



FÉDÉRATION EUROPÉENNE
DES ENSEIGNANTS
EN SOINS INFIRMIERS

Communauté Française, Germanophone et G. D. de Luxembourg

Colloque

La posture pédagogique

de l'enseignant en soins infirmiers

Jeudi 15 décembre 2016

L'utilisation des résultats probants par les enseignants dans la formation infirmière



Nadine Jacqmin

Inf., L.Sc., étudiante au doctorat en Sciences
Infirmières (ULaval, Québec)

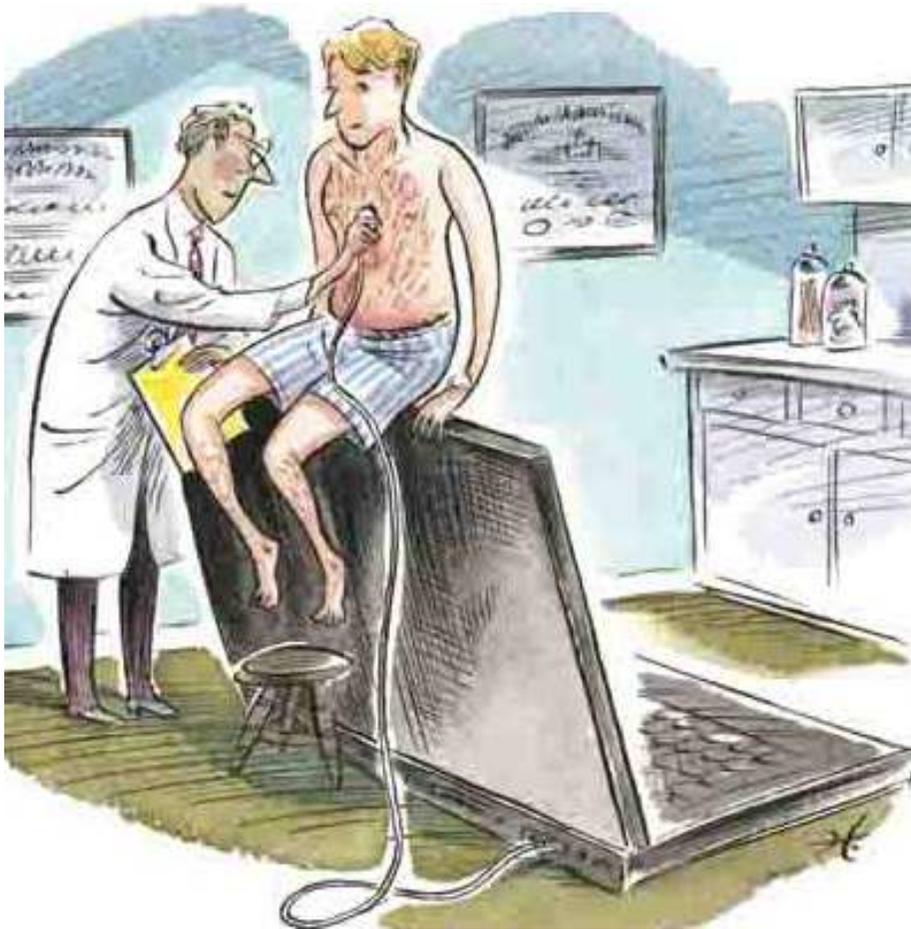
nadine.jacqmin@hers.be

Connaissez- vous l'*Evidence-Based Nursing* [EBN] ??



<https://ebnm.wordpress.com/>

Est-ce ça?



<http://www.bsmpg.com/Blog/bid/103786/Evidence-based-medicine-a-movement-in-crisis>

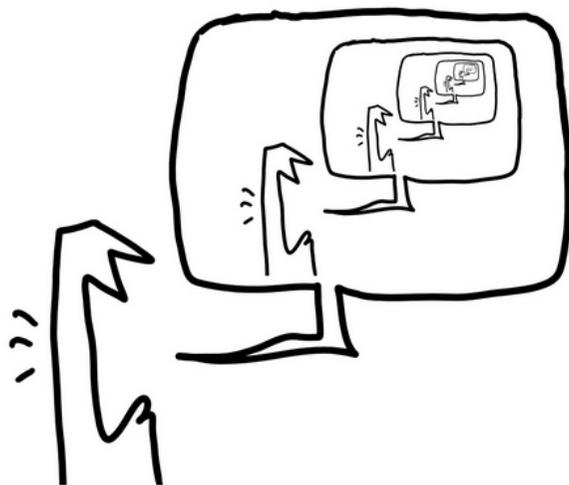
Unless you're using evidence-based procedures, I can't hear a word you're saying.



your  cards
someecards.com



Ou ça?



©hugh

<https://techknowtools.wordpress.com/category/learning-community/>

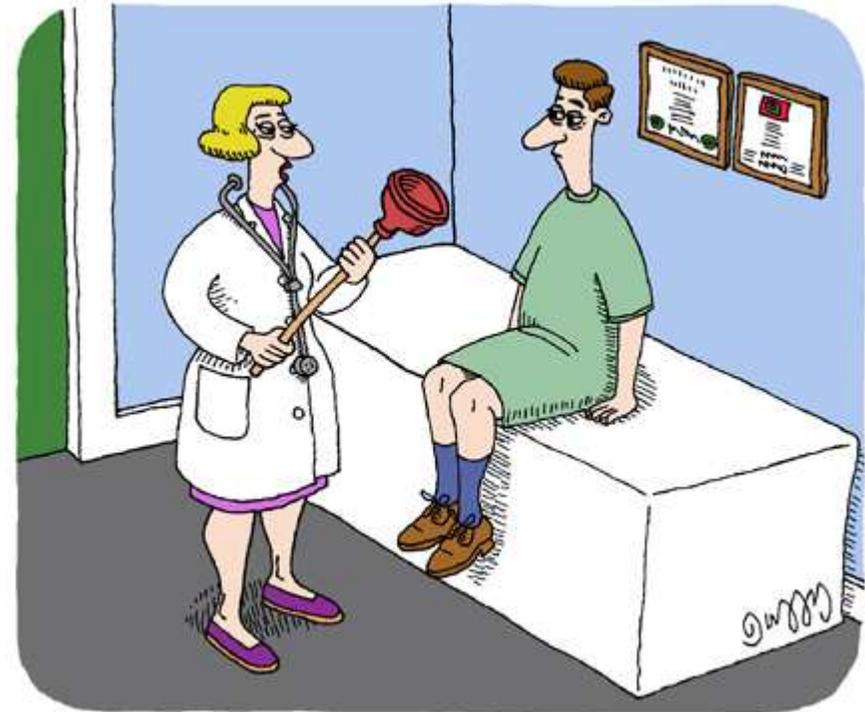


“I expect you all to be independent, innovative, critical thinkers who will do exactly as I say!”

<https://parra67.wordpress.com/>

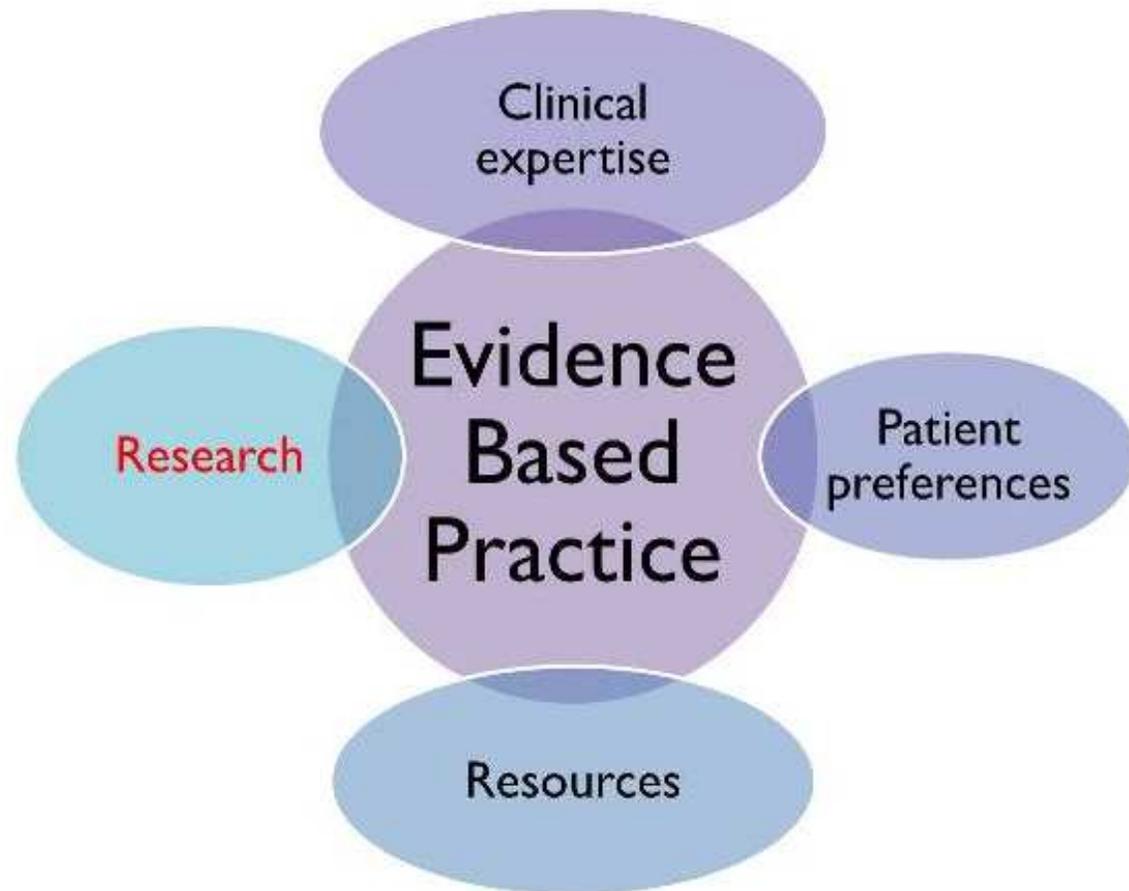


Alors c'est ça?



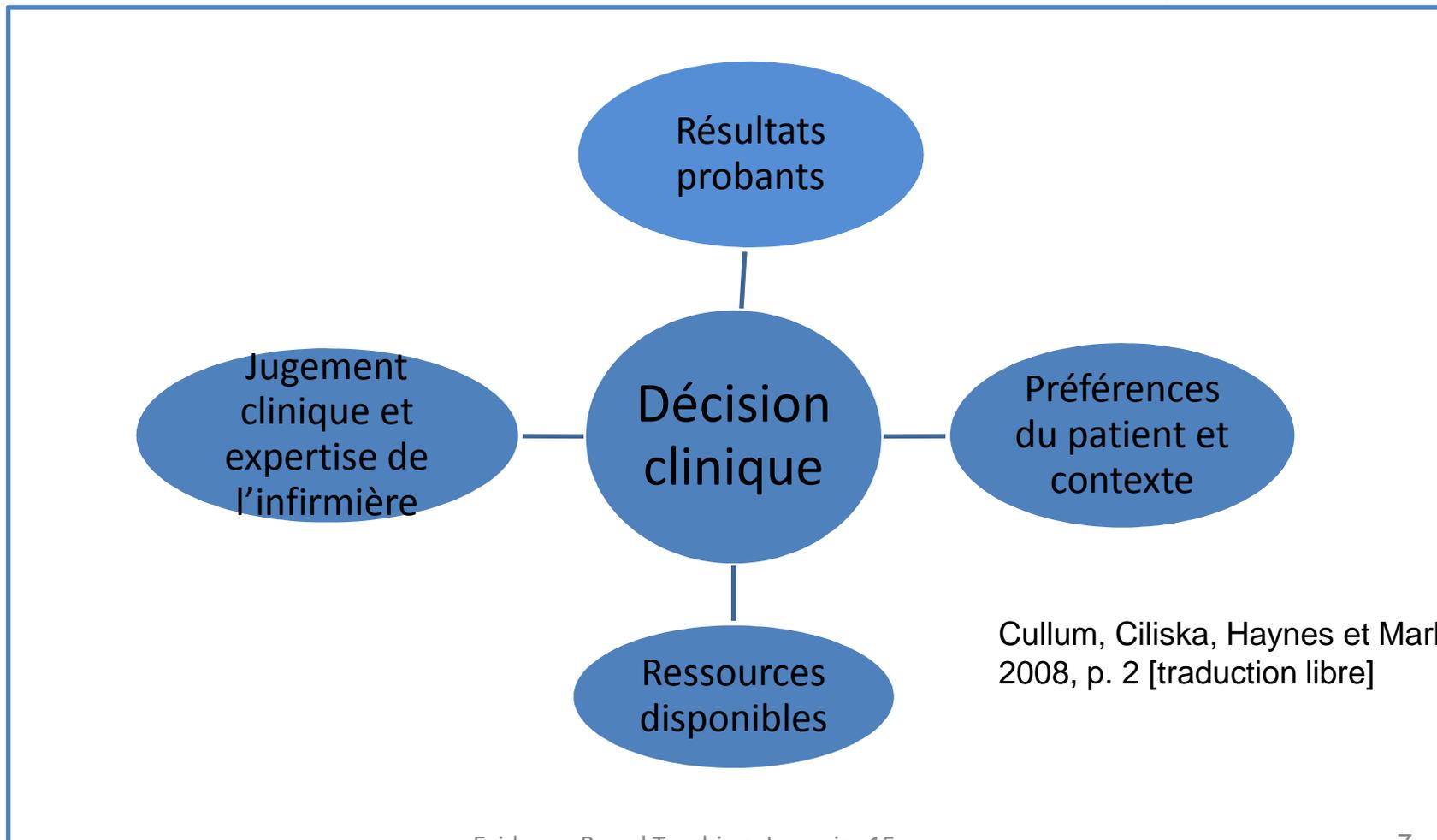


Mais non, c'est ça!



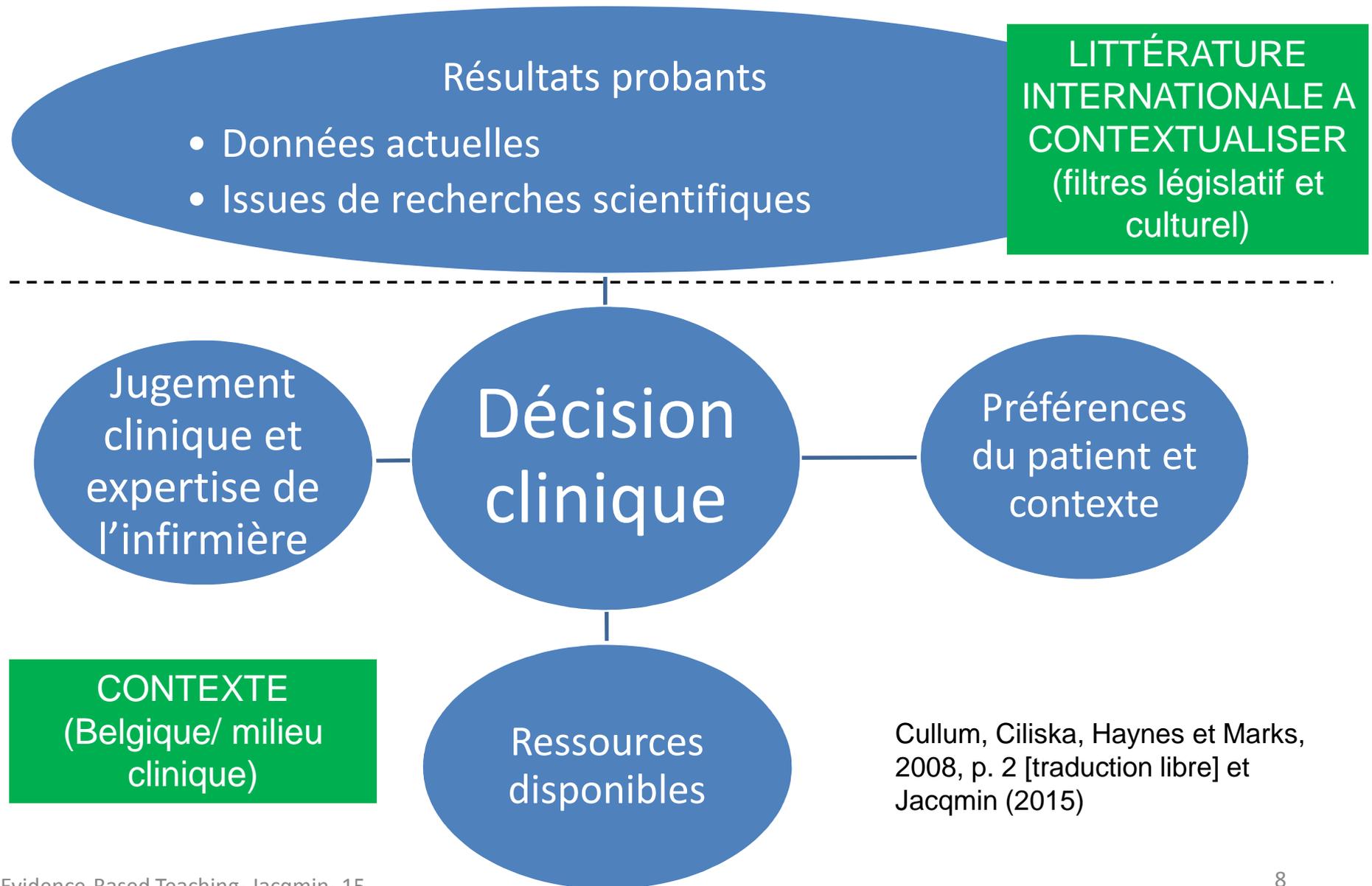
« *Evidence based practice is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values to facilitate clinical decision making* » (DiCenso, Ciliska et Guyatt, 2005, p.4)

EVIDENCE-
BASED
PRACTICE



Cullum, Ciliska, Haynes et Marks, 2008, p. 2 [traduction libre]

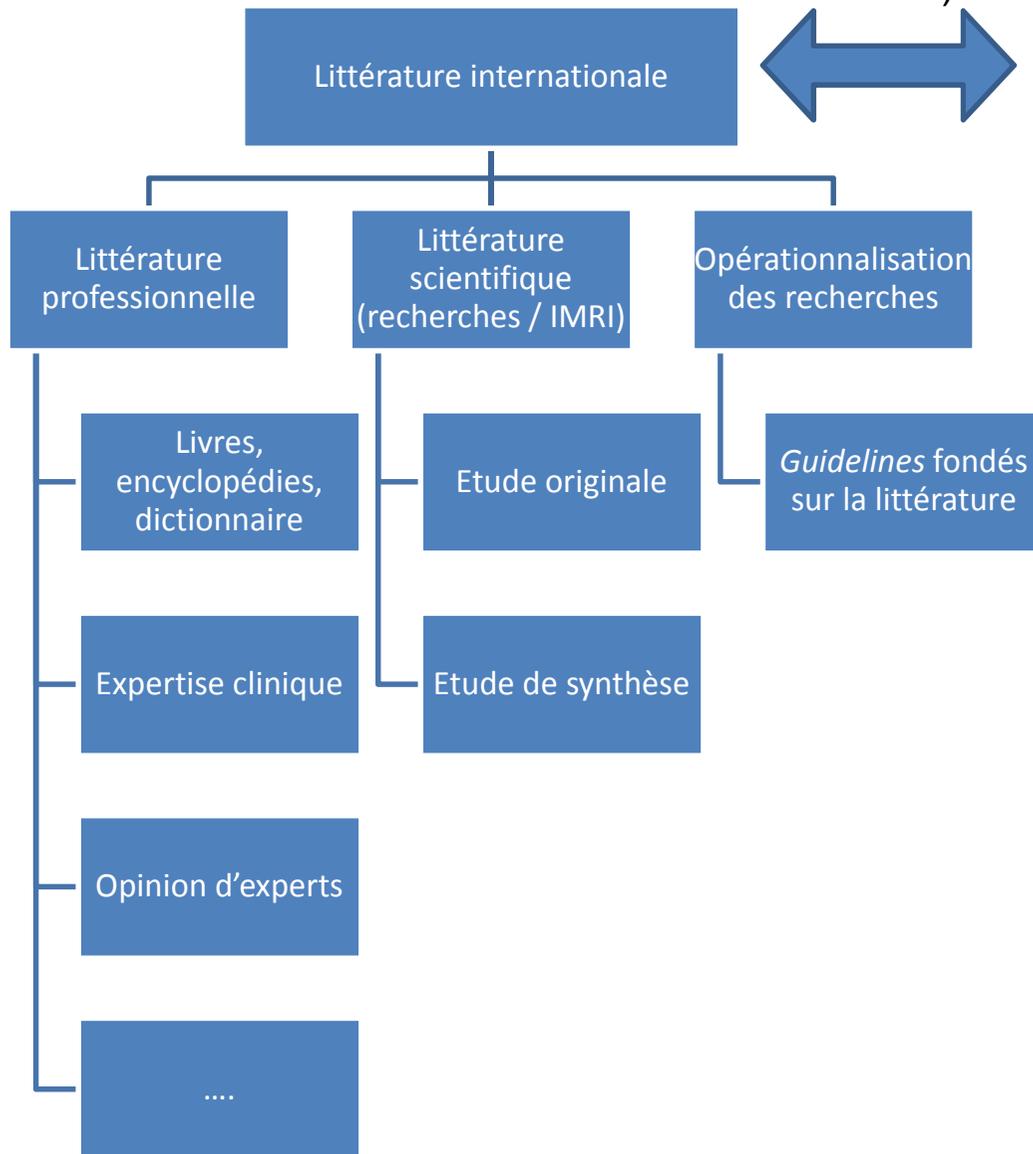
Éléments influençant la décision clinique



Pratique informée par des résultats probants (Jacqmin, 2015)

- Expression novatrice (Gagnon et Côté, 2010)
- Utilisation créative des quatre types de ressources impliquées dans la démarche EBN au service de la qualité des soins au patient ([CNA, 2010](#); [Glasziou, 2005](#); [Nevo & Slonim-Nevo, 2011](#)).
- La prise de décision clinique est donc enrichie par les résultats pertinents des recherches, sans être limités à ceux-ci ([Epstein, 2009](#); [Glasziou, 2005](#)).

Contextualisation
(filtres législatif et
culturel)



**PROFESSION INFIRMIERE
PRATIQUE CLINIQUE**

PROCEDURES DE SOINS



Adaptation
(démarche clinique)

SOIN AU PATIENT
SINGULIER

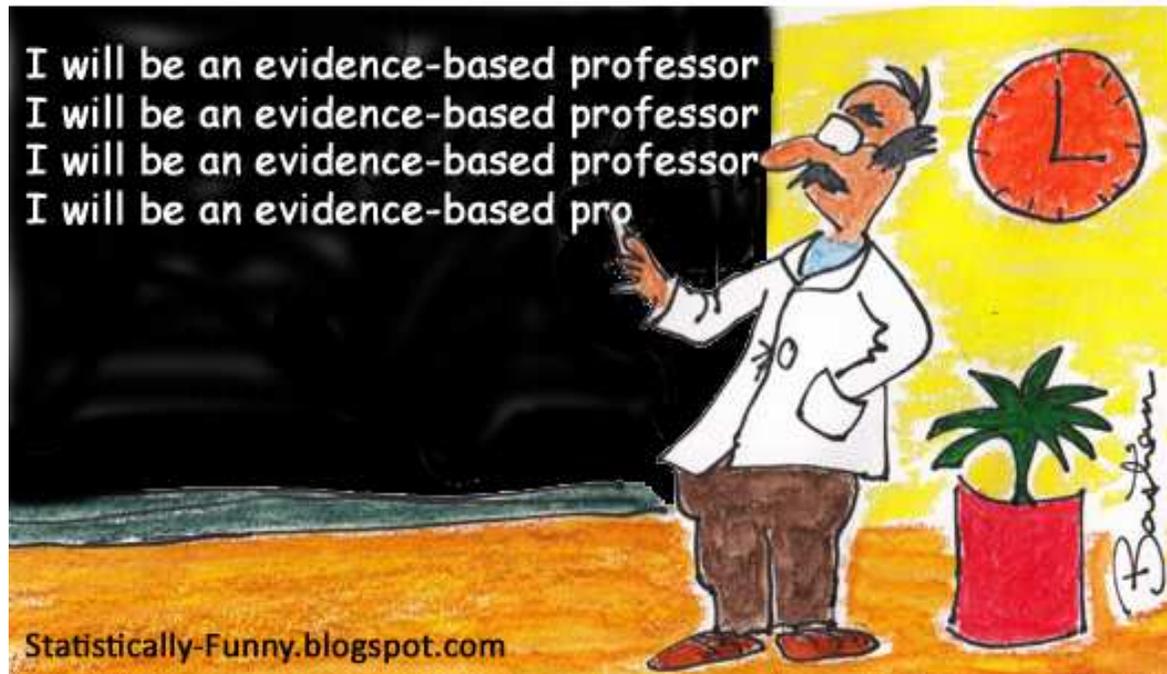


QUALITE DES SOINS



QUALITE DE VIE

Et en tant qu'enseignant, qu'en est-il de la pratique *evidence-based*???



Est-ce un vœu pieux????



Un constat...

Les pratiques pédagogiques actuelles sont guidées par les croyances personnelles, les opinions, l'intuition des enseignants, la tradition pédagogique et peu par les résultats probants

([Benner et al., 2010](#); [Cannon & Boswell, 2016](#); [Groccia & Buskist, 2011](#); [Oermann, 2009, 2015](#); [Patterson, 2009](#))



Or,

Il est de la responsabilité des infirmières enseignantes d'intégrer des résultats probants dans leurs pratiques pédagogiques ([Cannon & Boswell, 2016](#); [IOM, 2011](#); [Kalb, O'Conner-Von, Brockway, Rierson, & Sendelbach, 2015](#); [Schultz, 2009](#); [Valiga, 2009](#))

Elles doivent donc dispenser un enseignement correspondant aux connaissances les plus récentes ([Holopainen, Hakulinen-Viitanen, & Tossavainen, 2007](#); [Salminen, Melender, & Leino-Kilpi, 2009](#); [Salminen et al., 2013](#))

Ce qui permet la qualité de la formation infirmière ([Cannon & Boswell, 2016](#); [Kalb et al., 2015](#); [Koivula et al., 2011](#); [Rich & Nugent, 2010](#); [Salminen et al., 2009](#)).



Mais qu'est-ce la pratique *Evidence-Based Teaching* [EBT]???

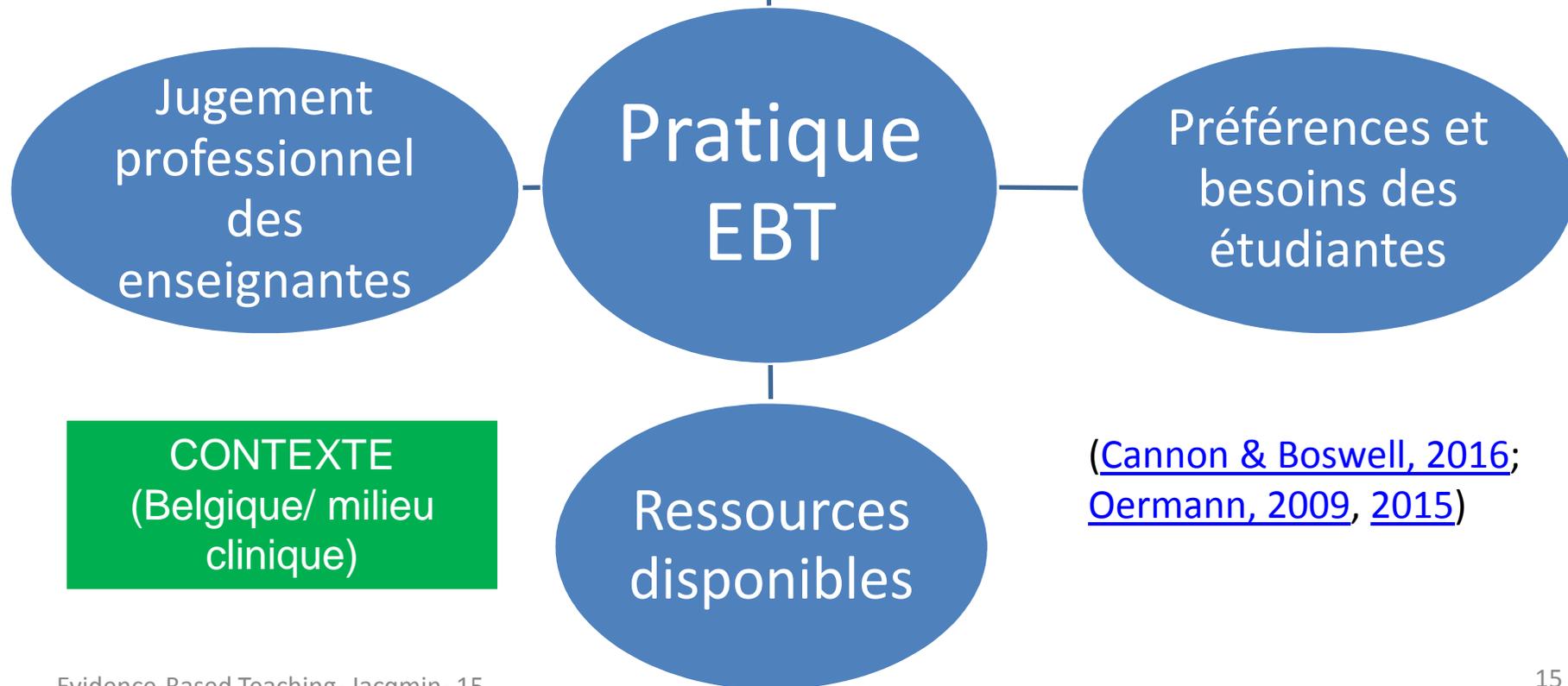
Application des principes de la démarche *Evidence-Based Practice* [EBP] dans la formation des infirmières ([Cannon & Boswell, 2016](#))

Si la pratique clinique doit être informée par des résultats probants, il doit en être de même dans la pratique pédagogique ([Canadian Nurses Association \[CNA\], 2010](#); [Cannon & Boswell, 2016](#); [Halstead, 2007](#); [Oermann, 2009](#); [Patterson, 2009](#); [Salminen et al., 2010](#); [Schultz, 2009](#)).

Résultats probants

- Données actuelles
- Issues de recherches scientifiques

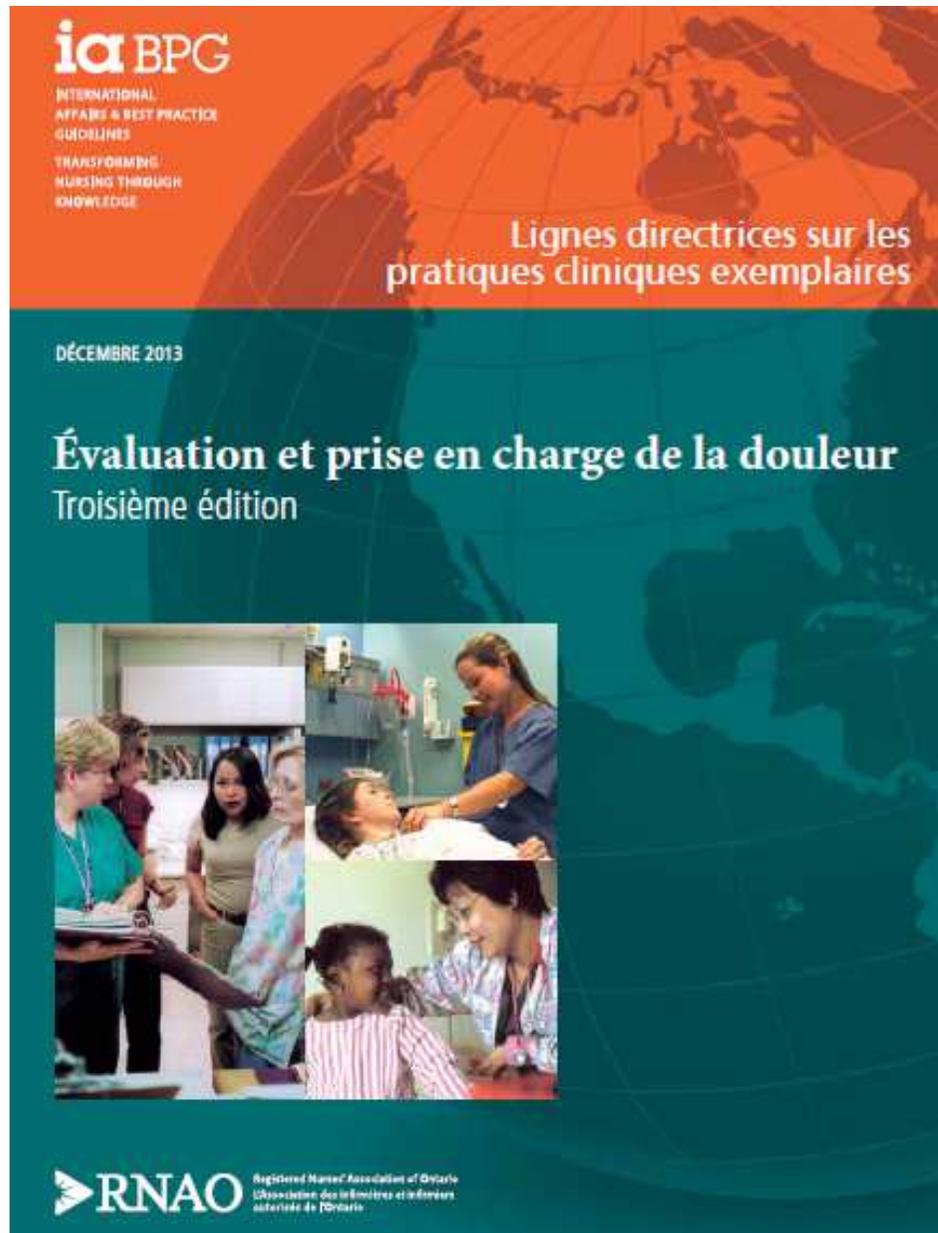
LITTÉRATURE
INTERNATIONALE A
CONTEXTUALISER



EBT: Comment?

Démarche en 5 étapes

Etape	Description
Définir	Enoncé clair et précis d'une question de recherche (identification des concepts- PICO)
Chercher	Localisation des sources de résultats probants et recension des écrits (recherche documentaire)
Apprécier	Lecture critique des documents
Intégrer	Intégration des résultats dans la pratique (contextualisation- prise en compte des étudiants, de l'expertise de l'enseignant et des ressources)
Evaluer	Evaluation de l'efficacité des changements dans la pratique (recherche appliquée)



- Vous devez actualiser un cours portant sur la gestion de la douleur aiguë
- Vous avez rédigé une équation de recherche grâce à votre PICO: « (pain OR acute pain) AND nurs* »
- Vous avez cherché dans différentes ressources et trouvé un *guidelines* du RNAO (2013)
- Vous lisez les recommandations de ce *guidelines*



Recommandation 1.2 :

Effectuer une évaluation exhaustive de la douleur chez les personnes dont il a été déterminé que n'importe quel type de douleur était présent ou risquait d'être présent, en ayant recours à une approche systématique et des outils validés appropriés.

1b

RNAO, 2013, p. 7

Interprétation des données probantes

Niveaux des données probantes

Ia	Données probantes provenant d'une méta-analyse ou d'un examen systématique d'essais contrôlés randomisés ^o .
Ib	Données probantes provenant d'au moins un essai comparatif randomisé.
IIa	Données probantes provenant d'au moins une étude contrôlée bien conçue, sans randomisation.
IIb	Données probantes provenant d'au moins un autre type d'étude quasi expérimentale bien conçue, sans randomisation.
III	Données probantes provenant d'études descriptives non expérimentales bien conçues, comme des études comparatives, des études de corrélation et des études de cas.
IV	Données probantes provenant de rapports ou d'opinions de comités d'experts ou de l'expérience clinique d'autorités respectées.



RECOMMANDATION 1.2

Effectuer une évaluation exhaustive de la douleur chez les personnes dont il a été déterminé que n'importe quel type de douleur était présent ou risquait d'être présent, en ayant recours à une approche systématique et des outils validés appropriés.

Niveau de données probantes = Ib

Discussion des données probantes :

Des essais contrôlés randomisés indiquent des améliorations de la satisfaction de la personne et de l'équipe pluridisciplinaire relativement à la prise en charge de la douleur lorsque des évaluations exhaustives de la douleur sont effectuées (Goldberg et Marisan, 2007). L'élaboration de pratiques et de compétences en matière d'évaluation de la douleur est appuyée par la Société canadienne pour le traitement de la douleur (2010), Agrément Canada (2011) et l'examen d'autorisation infirmière au Canada (2012-2015) de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) (Watt-Watson et al., 2013).

RNAO, 2013, p. 20

La discussion des résultats probants apporte les arguments issus de recherches à la recommandation

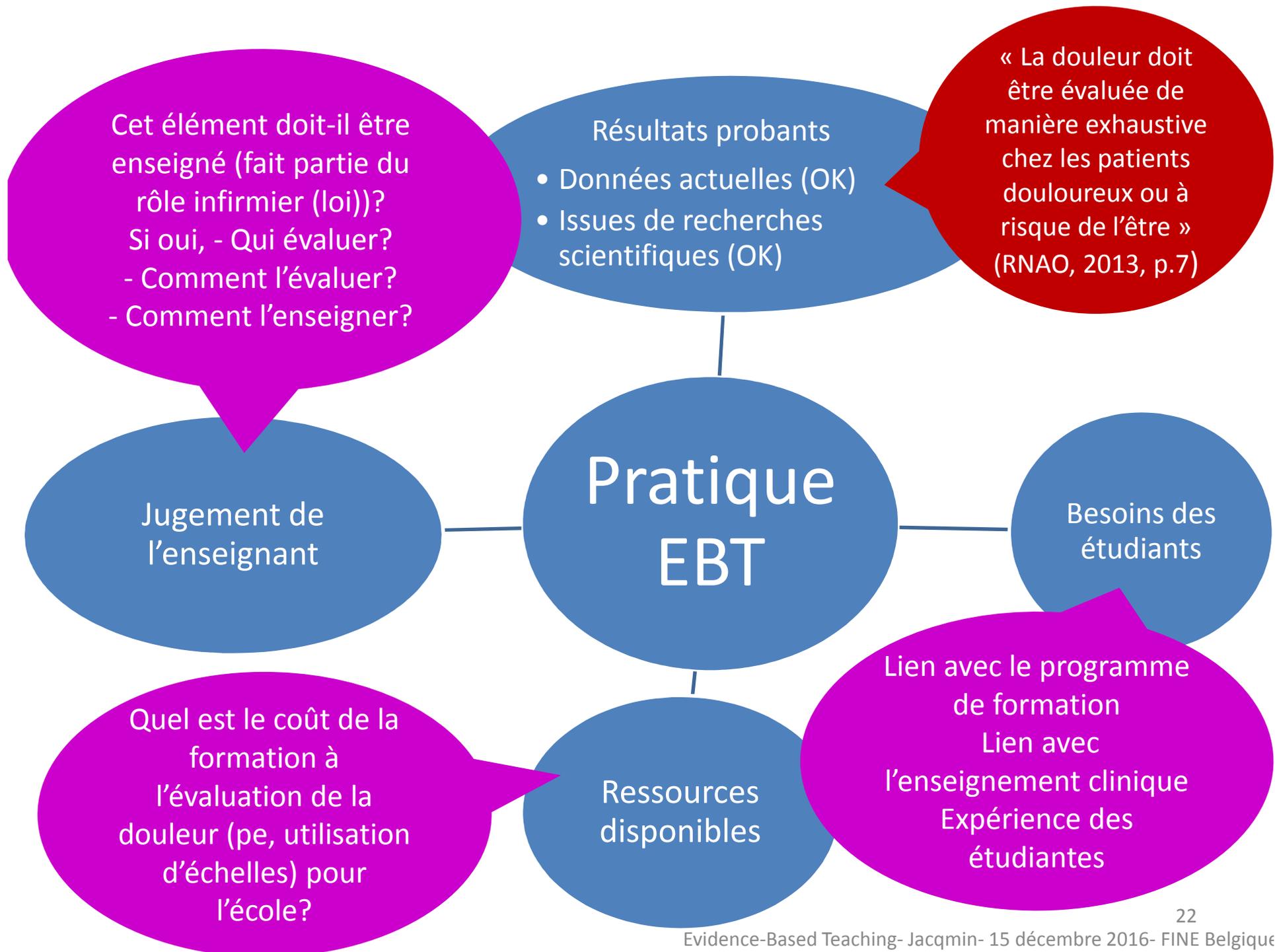


Figure 1. Évaluation adaptée de la douleur à l'aide de l'acronyme OPQRSTUV

APPARITION	Quand la douleur a-t-elle commencé? Pendant combien de temps dure-t-elle? À quelle fréquence se produit-elle?
FACTEURS PROVOQUANTS OU PRÉCIPITANTS	Qu'est-ce qui déclenche la douleur? Qu'est-ce qui accentue la douleur? Qu'est-ce qui diminue la douleur?
QUALITÉ	Quelle sensation votre douleur vous donne-t-elle? Pouvez-vous la décrire?
REGION, RAYONNEMENT	Où la douleur se produit-elle? Est-ce que la douleur se déplace vers d'autres endroits?
SENSATION DE L'INTENSITÉ DE LA DOULEUR	Quelle est l'intensité de la douleur? (sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie aucune douleur et 10 signifie la pire douleur que vous puissiez imaginer) Au moment présent? Lorsque la douleur est à son mieux? Lorsque la douleur est à son pire? En moyenne?
MOMENT/TRAITEMENT	La douleur est-elle constante? Est-ce qu'elle disparaît pour réapparaître par la suite? Est-elle pire à un moment quelconque? Quels sont les médicaments que vous prenez et les traitements que vous suivez actuellement? Dans quelle mesure sont-ils efficaces? Les médicaments et les traitements causent-ils des effets secondaires?
COMPREHENSION/ REPERCUSSIONS SUR VOUS	Selon vous, qu'est-ce qui cause la douleur? La douleur est-elle associée à d'autres symptômes? Quel est l'effet de cette douleur sur vous et sur votre famille?
VALEURS	Quel est votre objectif relativement à cette douleur? Quel est votre objectif en matière de confort ou votre niveau acceptable pour cette douleur? (sur une échelle de 0 à 10, où 0 signifie aucune douleur et 10 signifie la pire douleur que vous puissiez imaginer)? Y a-t-il d'autres points de vue ou sentiments concernant cette douleur qui sont importants pour vous ou pour votre famille? Y a-t-il quelque chose de particulier que vous voulez dire au sujet de votre douleur, dont nous n'avons pas discuté?

Cette recommandation est soutenue
par la littérature. Puis-je l'utiliser
pour actualiser mon cours?





D'autres éléments utiles dans le *guidelines* pour concevoir un cours (RNAO, 2013)....

Contexte

Etat des connaissances sur le douleur (fondé sur la littérature)

EN QUOI CONSISTE LA DOULEUR?

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrite en termes de telles lésions (Association internationale pour l'étude de la douleur [IASP], 2012c). Cette définition reconnaît tant les aspects physiologiques que les aspects affectifs de l'expérience de la douleur. La douleur peut être classée en différents types :

- a) la douleur nociceptive^G, qui est considérée comme un signe avertisseur qui découle de lésions réelles ou menacées aux tissus non neuraux et est attribuable à l'activation des nocicepteurs dans un système nerveux au fonctionnement normal; ou
- b) la douleur neuropathique^G, c'est-à-dire une description clinique de la douleur que l'on pense être causée par des lésions ou une maladie du système nerveux somatosensoriel confirmée par des tests diagnostiques.

Les catégories de douleur peuvent également être fondées sur l'emplacement de la lésion (somatique, viscérale), le diagnostic (céphalée) ou la durée (aiguë, persistante). Une personne peut ressentir à la fois une douleur nociceptive (par exemple, associée à une chirurgie) et une douleur neuropathique (p. ex., neuropathie diabétique) (IASP, 2012a).

À l'échelle mondiale, la douleur non soulagée ou mal maîtrisée constitue un fardeau pour la personne, le système de santé et la société, et la douleur reste une préoccupation pendant toute la vie (Lynch, 2011). Selon Choinière et al. (2010) et Schopflocher, Taenzer, et Jovey (2011), 18,9 pour cent de la population des pays industrialisés vit avec une certaine forme de douleur. Le document *Pain in Canada Fact Sheet* (2012) de la Canadian Pain Coalition affirme qu'un Canadien sur cinq ressent une douleur persistante (chronique) moyenne à intense, et que le tiers de ceux-ci ont perdu la capacité de travailler en raison de répercussions importantes de la douleur sur leur état de santé et leur qualité^G de vie.

Annexe A : Glossaire de termes

Définitions (et références) utiles pour le cours

Accoutumance : une maladie neurobiologique primaire et chronique, qui possède des composantes biologiques, psychosociales et environnementales qui influencent son développement et ses manifestations cliniques. Elle se caractérise par un comportement qui inclut un ou plusieurs des aspects suivants : difficulté à contrôler l'usage de la drogue, usage compulsif, usage continu en dépit des torts causés, et état de besoin (National Opium, 2016).

Analgésie contrôlée par le patient (ACP) : l'autoadministration par un patient d'analgésiques prescrits; ce terme renvoie au dosage autonome, habituellement d'opioïdes administrés par voie intraveineuse (voir la définition de « opioïde ») par l'entremise d'une pompe programmable; toutefois, ce terme peut également désigner la prise d'opioïdes autoadministrés par voie orale dans un établissement (RNAO, 2007).

Attribut : ce qui est propre, appartient particulièrement à un être, à une chose (Le Nouveau Petit Robert I, 1993)

Autodéclaration : capacité de communiquer de façon verbale ou non verbale (en clignant des yeux, en décrivant sa douleur par écrit). L'autodéclaration nécessite la capacité de comprendre la tâche, par exemple le recours aux échelles d'évaluation de la douleur et la capacité de communiquer la douleur ressentie d'une façon quelconque. L'autodéclaration nécessite des compétences cognitives (pensée abstraite) et est influencée par le contexte (Herr et al., 2011; Zwakhalen et al., 2006).

Caractéristique : Voir Attribut (Le Nouveau Petit Robert I, 1993).

Caractéristiques de la douleur : la douleur peut être décrite en fonction de caractéristiques spécifiques, comme 1) la ou les parties du corps affectées; 2) le ou les systèmes corporels affectés; 3) la durée; 4) la fréquence, 5) l'intensité; 6) le type de sensation (p. ex., douleur lancinante, pulsatile); et 7) la cause fondamentale (si elle est connue) (Merskey et Bogduk, 1994).

Des ressources en
masse.....

LISTE DES SITES WEB QUI TRAITENT DE L'ÉVALUATION OU LA PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR (suite)

Association internationale pour l'étude de la douleur (IASP).	<p>Ce site réunit des scientifiques, des cliniciens, des fournisseurs de soins de santé et des décideurs afin de stimuler et d'appuyer l'étude de la douleur et de traduire ces connaissances en soulagement amélioré de la douleur dans le monde entier.</p> <ul style="list-style-type: none">■ Diffusion de la recherche sur l'évaluation et la prise en charge de la douleur (p. ex., actualisation des outils d'évaluation)■ Mises à jour cliniques – Renseignements à propos de différents sujets liés à la douleur et différents types de douleurs	http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=About_IASP3&Template=/CM/HTMLDisplay.cfm&ContentID=1608
The British Pain Society	Guidelines for Pain Management Programmes for adults	http://www.britishpainsociety.org/book_pmp_main.pdf
	Guidance on: The assessment of pain in older people	http://www.bgs.org.uk/Publications/Publication%20Downloads/Sep2007PainAssessment.pdf

Annexe E : Outils d'autodéclaration validés pour les enfants, les adolescents et les adultes

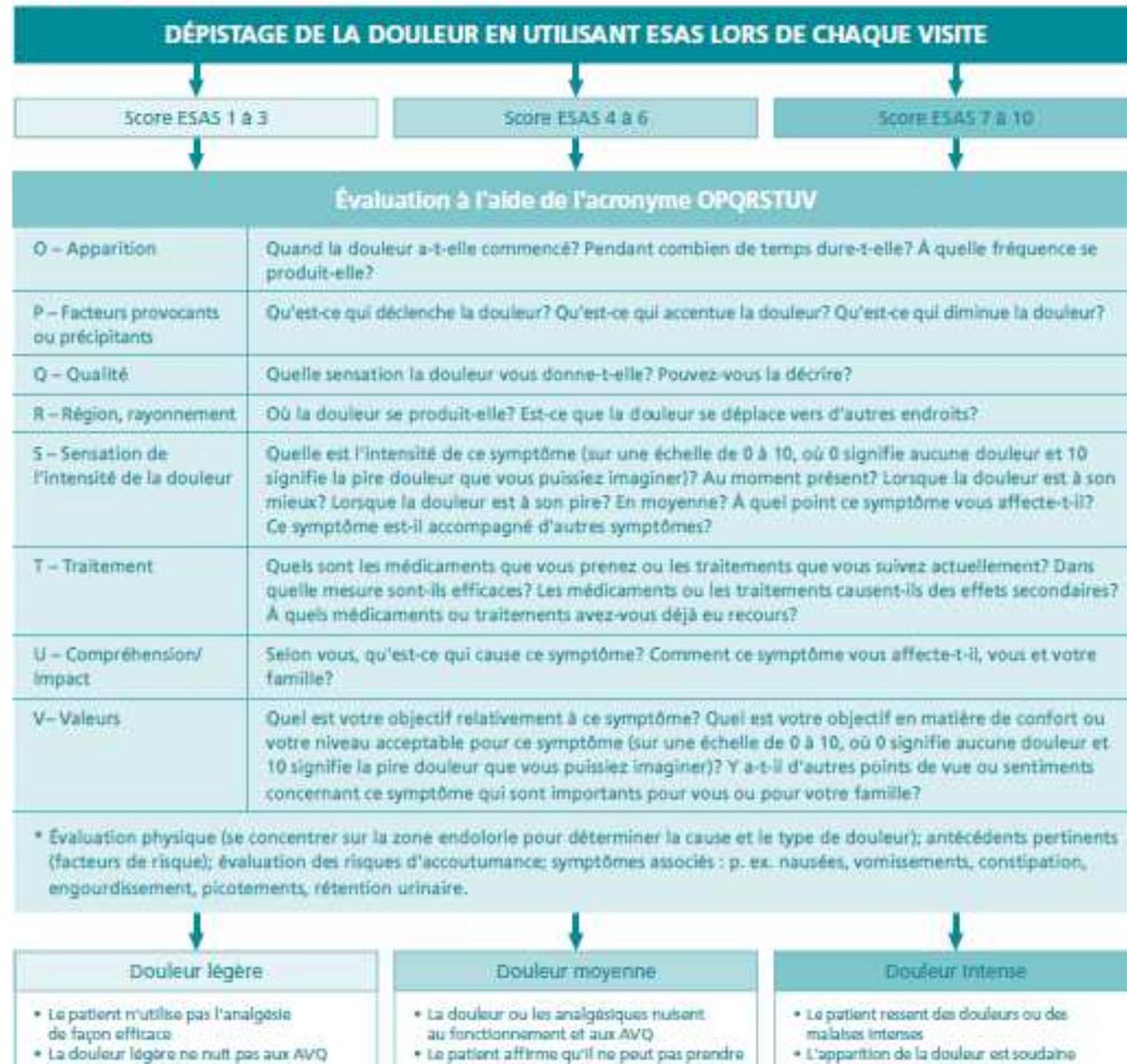
Des échelles d'évaluation de la douleur

OUTILS UNIDIMENSIONNELS		
Mesure	Indicateur/Éléments	Considérations
<p>Faces Pain Scale-Revised (FPS-R)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ L'échelle Faces Pain Scale-Revised (FPS-R) a été modifiée afin que l'échelle Faces Pain Scale (FPS) soit compatible avec la notation d'autres échelles d'autoévaluation et de comportement ■ Six visages neutres sur le plan du sexe ■ Les visages présentent différents niveaux de douleur, allant d'aucune douleur du tout à la pire douleur imaginable ■ Note de 0 à 10 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Conçue pour les enfants âgés de 5 à 12 ans, mais a été utilisée chez des enfants âgés de 4 à 18 ans ■ Indications bien établies de fiabilité, de validité et de capacité à détecter les changements ■ Faisabilité élevée (rapide et facile à utiliser) ■ Traduit en plus de 35 langues ■ Désavantages : données limitées concernant l'interprétation des notes et indications mitigées concernant le caractère acceptable de l'échelle chez les enfants
<p>Échelle numérique de classement (ENC)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Demander aux personnes d'évaluer leur douleur selon une échelle de 0 à 10 ■ Note de 0 à 10, les points d'extrémité étant 0, « aucune douleur », à 10, « la pire douleur que l'on puisse imaginer » 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisée chez les adultes, les adultes plus âgés, et les adolescents et les enfants âgés de plus de 8 ans. ■ Indications bien établies de fiabilité, de validité et de capacité à détecter les changements ■ Aucun équipement requis pour administrer cette mesure ■ Faisabilité élevée (rapide et facile à utiliser)

Annexe G : Exemple: Algorithme d'évaluation de la douleur chez les adultes cancéreux

(source : Action Cancer Ontario)

Des algorithmes décisionnels



Le tout....

**100%
GRATUIT**

.... et en français!

Des ressources....

- SUMSearch: <http://sumsearch.org>
- TRIP Database: www.tripdatabase.com
- NGC (*National Guideline Clearinghouse*): <http://www.guideline.gov>
- NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*):
<http://www.nice.org.uk/guidance/published?type=guidelines>
- RNAO (*Association des infirmières de l'Ontario*):
<http://rnao.ca/bpg/guidelines/clinical-guidelines>
- MEDLINE (*National Library of Medicine*):
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
- CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and allied Health Littérature*)
- Google Scholar: <http://scholar.google.be/>

**Mais attention.... Tout n'est pas
bon à prendre.....**

Définition

La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en terme d'une telle lésion.

Il existe différents types de douleurs :

- Douleur par excès de nociception : révélatrice d'une lésion (brûlure, piqûre, choc).
- Douleur neuropathique : par compression de la voie nerveuse, lésion du système nerveux.
- Douleur idiopathique : sans cause apparente (localisées, muscles, tendons).
- Douleur psychogène : somatisation d'un problème psychologique.

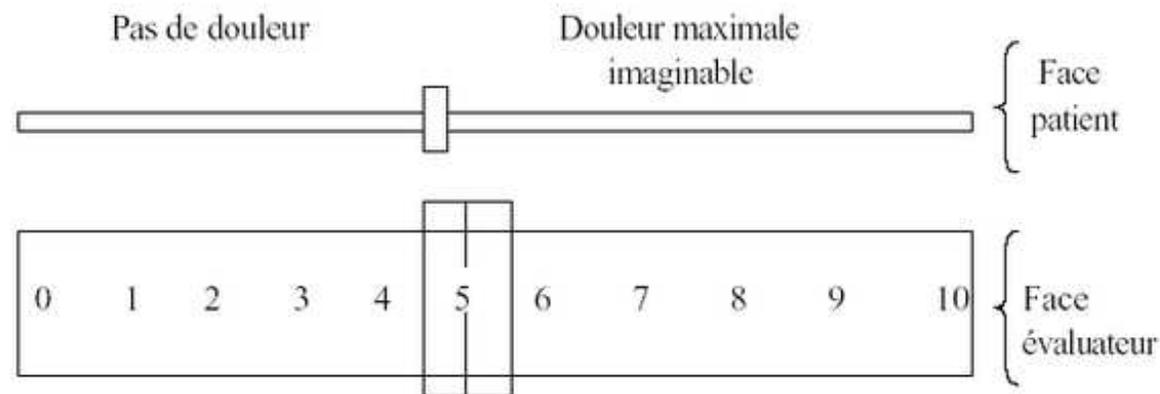
Cadre législatif

- Soins infirmier relevant du rôle propre : art. R.4311-5 décret 2004-802 du 29/07/2004.

L'échelle visuelle analogique : EVA

L'échelle visuelle analogique ou EVA est une règlette qui permet au patient d'auto-évaluer sa douleur ressentie au moyen d'un curseur.

- D'un côté de la règlette, est dessiné une pyramide sur laquelle le patient déplace le curseur de l'extrémité « pas de douleur » à l'extrémité « douleur insupportable ».
- Au verso de la règlette, le soignant lit la douleur ressentie par le patient à l'aide d'une graduation en millimètres.



<http://www.soins-infirmiers.com/douleur.php>

3.1 Définition

Évaluation de la douleur ressentie par un sujet.

3.2 But

Identifier et définir une douleur afin de :

- Déterminer une attitude thérapeutique (choix d'une molécule).
- Adapter un traitement (posologies efficaces).
- Transmettre une information claire et pertinente aux autres intervenants de la prise en charge.
- Améliorer la relation soignant/soigné afin d'installer un climat de confiance et de collaboration.

Méthodes

Il existe trois principales méthodes pour évaluer la douleur chez l'adulte

4.1 L'Échelle Numérique (EN)

On demande simplement au patient de noter sa douleur de 0 à 10. Zéro étant l'absence de douleur et dix, la douleur maximum imaginable. Les consignes doivent être claires et neutres (ne pas faire appel à l'imaginaire ou aux souvenirs du patient par exemple en comparant le niveau 10 à la pire douleur vécue).

4.2 L'Échelle Visuelle Analogique (EVA)

Elle demande l'utilisation d'une règlette qui comporte deux faces distinctes. Celle qui est présentée au patient représente une ligne sur laquelle le sujet va déplacer un curseur. Une extrémité de la ligne est notée « absence de douleur » alors que l'autre est notée « douleur maximale imaginable ». La face tournée vers le soignant affiche en correspondance une échelle graduée de 0 à 10 ou parfois de 0 à 100. Le chiffre le plus faible représente toujours la douleur la moins élevée. Cette méthode est souvent considérée comme la plus fiable pour évaluer la douleur, dans la mesure où elle fait intervenir un élément graphique visuel et donc très facile à comprendre pour le patient. Le



Aidez à sauver des vies en cette saison des Fêtes

DONNEZ AUJOURD'HUI >



Société canadienne du cancer / Canadian Cancer Society

Facebook Live Share 0

Twitter Tweet

Print Print 150

québec ENGLISH



Information sur le cancer

Soutien et services

Prévention et dépistage

Impliquez-vous

DONNEZ



Vous êtes ici: [information sur le cancer](#) / [Diagnostic et traitement](#) / [Douleur](#) / [Évaluation de votre douleur](#)

Pages consultées récemment

← précédent

* | A | A*

suivant >

Tests et interventions

Diagnose

Stadification et classification histologique

Traitement

Chirurgie

Chimiothérapie et autres traitements médicamenteux

Radiothérapie

Greffes de cellules souches

Essais cliniques

Traiter les effets secondaires

Évaluation de votre douleur

L'évaluation de la douleur est le premier pas vers un traitement. Il est très important de mentionner à l'équipe de soins de santé que vous éprouvez de la douleur, de la décrire clairement et de leur dire comment elle affecte votre vie. Personne ne ressent la douleur de la même façon, alors on la traite selon vos besoins spécifiques. L'équipe de soins évalue la douleur de différentes manières afin d'en savoir le plus possible.



plus de détails

"Le Dr Roger Zemp a conçu une technique innovatrice de suivi des cellules cancéreuses."

Questions qu'on peut vous poser sur votre douleur

Votre équipe de soins vous posera de nombreuses questions sur votre douleur afin de recueillir l'information dont elle a besoin pour vous aider à la traiter. Ce sont entre autres celles-ci :

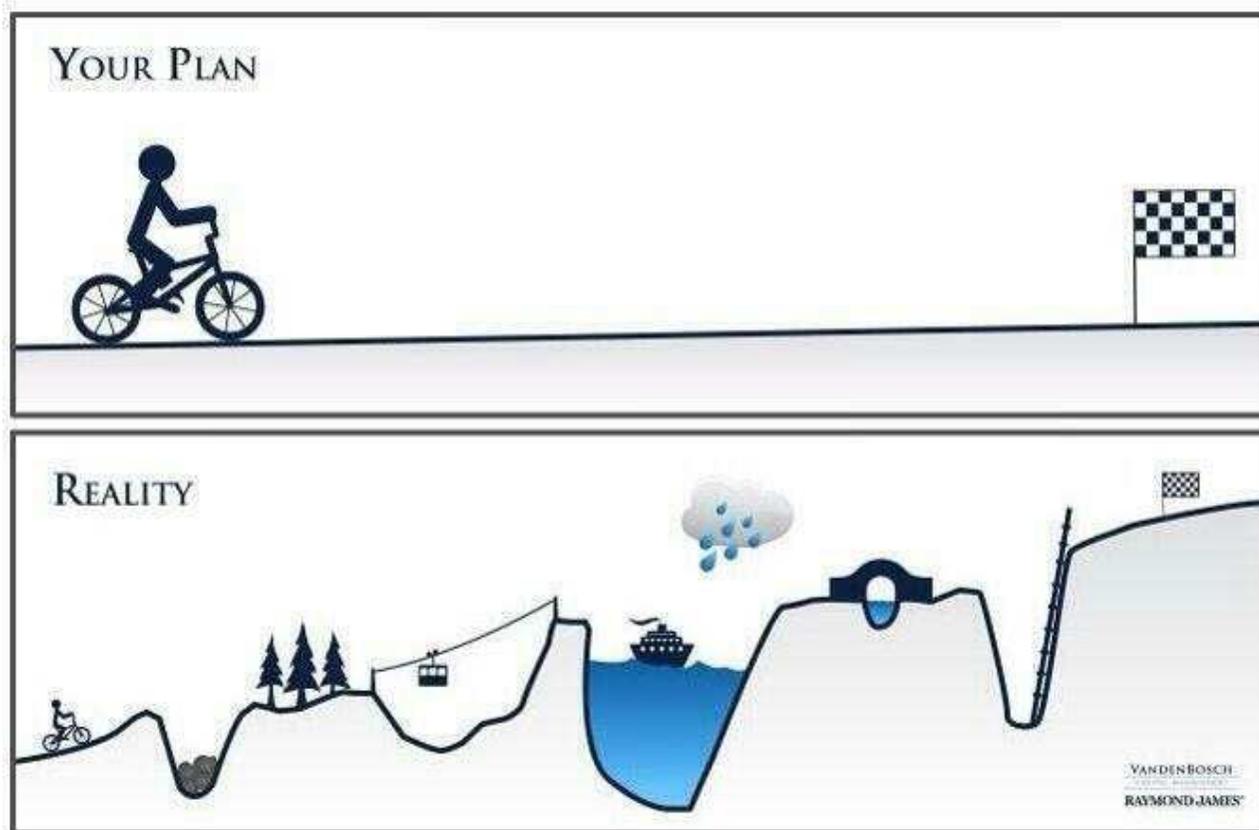
- Quand la douleur a-t-elle commencé? Que faisiez-vous lorsqu'elle est apparue? S'est-elle manifestée à un certain moment du jour ou de la nuit? Est-elle plus intense à un certain moment du jour ou de la nuit? Vous garde-t-elle éveillée? S'est-elle intensifiée au fil du temps ou est-elle restée à peu près la même?
- Vivre avec le cancer
- Votre équipe de soins de santé
- Publications
- Parlez à un spécialiste en information
- Parlez à quelqu'un « qui est passé par là »
- Joignez-vous à notre

<http://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/diagnosis-and-treatment/pain/assessing-your-pain/?region=qc>

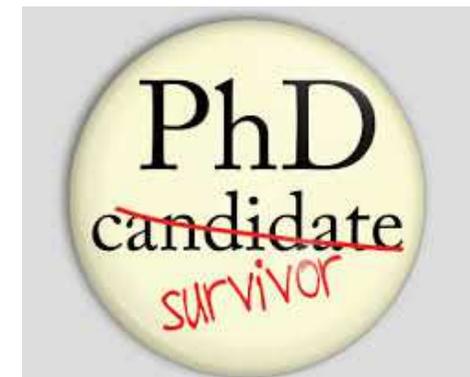
Un projet de thèse de doctorat en sciences infirmières...

- Un titre provisoire: « Comment les infirmières enseignantes envisagent-elles la pratique pédagogique informée par des résultats probants dans la formation de niveau bachelier en Belgique francophone? Une étude de cas multiples»
- Un comité de thèse : Johanne Gagnon (directrice de thèse; FSI Ulaval- Québec), Kathleen Lechasseur (co-directrice de thèse; FSI Ulaval- Québec), Jacinthe Pepin (membre du comité de thèse; FSI UdeM- Montréal), Emmanuelle Jean (membre du comité de thèse; UQAR- Rimouski)
- Trois chapitres (presque..) écrits
- Un examen prospectif en mars 2017
- Une soutenance en..... 2019 (....si tout va bien.....)

Mais.....



Donc



Merci
pour votre attention !!!



Références

- Benner, P., Stutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating Nurses. A call for radical transformation*. San Francisco, CA: The Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching.
- Canadian Nurses Association [CNA]. (2010). *Position statement. Evidence-Informed Decision-Making and Nursing Practice*. : Retrieved from [http://www.nanb.nb.ca/PDF/CNA-Evidence Informed Decision Making and Nursing Practice E.pdf](http://www.nanb.nb.ca/PDF/CNA-Evidence%20Informed%20Decision%20Making%20and%20Nursing%20Practice%20E.pdf).
- Cannon, S., & Boswell, C. (2016). *Evidence-Based Teaching in Nursing. A Foundation for Educators*. (2nd ed.). Burlington, MA: Jones & Barlett Learning.
- Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R. et Marks, S. (2008). *Evidence-based Nursing. An introduction*. Oxford, UK: Blackwell Publishing.
- DiCenso, A., Ciliska, D. et Guyatt, G. (2005). *Evidence-based Nursing. A guide to Clinical Practice*. Saint-Louis, MO: Elsevier Mosby
- Epstein, I. (2009). Promoting Harmony Where There Is Commonly Conflict: Evidence-Informed Practice as an Integrative Strategy. *Social Work in Health Care, 48*(3), 216-231. doi: 10.1080/00981380802589845
- Fortin, M-F. et Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives* (3ème édition). Montréal, Québec: Chenelière Education.
- Gagnon, J., & Côté, F. (2010). L'utilisation des résultats probants dans la pratique professionnelle infirmière. Dans M-F. Fortin. *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. (2e Ed.)(pp. 565-585). Montréal, Québec: Chenelière Education.
- Glasziou, P. (2005). Evidence-based medicine: Does it make a difference? Make it evidence informed with a little wisdom. *British Medical Journal, 330*(7482), 92.
- Groccia, J. E., & Buskist, W. (2011). Need for evidence-based teaching. *New Directions for Teaching and Learning, 2011*(128), 5-11. doi: 10.1002/tl.463

- Halstead, J. A. (2007). *Nurse Educator Competencies. Creating an Evidence-Based Practice for Nurse Educators*. New York, NY: National League for Nursing.
- Holopainen, A., Hakulinen-Viitanen, T., & Tossavainen, K. (2007). Nurse teacherhood: Systematic descriptive review and content analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 44(4), 611-623. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.04.004>
- Institute of Medicine [IOM]. (2011). *The Future of Nursing: Leading Change, Advancing Health*. Washington, DC: The National Academies Press Retrieved from <http://www.iom.edu/Reports/2010/the-future-of-nursing-leading-change-advancing-health.aspx>.
- Jacqmin, N. (2015). *Pratique informée par des résultats probants*. Syllabus UE 2MRE, Haute Ecole Robert Schuman, Libramont, Belgique
- Kalb, K. A., O'Conner-Von, S. K., Brockway, C., Rierson, C. L., & Sendelbach, S. (2015). Evidence-Based Teaching Practice in Nursing Education: Faculty Perspectives and Practices. *Nursing Education Perspectives*, 36(4), 212-219 doi: 10.5480/14-1472
- Koivula, M., Tarkka, M.-T., Simonen, M., Katajisto, J., & Salminen, L. (2011). Research utilization among nursing teachers in Finland: a national survey. *Nurse Education Today*, 31(1), 24-30. doi: 10.1016/j.nedt.2010.03.008
- Nevo, I., & Slonim-Nevo, V. (2011). The Myth of Evidence-Based Practice: Towards Evidence-Informed Practice. *British Journal of Social Work*, 41, 1176-1197. doi: 10.1093/bjsw/bcq149
- Oermann, M. (2009). Evidence-based Programs and Teaching/ Evaluation Methods: Needed to Achieve Excellence in Nursing Education. In M. Adams & T. Valiga (Eds.), *Achieving Excellence in Nursing Education* (pp. 63-76). New York, NY: National League for Nursing.

- Oermann, M. (2015). Evidence-Based Teaching in Nursing. In M. E. Oermann (Ed.), *Teaching in Nursing and Role of the Educator: The Complete Guide to Best Practice in Teaching, Evaluation and Curriculum Development* (pp. 303-316). New York, NY: Springer Publishing.
- Patterson, B. (2009). The Nature of Evidence in Teaching Practice. *Journal of Nursing Education*, 48(6), 327-333. doi: 10.3928/01484834-20090515-05
- Registered Nurses' Association of Ontario [RNAO]. (2013). *Assessment and Management of Pain*. Toronto, ON: RNAO Retrieved from [http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15 WEB- FINAL DEC 2.pdf](http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/AssessAndManagementOfPain_15_WEB- FINAL DEC 2.pdf).
- Rich, K. L., & Nugent, K. E. (2010). A United States perspective on the challenges in nursing education. *Nurse Education Today*, 30(3), 228-232. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2009.10.015>
- Salminen, L., Melender, H.-L., & Leino-Kilpi, H. (2009). The competence of student nurse teachers. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 6(1), article 35. doi: 10.2202/1548-923X.1803
- Salminen, L., Stolt, M., Koskinen, S., Katajisto, J., & Leino-Kilpi, H. (2013). The competence and the cooperation of nurse educators. *Nurse Education Today*, 33(11), 1376-1381. doi: 10.1016/j.nedt.2012.09.008
- Schultz, C. M. (2009). *Building a Science of Nursing Education. Foundation for Evidence-Based Teaching- Learning*. New York, NY: National League for Nursing.
- Valiga, T. (2009). Excellence in Nursing Education: An Introduction. In M. Adams & T. Valiga (Eds.), *Achieving Excellence in Nursing Education* (pp. 1-7). New York, NY: National League for Nursing.