions aux problèmes de santé. Plusieurs futurologues et philosophes affirment aussi que le 21^e siècle sera celui de la gestion des paradoxes. Pourquoi alors ne pas s'outiller pour gérer ces paradoxes et sortir gagnantes dans cette grande et belle entreprise qu'est devenue la recherche ?

Références

- American Nurses' Association. (1986). *Directions for Nursing Research: Toward the Twenty-First Century*.
- Association canadienne des écoles universitaires en nursing (ACEUN). (1997). *Priorités de la recherche infirmière au Canada. Résultats de la phase III du symposium national sur la recherche infirmière*. Ottawa.
- Association des hôpitaux du Québec. (1997). *Regard sur les tendances en matière d'organisation des établissements de santé*. Montréal : Collection La Reconfiguration du réseau, no. 7.
- Bergman, R. (1990). Interrelations between nursing theory, research, practice and education. Dans *International Nursing Research Round Table Proceedings Book*. Utrecht : University of Utrecht.
- Brett, J. (1987). Organizational integrative mechanisms and adoption of innovations by nurses. *Nursing Research*, 36(6), 344-349.
- Brooten, D., Kumar, S., Brown, L. (1986). A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very-low-birth-weight infants. *New England Journal of Medicine*, 315, p. 934.
- Carper, B. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1, 3-23.
- Conseil québécois de la recherche sociale (1997). *Plan stratégique 1997-2000. Pour une politique de recherche et un développement en matière sociale*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Cook, E. (1913). *The Life of Florence Nightingale*. London : Macmillan.
- Crane, J. (1989). *Factors associated with the Use of Research-Based knowledge in Nursing*. Doctoral Dissertation, University of Michigan.
- Degner, L. (1990). La recherche en sciences infirmières à l'échelle internationale : Où le Canada se situe-t-il? *Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*, 22(1), 3-5.
- Drucker, P. (1989). The New Realities : In Government and Politics, in Economics and Business. Dans *Society and World View*. New York : Harper and Row.
- Edward-Beckett, J. (1990). Nursing research utilization techniques. *Journal of Nursing Administration*, 20(11), 26.
- Faculté des sciences infirmières. (1994). *Plan directeur de la recherche*. Document de travail. Montréal : Université de Montréal, Vice-décanat à la recherche et aux études supérieures de la Faculté des sciences infirmières.
- Field, P., Stinson, S., Thibaudeau, M.-F. (1992). Graduate education in Nursing in Canada. Dans A. Baumgart et J. Larsen (Éds.). *Canadian Nursing Faces the Future*. (pp. 421-445). Toronto : Mosby.
- Fonds de la recherche en santé du Québec. (1997). *Orientations stratégiques 1997-2000. Bâtir ensemble la recherche de l'avenir*. Montréal : FRSQ.
- Funk, S., Tornquist, E., Champagne, M. (1989). A model for improving the dissemination of nursing research. *Western Journal of Nursing Research*, 11(3), 361-367.

- Funk, S., Tornquist, E., Champagne, M. (1991). Barriers to using findings in practice : The clinician's perspective. *Applied Nursing Research*, 4(2), 90-95.
- Glaser, E., Abelson, H., Garrison, K. (1983). *Putting knowledge to use*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Gouvernement du Québec. (1992). *Politique de la santé et du bien-être*. Québec : Ministère de la santé et des services sociaux.
- Gouvernement du Québec. (1996). *La santé et les services sociaux: Enjeux et orientations stratégiques d'un système en transformation*. Sommet de l'économie de l'emploi. Ministère de la santé et des services sociaux.
- Hagan, L. (1993). Les priorités de recherche en sciences infirmières et la Politique de santé et de bien-être. Dans M.-F. Thibaudeau, C. Pelletier, et C. St-Pierre. *Priorités de la recherche en sciences infirmières. Actes du colloque organisé dans le cadre du 61^e congrès de l'ACFAS*. (pp. 25-34) Rimouski, mai 1993.
- Holter, I., Schwartz-Barcott, D. (1993). Action research : What is it? How has it been used and how can it be used in nursing? *Journal of Advanced Nursing*, 18, 298-304.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Montréal : Études vivantes.
- Lamb, M., Stinson, S. (1990). *Canadian Nursing Doctoral Statistics: 1989 update*. Ottawa : Canadian Nurses Association.
- Lathrop, J. (1993). *Restructuring Health Care: The Patient-Focused Paradigm*. San Francisco : Jossey-Bass.
- Lomas, J. (1991). Words without action? The production, dissemination and impact of consensus recommendations. *Annual Review of Public Health*, 12, 41-65.
- Luker, K. (1992). Research and development in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1151-1152.
- MacGuire, J. (1990). Putting nursing research findings into practice : research utilization as an aspect of the management of change. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 614-620.
- Meslin, E. (1994). Toward an ethic in dissemination on new knowledge in primary care research. Dans E. Dunn, P. Norton, M. Stewart, F. Tudiver et M. Bass (Éds.). *Disseminating Research/Changing Practice* (pp. 59-75). Thousand Oaks : Sage.
- Nightingale, F. (1859). *Notes on Nursing: What it is, and what it is not*. Philadelphia : Lippincott.
- Rogers, E. (1983). *Diffusion and Innovations* (3^e éd.). New York : Free Press.
- Swenson, M. (1991). Using fourth-generation evaluation in nursing. *Evaluation and the Health Profession*, 14, 79-87.
- Tanner, C., Lindeman, C. (1989). *Using Nursing Research* (pp. 13-17). New York : National League for Nursing.
- Yin, R. (1989). *Case Study Research*. Newbury Park : Sage.