

Université de Montréal

*Preuves empiriques des liens entre des indicateurs de performance processuels et les résultats sensibles aux soins infirmiers*

Par

Arnaud Zufferey

Faculté des Sciences infirmières

Travail dirigé présenté à la Faculté des Sciences Infirmières

En vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès Sciences (M. Sc.)

Option Administration en Sciences Infirmières

janvier 2015

© Arnaud Zufferey, 2015

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce travail dirigé intitulé :

Preuves empiriques des liens entre des indicateurs de performance processuels et les résultats sensibles aux soins infirmiers

Présenté par :

Arnaud Zufferey

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Prof. Danielle D'Amour, directrice du travail dirigé

Prof. Carl Ardy-Dubois, membre du jury

## *Sommaire :*

*Problématique :* La performance des soins infirmiers fait l'objet, depuis quelques années, d'une attention particulière des milieux de la recherche et des administrateurs en soins infirmiers. A l'heure actuelle les indicateurs de performance sensible aux soins infirmiers qui composent les systèmes d'analyses de la performance infirmières n'ont pas tous fait l'objet d'une analyse approfondie en ce qui concerne leurs bases empiriques. Le but de ce travail dirigé est de répertorier et d'analyser les preuves empiriques qui mettent en évidence un lien de cause à effet entre les éléments structurels, le processus et les résultats de quatre indicateurs de processus de soins que sont : l'évaluation et la planification des soins, la gestion des symptômes, la planification de congé et la prévention des maladies et la promotion de la santé.

*Méthode :* La recension des écrits est réalisée à partir des bases de données CINAHL®, EMBASE®, PUBMED®, WEB OF SCIENCES®, COCHRANE database of Systematic Review® et GOOGLE SCHOLAR®. La sélection des articles est réalisée en fonction de la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014).

*Résultats :* La recension des écrits a permis d'identifier 42 études de synthèses qui traitent d'un lien empirique entre certaines interventions infirmières et les indicateurs de processus de soins étudiés.

*Conclusion :* Des liens empiriques ont pu être établis entre les indicateurs de la gestion des symptômes, la planification de congé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, les itinéraires cliniques et certaines interventions infirmières en lien avec ces indicateurs. Des recommandations concernant l'utilisation de ces indicateurs ont pu être proposées.

*Mots-clés :* Performance, infirmières, processus de soins, preuves empiriques, qualité des soins, indicateurs sensibles aux soins infirmiers.

## *Summary*

*Problematic* : For several years, nursing performance has been the subject of particular attention around the research fields and for nursing administrators. Performance indicators sensitive to nursing, that compose the analysis systems of nursing performance, have not been the subject of a deep analysis, especially concerning the empirical bases. The objective of this work is to find and analyze the empirical evidence that illustrate cause and effect links between structural elements, process and the results of four process of care indicators: evaluation and care planning, symptoms management, discharge planning and health promotion.

*Method* : The literature review was conducted with different databases such as CINAHL©, EMBASE©, PUBMED©, WEB OF SCIENCES©, COCHRANE database of Systematic Review© and GOOGLE SCHOLAR©. The articles selection has been done according to the empirical evidence ranking method from the University of Duke (2014).

*Results*: Following the literature review, 42 synthesis studies relating empirical links between nursing interventions and care process indicators were identified

*Conclusion* : Empirical links were established between indicators of symptoms control, discharge planning, illness prevention, health promotion and clinical pathways. Some nursing interventions were also linked with these indicators. Recommendations for the use of these indicators were then suggested.

*Key words* : Performance, nurses, process of care , empirical evidence , quality of care , nursing sensitive indicators.

**Table des matières**

Sommaire.....	i
Summary.....	ii
Table des matières.....	iii
Remerciements.....	iv
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des abréviations.....	vii
Introduction.....	1
Problématique.....	3
Buts & Objectifs.....	5
Modèle théorique.....	6
Stratégie de recherche.....	8
Résultats.....	11
I.    Indicateur évaluation et planification des soins.....	12
II.   Indicateur gestion des symptômes.....	18
III.  Indicateur Planification du congé.....	34
IV.  Indicateur prévention de la maladie et promotion de la santé.....	40
Discussion.....	48
Recommandations.....	52
Conclusion.....	53
Références.....	55
Annexes.....	61

## **Remerciements**

*Je tiens en premier lieu à remercier le professeur Danielle D'Amour, pour des raisons professionnelles, c'est à la fin d'un travail de cette ampleur que l'on prend conscience de l'immense investissement en temps et en énergie de la part de notre mentor. Mais je tiens surtout à la remercier en tant que personne, exigeante et bienveillante, elle comprendra pourquoi, j'estime que sans elle je n'aurais jamais réalisé ce travail.*

*Je tiens à remercier ma famille, qui est venue me soutenir dans les moments difficiles, sans hésiter à braver des froids polaires et des milliers de kilomètres.*

*Mes amis Suisses, Les Davens, Bertrand, Baptiste, Christian, Olivier.*

*Mes amis Canadiens, magnifiques rencontres au fil du voyage qui m'ont tant apportés, Véronique, Alex, Stéphanie, Marguerite, Laurence, Sophie et Maude.*

*Mes amis Suisso-Canadiens, Joachim et Isabelle qui ont ouvert la voie, partagés leurs expériences et furent de précieux soutiens.*

*Un merci particulier à Daniela, pour son investissement en temps et en patience, son aide fut si précieuse.*

*Au Canadiens de Montréal qui m'ont permis de belles heures d'intenses évasions, go Habs !*

*L'entier de ce travail est dédié à ma femme Joëlle, nos filles Elisa et Mathilde et notre fils Thomas, né au Québec un an avant la remise de ce travail. Une incroyable aventure de famille qui restera à jamais. Vive Montréal !*

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Synthèse du résultat de la recension des écrits.....p.11

Tableau 2 : Tableau récapitulatif planification de congé.....p.36

## Liste des figures

- Figure 1: *Nursing care performance framework*.....p.7
- Figure 2: pyramide de la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke..... p.8

## Liste des abréviations

FERASI :	Formation Recherche Expertise en administration des soins infirmiers
SIDIIEF :	Secrétariat international des infirmiers infirmières de l'espace francophone
CDS :	Conférence suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé
NCPF :	<i>Nursing care performance framework</i>
JCAHO:	<i>Joint commission of American health organisation</i>
OMS:	Organisation Mondiale de la Santé
RNAO:	<i>Registred nurse association of Ontario</i>

## Introduction

En avril 2014 s'est présentée l'occasion d'intégrer un groupe de recherche du centre de formation d'expertise de recherche en administration des soins infirmiers (FERASI). Le centre a été sélectionné dans le cadre d'une mise au concours du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (SIDIEFF). Ce projet s'intitule « Renforcer et rendre visible la contribution des infirmières à la qualité des soins dans l'espace francophone : vers une démarche axée sur les meilleures preuves scientifiques ».

Le projet porte sur l'identification et la sélection d'indicateurs qui pourraient, de par la solidité de leurs bases empiriques et le relatif consensus réalisé autour de leur utilisation dans l'espace francophone, être utilisés comme point de référence pour démontrer précisément l'apport spécifique de la profession infirmière en terme de qualité et de sécurité des soins dans les institutions de santé. Cette approche permettrait d'offrir des points de comparaison de la performance infirmière entre les institutions à une échelle internationale.

### **Éléments qui militent en faveur de l'adoption d'un système de gestion de la performance.**

La performance des soins infirmiers fait l'objet, depuis quelques années maintenant, d'une attention particulière des milieux de la recherche et des administrateurs en soins infirmiers (Dubois, D'Amour, Pomey, Girard, & Brault, 2013; Kurtzman, Dawson, & Johnson, 2008). Les infirmières qui représentent la majorité des professionnels de la santé souffrent d'une faiblesse de visibilité chronique, l'apport spécifique que représente le travail des soins infirmiers n'est que rarement placé en évidence dans les tableaux de bord ou systèmes de mesures de la performance d'une structure de soins (Dubois et al., 2013; Pappas, 2008). Ce manque de visibilité de la performance spécifiquement infirmière, rend difficile le travail de valorisation, de mise en évidence de l'apport essentiel que représente la profession infirmière.

À l'heure actuelle, les organisations sanitaires sont de plus en plus amenées à offrir une plus grande transparence concernant la qualité des soins proposés à leur patientèle (American Nurses Association, 2000; Doran, 2011; Dubois et al., 2013). Pour parvenir à un certain degré de transparence, il est nécessaire de disposer d'outils pour mesurer, évaluer et

offrir des possibilités de comparaison de niveaux de performance infirmiers entre les différents établissements et rendre publique ces résultats afin d'informer les bénéficiaires du niveau de qualité des soins qu'il est en droit de recevoir.

Certains événements indésirables vécus par des patients dans leurs cursus de soins sont imputables à des interventions infirmières. Certaines études mettent en évidence de véritables « épidémies » de ces événements indésirables attribuables aux soins infirmiers (Rotschild, 2009). On peut penser que l'organisation de santé qui ne dispose pas d'outil de gestion de la performance infirmière ne peut pas, ou difficilement, connaître la fréquence et la gravité des événements indésirables survenus auprès de ses patients. Une telle organisation ne dispose pas non plus des leviers d'action pour corriger la situation. Un système de gestion de la performance permet de comprendre, en grande partie, les liens de causes à effets qui sont impliqués dans la survenue de ces événements indésirables. Ce type d'outil d'analyse de la performance permet également d'intervenir sur les causes qui génèrent les effets indésirables, qu'elles soient structurelles, processuelles ou les deux à la fois. (Dubois et al., 2013).

D'un point de vue économique, les événements indésirables, imputables à des prestations infirmières (par exemple les chutes de patients, les erreurs d'administration de médicaments ou les escarres pour n'en citer que quelques-uns) ont été chiffrés, un escarre génère un surcout par événement de plus de 2000\$ US, une erreur de médicament environ 500\$ US et une chute plus de 600\$ US (Dall, Chen, Seifert, Maddox, & Hogan, 2009; Pappas, 2008) ceci représente une charge financière non négligeable. En des temps où les pressions financières concernant les services de santé se font ressentir dans la plupart des pays industrialisés (CDS, 2012), cette donnée est d'une importance capitale pour mettre en avant le rôle clé, des prestations infirmières qui pourraient représenter une partie non négligeable de la solution en vue d'une plus grande efficacité des services de santé (Dubois et al., 2013).

Un autre aspect relatif aux ressources infirmières est l'internationalisation des ressources humaines qui composent les équipes de soins et la pénurie de main-d'œuvre (Dussault & Dubois, 2003). Il devient nécessaire de mettre au premier plan le niveau de performance qu'offre une organisation de soins infirmiers pour attirer des professionnels de qualité et retenir ceux déjà en place dans l'organisation.

## Problématique

Le lien entre la qualité des soins, la sécurité des patients, les résultats de soins et les prestations infirmières a été mis en évidence dans plusieurs études (Munroe, Curtis, Considine, & Buckley, 2013; Popejoy, Moylan, & Galambos, 2009; Tourangeau et al., 2007) qui démontrent l'importance des interventions infirmières dans les systèmes de santé. Toutefois il n'existe, à notre connaissance, aucun système d'analyse de la performance des soins infirmiers qui ferait consensus auprès des gestionnaires infirmiers à une large échelle (internationale ou même nationale). Plusieurs systèmes sont décrits dans la littérature (Doran, Midon, & Clarke, 2011; Unruh & Wan, 2004), mais aucun ne fait consensus, à l'heure actuelle, auprès de l'ensemble des partenaires gestionnaires infirmiers dans l'espace francophone. Cet aspect pose un problème de possibilité de comparaison des institutions en particulier en ce qui concerne la performance infirmière. L'existence d'un système de gestion de la performance accepté par une grande majorité des acteurs du terrain rendrait cette comparaison possible et cela profiterait, in fine, au patient qui bénéficierait de soins plus sûrs et de meilleure qualité.

Il faut également soulever une autre problématique concernant les systèmes de gestion de la performance, les indicateurs possiblement sensibles aux soins infirmiers n'ont pas tous fait l'objet d'une analyse approfondie en ce qui concerne leurs bases empiriques. Autrement dit, à l'heure actuelle, il n'est pas scientifiquement démontré que tous les indicateurs présents dans les systèmes de mesure de la performance des soins infirmiers soient indiscutablement sensibles aux prestations infirmières et qu'il existe une relation de cause à effet entre les actions infirmières spécifiques et les résultats de soins. Cette faiblesse des fondements empiriques soutenant les indicateurs sensibles aux soins infirmiers peut poser problème dans la mesure où cela fragilise la légitimité des indicateurs de performance infirmière que les services de santé pourraient être amenés à utiliser.

Il faut aussi relever que tous les indicateurs de performance potentiellement sensibles aux soins infirmiers n'ont pas fait l'objet de la même attention de la part des chercheurs, les indicateurs liés à la structure, comme le niveau de dotation infirmier dans les services de santé, ont fait l'objet d'une plus grande attention (Aiken et al., 2014; Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, & Wilt, 2007). C'est également le cas des indicateurs de résultats, on retrouve de nombreuses études récentes qui abordent les problématiques de mortalité, de chutes,

d'escaliers ou de satisfaction des patients (Brown, Donaldson, Burnes Bolton, & Aydin, 2010; Chaboyer, Johnson, Hardy, Gehrke, & Panuwatwanich, 2010). Les indicateurs reliés aux processus de soins sont, par contre, généralement moins utilisés que d'autres dans les services ou dans les systèmes de mesure de la performance infirmière (Burston, Chaboyer, & Gillespie, 2014; Diane Doran, 2011; Heslop & Lu, 2014).

À la suite d'une réflexion menée conjointement avec le groupe de recherche du centre FERASI, il a été défini que le travail dirigé se concentrerait spécifiquement sur les indicateurs reliés aux processus de soins. Le choix de cet axe de travail a été fait sur la base de plusieurs critères. D'une part ces indicateurs n'ont été que peu étudiés (Doran, 2011; Heslop & Lu, 2014; Rothschild, Bates, Franz, Soukup & Kaushal, 2009), d'autre part il existait un intérêt personnel vis-à-vis d'indicateurs sur lesquels il est plus facilement possible d'intervenir en tant qu'administrateur infirmier. En effet, il faut relever que les indicateurs processuels sont éminemment intéressants, en ce sens qu'ils offrent des possibilités d'actions relativement rapides de la part des gestionnaires. Difficile, à l'heure actuelle, pour les administrateurs en soins infirmiers, d'agir avec une grande influence sur des leviers structurels (en particulier la dotation) à l'heure des économies de large échelle dans le domaine de la santé (CDS, 2012). Agir sur les processus de soins semble être plus accessible pour les administrateurs infirmiers, être plus directement influencé par leur autorité. Ils peuvent également représenter une possible marge de manœuvre pour améliorer l'efficacité des organisations de santé, même si il ne faut pas perdre de vue que le changement inhérent à une modification des processus de soins peut être lent et délicat.

## **But**

Le but de ce travail dirigé est de répertorier et d'analyser les preuves empiriques qui mettent en évidence un lien de cause à effet entre les éléments structurels, le processus et les résultats de quatre indicateurs de processus de soins. Les indicateurs de processus retenus sont : 1) l'évaluation et la planification des soins 2) la gestion des symptômes 3) l'orientation vers la communauté (la planification de congé) 4) la prévention de la maladie et la promotion de la santé. En d'autres mots le but est de recenser les preuves empiriques qui déterminent si ces indicateurs sont sensibles aux soins infirmiers.

## **Objectifs**

- 1) Identifier, par une recension des écrits, les bases empiriques qui déterminent la sensibilité aux soins infirmiers de quatre indicateurs de processus de soins : gestion des symptômes ; évaluation et planification ; planification de congé ; promotion et prévention.
- 2) Formuler des recommandations concernant l'utilisation des quatre indicateurs étudiés et formuler des recommandations pour de futures recherches.

## Modèle théorique

Le modèle théorique retenu pour le présent travail est le Nursing Care Performance Framework (NCPF) de Dubois et al. (2013). Ce cadre de référence propose une analyse approfondie de la performance des soins infirmiers, la manière dont les indicateurs s'intègrent dans ce cadre, comment ils s'influencent entre eux. Le NCPF est divisé en trois sous-systèmes que sont: 1) acquérir, déployer et maintenir les ressources, 2) transformer les ressources en services, et 3) produire des changements dans la condition des patients. Ces trois sous-systèmes comprennent 14 dimensions qui incluent 51 indicateurs susceptibles d'être sensibles aux soins infirmiers (fig.1). Le NCPF a été construit sur la base de trois courants théoriques : a) la triade de Donabedian (1988) (structure-processus-résultats) qui influence la structure du NCPF b) l'analyse du système social de Parsons (1960) qui permet de mieux appréhender, conceptualiser les interrelations entre les systèmes qui composent le NCPF, il offre une perspective de complexité, de compréhension de la « physiologie » d'un système d'analyse de la performance c) la théorie des systèmes de Bertalanffy (1968) qui permet une compréhension de l'évolution d'un système dans un ensemble d'autres systèmes. Cette théorie des systèmes place le NCPF dans une perspective de complexité d'influences représentée schématiquement par la relation entre le cadre de référence et les influences externes que peuvent représenter les politiques de santé, les réalités économiques ou l'influence que peuvent avoir les autres systèmes d'organisation (autre que les soins infirmiers).

Le NCPF est donc un cadre de référence de la performance des soins infirmiers ouvert, que l'on peut considérer comme complexe de par la perspective des interactions multiples (internes et externes) qu'il propose. Il offre, en outre, la possibilité de sélectionner des indicateurs pertinents et possiblement sensibles aux soins infirmiers dans les trois champs d'analyses de la qualité que sont les indicateurs structurels, processuels ou de résultats.

## Schéma du NCPF (Nursing Care Performance Framework)

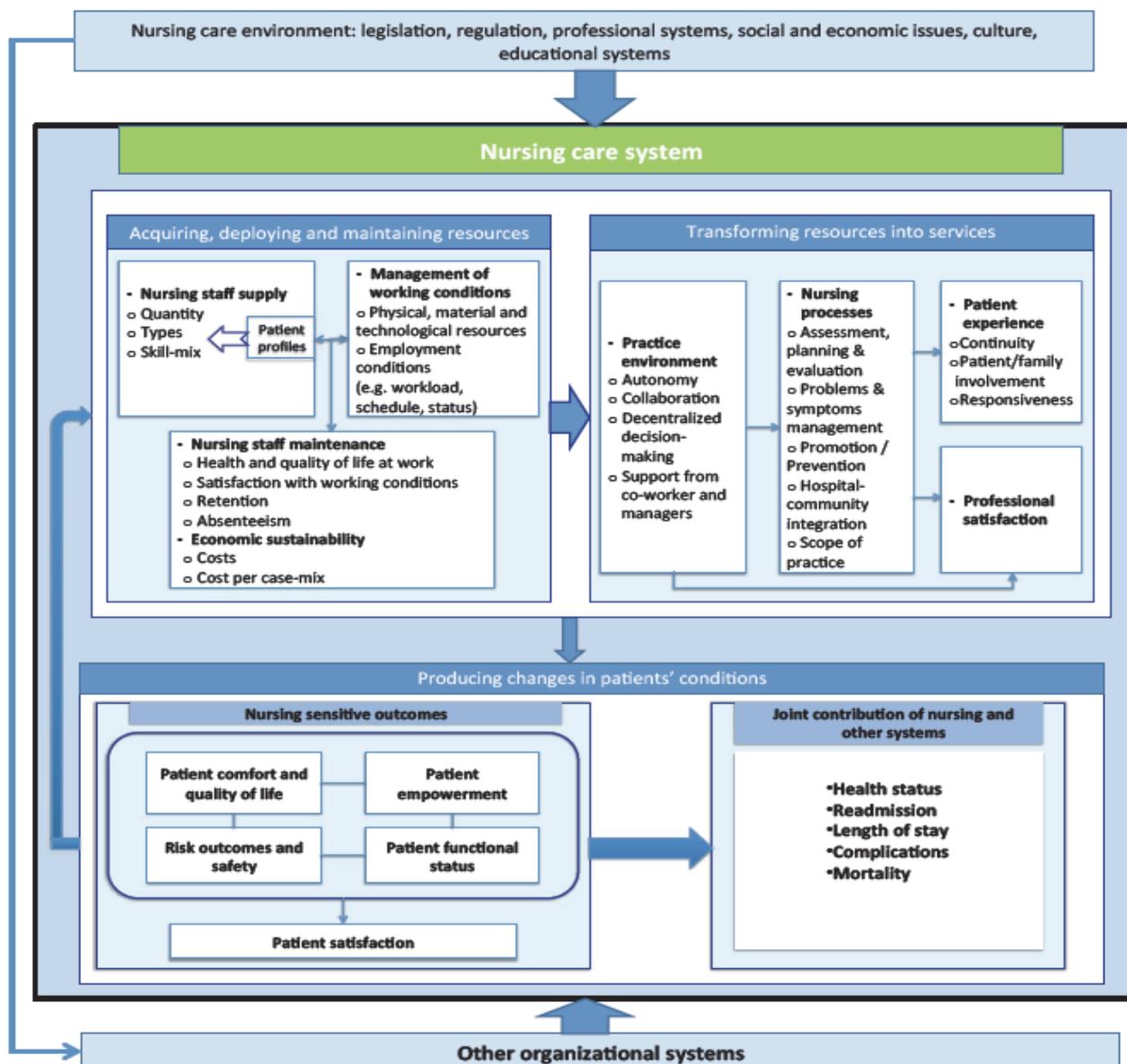


Figure 1. NCPF (Dubois et al., 2013 p.17)

Le NCPF a été utilisé dans le présent travail dirigé à plusieurs reprises. D'une part il a servi à choisir les indicateurs sur lesquels le travail se focalise, d'autre part il a été utilisé pour construire une grille d'analyse des recherches portant sur les indicateurs choisis. Le cadre de référence permet également de comprendre les interactions qui existent entre les différents sous-systèmes qui le composent (acquérir, déployer et maintenir les ressources ; transformer

les ressources en services ; produire des changements dans la condition des patients). Il a soutenu la stratégie de recherche et d'analyse dans le travail dirigé. Une visualisation graphique de la force des liens empiriques reliant les indicateurs entre eux a été produite sur la base graphique du NCPF.

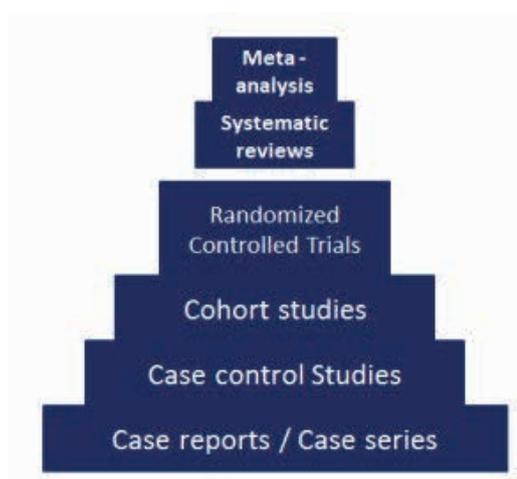
### **Stratégie de recherche**

Le devis de recherche est une recension des écrits pour chaque indicateur choisi, à partir d'études de synthèses comme des méta-analyses ou des revues des écrits. Lorsque ce matériau n'était pas existant, des études primaires ont été utilisées en privilégiant les études de devis expérimental qui présentent une méthodologie solide.

Le cadre de référence pertinent et adapté à notre travail pour effectuer une sélection et une hiérarchisation des écrits est le modèle de l'université de Duke (2014) qui s'avère être suffisamment détaillé pour proposer une hiérarchisation de la force empirique des écrits la plus fine possible.

Les auteurs de ce modèle ont hiérarchisé les niveaux d'évidences des écrits scientifiques en fonction d'un schéma pyramidal (figure 2). La plus forte évidence se situant à la pointe de la pyramide, la puissance des écrits se décline ensuite dans un ordre décroissant.

Figure 2, pyramide de la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke



L'étage situé au sommet de la pyramide regroupe les études de types meta-analyse qui combinent les résultats de plusieurs études selon une méthode statistique pour obtenir un grand échantillonnage cumulé. L'étage suivant correspond aux revues systématiques, ce type

de devis permet de regrouper des études concernant le même sujet et propose une analyse globale des études ainsi intégrées (sans cumul mathématique des résultats). Les niveaux suivants comprennent les études primaires de différents devis, dans un ordre de puissance empirique décroissant on retrouve les devis expérimentaux (RCT), puis les études de cohortes, les cas contrôlés et les études de cas ou les séries de cas.

La stratégie de recherche de littérature est influencée par cette hiérarchisation des preuves. L'attention a été prioritairement portée vers des méta-analyses puis en cas de non-succès, vers des revues systématiques et ensuite vers des études primaires (en suivant la hiérarchie décrite plus haut). La ligne directrice de la sélection des études primaires est basée sur les écrits de Doran, Mildon & Clarke (2012, p. 13) qui propose des critères de qualité pour ce type de publications :

La désignation d'un résultat défini comme sensible aux soins infirmiers dépend également des études primaires. Ces études sont influencées par plusieurs facteurs, notamment les explications théoriques du lien entre intrants et processus infirmiers et résultats ; l'accès à de grands échantillons de patients et leur recrutement, ainsi que la disponibilité et l'utilisation d'outils/instruments de mesures dont la fiabilité et la validité sont éprouvées

Certains auteurs placent les guides de bonnes pratiques au sommet de la hiérarchisation des preuves empiriques (DiCenso et al., 2005 ; Graham et al., 2006). Dans ce travail nous avons intégré seulement deux guides de bonnes pratiques qui détaillent précisément leur méthodologie et soutenaient la comparaison avec les autres études de synthèse qui composent les recensions des écrits.

Plusieurs bases de données ont été mises à contribution pour sélectionner les écrits ; CINAHL®, EMBASE®, PUBMED®, WEB OF SCIENCES®, COCHRANE database of Systematic Review® et GOOGLE SCHOLAR®. Des descripteurs généraux ont été utilisés conjointement avec des descripteurs spécifiques à chaque indicateur choisi. Des opérateurs booléens « AND » et « OR » ont servi à affiner la recherche et à croiser les descripteurs entre eux.

Les descripteurs mère sont les suivants, pour le concept de performance : *quality or performance or security or efficiency or outcomes*. Pour les indicateurs, les descripteurs sont : *symptoms management or discharge planning or promotion prevention or assessment or care map or critical path*. Pour l'aspect soins infirmiers les descripteurs sont: *Nurse, nursing* (sur la plupart des bases utilisées avec le raccourci descripteur *nurs\**)

### **Stratégie d'analyse des écrits**

Ce travail propose une analyse détaillée des preuves empiriques de la sensibilité aux soins infirmiers de quatre indicateurs de processus de soins qui sont: a) l'évaluation et la planification des soins b) la gestion des symptômes c) l'orientation vers la communauté (la planification de congé d) la prévention de la maladie et la promotion de la santé. Ces quatre indicateurs se situent dans le sous-système transformation des ressources en services du NCPF.

Pour réaliser cette analyse, les écrits scientifiques retenus ont été étudiés selon une grille d'analyse dynamique sur format Excel © (annexe 1). Cette grille d'analyse est construite sur la base du cadre de référence qu'est le NCPF (Dubois & al., 2013). Elle permet de mettre en évidence le type de devis et la qualité méthodologique des études trouvées sur les quatre différents indicateurs de processus infirmier retenus. Cette grille a également pour fonction de recenser les preuves empiriques qui soutiennent les éventuels liens entre les indicateurs processuels et les éléments de structure d'une organisation ou/et les résultats de soins produits. C'est sur la base de cette grille que les analyses des écrits. De plus une cartographie représentant la force empirique des liens sera présentée pour chaque indicateur traité, cette cartographie permet d'observer rapidement les liens et les types d'études qui établissent ces liens entre l'indicateur étudié et les autres indicateurs.

## Résultats

Ce chapitre présente la recension des écrits pour chaque indicateur que sont : la gestion des symptômes, la prévention de la maladie et la promotion de la santé, l'évaluation et la planification des soins et la planification de congé. A l'exception de l'indicateur planification de congé, il a été nécessaire de diviser les indicateurs en plusieurs niveaux constitutifs, ceci afin de gagner en précision. Suite à chaque indicateur, une discussion concernant le degré de sensibilité aux interventions infirmières est proposée.

Les indicateurs sont présentés selon un ordre logique, l'ordre chronologique d'un patient qui traverse un continuum de soins. Au début le patient est évalué et ses soins sont planifiés sur la base de cette évaluation, par la suite ses symptômes seront gérés par les infirmières puis une planification de congé est élaborée en vue de la suite de soins. L'indicateur de prévention de la maladie et de promotion de la santé est traité en dernier, car les interventions liées à cet indicateur ne sont pas dispensées spécifiquement à un moment donné du cursus de soins, elles peuvent intervenir à tout moment, dans tous les contextes de soins.

Tableau 1, Synthèse des écrits recensés pour chaque indicateur, nombre et type de devis

<i>indicateurs</i>	<b>Méta-analyses</b>	<b>Revue de littérature</b>	<b>Guides de bonnes pratiques</b>	<b>Etudes primaires</b>
<b>Evaluation et planification</b>	1	5	0	0
<b>Gestion des symptômes</b>	3	19	2	0
<b>Planification de congé</b>	2	3	0	0
<b>Prévention de la maladie et promotion de la santé</b>	2	5	0	0

## 1. Indicateur évaluation et planification des soins

### Introduction

L'évaluation par les infirmières du statut clinique et des besoins de soins d'un patient est une étape essentielle qui précède toutes les autres étapes des soins. Cette évaluation a pour objectif de collecter des données cliniques, de comprendre les besoins des patients (Jarvis, 2008). La planification des soins est l'étape qui suit la phase d'évaluation des besoins de soins du patient. Le plan de soins est constitué de stratégies qui permettent de satisfaire ces besoins et de proposer une offre en soins adaptée à la situation spécifique du patient (JCAHO, 1999). Pour cette partie de l'indicateur concernant la planification des soins, il existe des écrits plus spécifiquement axés sur la planification des soins pour des groupes de patients présentant des problèmes de santé communs. Les écrits proposent plusieurs termes à cette forme de planification des soins tels que : *clinical pathway*, *critical pathways*, *integrated care pathway*, *care pathway* et *care map* (De Bleser et al., 2006). Ces auteurs définissent les *clinical pathway* comme « une méthode pour planifier les soins d'un groupe de patients donnés durant une période donnée » (De Bleser et al., 2006, traduction libre p.562). En français ce type de planification des soins est identifié sous le vocable « itinéraire clinique » (Griesser et al., 2014), c'est ce terme qui sera utilisé dans le reste de ce travail. L'objectif des itinéraires cliniques est d'améliorer la qualité des soins, la satisfaction des patients ainsi que l'efficacité de l'utilisation des ressources de santé. Il est important de relever ici que l'utilisation des itinéraires cliniques n'est pas une exclusivité infirmière, ce type de planification implique l'ensemble des intervenants dans le continuum de soins et sollicite un engagement interprofessionnel soutenu (De Bleser et al., 2006). Mais Gurzick & Kesten (2010) précisent que l'infirmière agit de manière centrale dans cette forme de planification des soins, la plupart du temps en coordonnant les différentes actions de soins ou en évaluant la progression du patient dans un continuum de soins précis. Ces auteurs indiquent également que ce rôle la positionne comme un élément central des itinéraires cliniques.

## **Preuves empiriques liant les interventions infirmières concernant l'évaluation et la planification des soins à des résultats de soins**

### **1. L'évaluation du patient**

Deux études de synthèse récentes se sont intéressées aux résultats produits par une standardisation de l'évaluation des patients par les infirmières, ces études comparent les effets de différentes modalités d'évaluation.

La première étude de synthèse est une revue de littérature (Munroe, Curtis, Considine, & Buckley, 2013) qui intègre 12 études primaires de devis variés (un seul devis expérimental, 6 études avant-après) réalisées dans le milieu des soins aigus. Les auteurs de la revue font état d'effets significatifs du recours à un outil d'évaluation formalisé sur la qualité et la quantité de la documentation concernant les patients. Quant aux résultats pour les patients, deux études font un lien avec la satisfaction du patient et l'utilisation de modalité d'évaluation formalisée, mais l'ensemble des études ne réussissent pas à établir un lien causal avec d'autres résultats tels que la mortalité ou le contrôle de la douleur. Un lien entre l'utilisation d'outils d'évaluation formalisé et la satisfaction des infirmières est relevé par deux études citées dans cette revue de littérature.

La deuxième étude de synthèse est une revue de littérature Cochrane publiée en 2009 (Urquhart, Currell, Grant, & Hardiker, 2009). Cette revue intègre 9 études primaires (8 devis expérimentaux et une étude avant-après). Le but de cette étude est de définir si les différentes modalités de l'évaluation infirmière ont des répercussions sur les résultats de soins. Les modalités d'évaluation étudiées sont : 1) des outils standardisés de collecte de données 2) des outils informatisés ou 3) des outils de collecte par les patients eux-mêmes. Les observations des auteurs de cette étude sont très contrastées en ce sens qu'ils ne parviennent pas à mettre en évidence le fait qu'une modalité d'évaluation déploie des effets plus significatifs qu'une autre.

## 2. Planification des soins et itinéraires cliniques

Quatre études de synthèse récentes se sont intéressées aux effets des itinéraires cliniques sur les indicateurs de performance.

La première de ces études est une revue de littérature et méta analyse Cochrane (Rotter et al., 2012) qui intègre 27 études primaires de devis majoritairement expérimentaux (n=19) et quelques devis quasi expérimentaux conduits dans plusieurs milieux de soins différents. Les auteurs de cette étude constatent que l'implantation des itinéraires cliniques a diminué de manière statistiquement significative les effets indésirables chez les patients (thromboses, infections post opératoire, hémorragies et pneumonies) et a augmenté la qualité et la quantité de documentation concernant les patients. Par contre, les auteurs n'ont pas constaté d'effets statistiquement significatifs sur la durée de séjour ou le cout de prise en charge des patients.

Une revue de littérature (Sylvester & George, 2013) qui intègre 9 études primaires de devis variés (expérimentaux, quasi expérimentaux, observationnels et études de cohortes), s'est intéressée à l'impact des itinéraires cliniques dans les milieux pédiatriques auprès des enfants présentant une pathologie asthmatiforme. Les auteurs observent une diminution de la durée de séjour et des couts moindres, associés à l'utilisation des itinéraires cliniques.

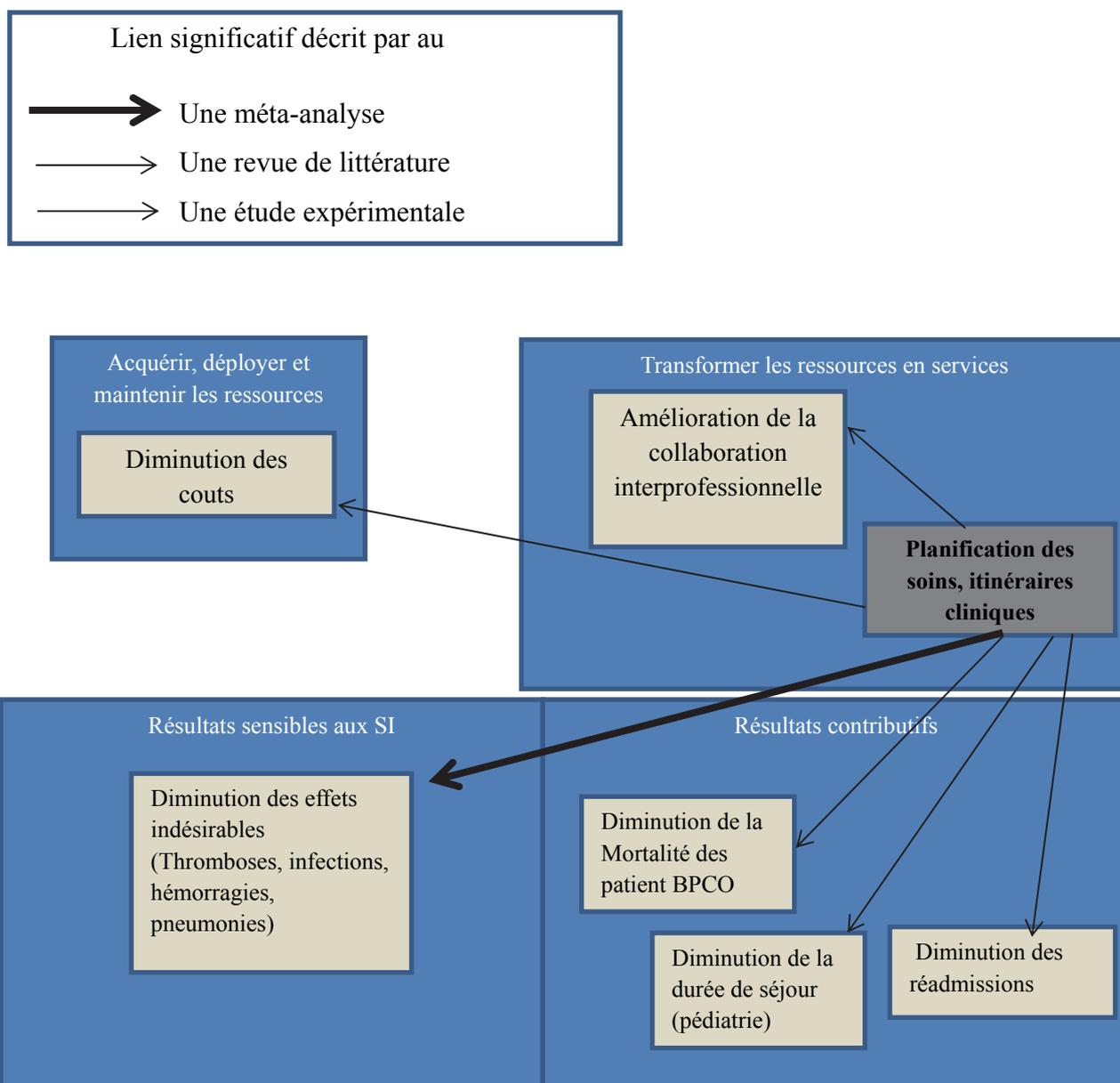
Une autre revue de littérature (Lodewijckx et al., 2011) s'est intéressée à l'efficacité des itinéraires cliniques chez des patients présentant une pathologie de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Cette synthèse intègre 4 études de devis quasi expérimentaux et observe un effet significatif de cette stratégie de planification des soins sur la mortalité des patients à l'hôpital, la durée de séjour, l'anxiété ressentie et la réadmission. Ces résultats doivent être interprétés avec une certaine prudence étant donné le faible nombre d'études intégrées dans cette synthèse.

Une autre revue de littérature (Deneckere et al., 2012) comprenant 26 études de devis majoritairement qualitatifs réalisées dans différents milieux de soins s'est intéressée à l'existence d'un lien entre l'utilisation des itinéraires cliniques et les répercussions sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle dans les services de soins. Les auteurs observent que certains indicateurs de collaboration sont affectés positivement suite à l'implantation des itinéraires cliniques, en particulier la communication dans l'équipe de soins, la qualité de la documentation interprofessionnelle et la qualité des relations interprofessionnelles. Ces constatations sont à considérer avec une certaine prudence étant

donné que les devis des études qui constituent cette revue de littérature sont de nature majoritairement qualitative.

### Cartographie de synthèse des liens empiriquement mis en évidence entre l'indicateur planification des soins et les autres indicateurs

Note : les liens concernant l'évaluation ne sont pas représentés sur cette cartographie. Les résultats de la recension seront uniquement discutés dans le chapitre suivant



## **Discussion sur l'indicateur Evaluation et planification des soins**

Comme nous l'avons abordé dans l'introduction, le travail d'évaluation des besoins du patient est un aspect important du travail des infirmières auprès des patients. Ce travail de recension n'a pu établir de liens entre l'évaluation faite par les infirmières et des résultats de soins. On remarque, en effet, que les deux études proposées ne renseignent pas sur des effets déployés par l'existence d'une évaluation de patient versus l'absence de celle-ci, mais font plutôt état de l'efficacité des modalités d'évaluation du patient. De plus, les résultats produits dans les deux études constituant cette recension sont très mitigés et ne permettent pas de déterminer de façon empirique si les différentes modalités d'évaluation ont des répercussions significatives sur les indicateurs de performance. En l'état des données existantes à notre connaissance, il apparaît donc difficile de déterminer les effets de l'évaluation ou des différentes modalités d'évaluation sur les autres indicateurs de performance infirmière. On ne peut pas considérer, à l'heure actuelle que l'évaluation est un indicateur sensible aux soins infirmiers de manière empiriquement prouvée. Les recherches manquent pour mettre en perspective les liens qui existent entre le travail d'évaluation et ses répercussions sur les autres indicateurs. À titre d'exemple, au Québec, les infirmières se sont outillées d'un système d'évaluation et de planification des soins (le plan thérapeutique infirmier) malheureusement, à notre connaissance, il n'existe pas d'études scientifiques qui établissent une relation de cause à effet entre l'utilisation de cet outil et des résultats de soins empiriquement démontrés.

En ce qui concerne la planification des soins, ce travail de recension a établi des liens empiriques entre l'utilisation d'itinéraires cliniques et des résultats significatifs sur les effets indésirables, la mortalité, les réadmissions, les coûts et la collaboration interprofessionnelle.

Au total cette recension est composée de quatre études de synthèse publiées il y a moins de trois ans, en se référant à la hiérarchisation des preuves de l'université de Duke (2014), il est permis de dire que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

De manière générale on observe des résultats significatifs et prometteurs en ce qui concerne l'existence d'un lien entre les itinéraires cliniques et certains résultats de soins. Cette observation est toutefois à nuancer en fonction des résultats issus de la recension. En effet, il faut observer que la diminution des coûts et la diminution de la durée de séjour ainsi que la baisse de la mortalité ne font pas consensus entre les études qui composent cette recension des écrits. Cette absence de consensus limite un peu la force du lien empirique entre les itinéraires cliniques et les résultats. Une autre limitation importante est à prendre en considération, les

itinéraires cliniques ne représentent pas l'ensemble du travail de planification des soins par les infirmières, mais l'activité de planification la plus étudiée empiriquement, cette observation implique que l'indicateur pourrait mieux refléter les résultats en étant renommé « itinéraire clinique ».

### **Recommandations pour la pratique**

À l'heure actuelle, l'indicateur d'évaluation et de planification des soins n'est pas un indicateur qui est, de manière empiriquement prouvée, sensible aux soins infirmiers. Par contre, l'utilisation d'un indicateur spécifiquement associé aux itinéraires cliniques apparaît comme potentiellement sensible aux interventions infirmières et prometteurs au regard des résultats de soins. En effet, il ressort des résultats de la recension que cette stratégie de planification des soins influence significativement plusieurs dimensions de la performance infirmière.

### **Recommandation pour la recherche**

Cet indicateur d'évaluation et de planification nécessite clairement un effort de recherche supplémentaire, les études qui se focalisent sur les liens entre l'évaluation et ses répercussions sur les résultats de soins manquent. Il apparaît nécessaire de disposer rapidement de bases empiriques solides sur le travail d'évaluation des infirmières, car ce dernier occupe une grande part des activités qu'exerce l'infirmière.

Il serait également intéressant d'approfondir les études concernant les répercussions de l'implantation des itinéraires cliniques sur la qualité de la collaboration interprofessionnelle en proposant des méthodologies quantitatives solides. Plus d'études sur les itinéraires cliniques et leurs répercussions sur les résultats permettraient de renforcer empiriquement ces liens et rendraient possible une analyse de consensus sur la base d'un plus grand nombre d'études.

## II. Indicateur gestion des symptômes

### Introduction

Les symptômes sont des signaux ressentis par les patients, ils mettent en évidence un dysfonctionnement de nature physiologique ou psychologique. Les patients consultent le personnel de soins lors de l'exacerbation ou de l'apparition de symptômes. La gestion des symptômes peut être définie par l'ensemble des interventions exercées par les infirmiers pour les éliminer, les atténuer ou les contrôler (Doran, 2011). La performance infirmière se mesure, entre autres, aux résultats produits par les différentes interventions réalisées par ces professionnelles sur les symptômes présentés par les patients. Cela se traduit, en règle générale, par une disparition ou une diminution de l'ampleur du symptôme ciblé.

Les infirmières interviennent à plusieurs niveaux sur la gestion des symptômes, elles peuvent le faire de manière totalement autonome ou participer pour une large part à une intervention interprofessionnelle. Il est rapidement apparu délicat d'analyser la gestion des symptômes de manière générale, d'une part parce qu'ils sont trop nombreux, d'autre part, les interventions infirmières n'ont pas toutes les mêmes effets sur ces derniers. Il faut traiter cet indicateur de processus de soins en le subdivisant en plusieurs symptômes différents pour obtenir une image finale de l'indicateur la plus précise possible. Plusieurs symptômes sont reconnus comme étant potentiellement sensibles aux interventions infirmières dans la littérature, dans ce travail cinq symptômes seront traités : 1. La gestion de la douleur, 2. la gestion de la fatigue, 3. la gestion de la dyspnée, 4. la gestion des nausées et vomissements 5. la gestion des mucosites buccales. Il s'agit des cinq symptômes les plus fréquemment retrouvés dans la littérature.

Les écrits de Doran (2011) et le travail de l'organisation du *Registered Nurses Association of Ontario* (RNAO) (2013) traitent de plusieurs symptômes présentés ci-dessous, c'est la raison pour laquelle ces deux références apparaissent de manière récurrente dans l'analyse de la revue des écrits. Les résultats sont analysés pour chaque symptôme et une discussion suit chaque présentation de résultat. Une discussion, plus générale, concernant l'ensemble des résultats est également proposée à la fin du chapitre concernant la gestion des symptômes.

## **1. La gestion de la douleur**

D'après plusieurs auteurs (RNAO, 2013 ; Vallerand, Musto, & Polomano, 2011; Doran, 2011) la gestion de la douleur est l'une des pratiques centrales du travail infirmier, car ces professionnelles sont les soignants les plus fréquemment en contact avec les patients et idéalement positionnés pour gérer ce symptôme.

La gestion de la douleur est une action complexe qui cumule plusieurs actions spécifiques et différentes les unes des autres. Pour analyser les liens empiriques qui existent entre les interventions infirmières et les résultats de soins, il faut procéder à un découpage de ces interventions. Ce découpage est librement inspiré de deux références : Doran (2011) et le RNAO (2013) qui structure la gestion de la douleur en trois interventions soit: a) l'évaluation de la douleur b) l'utilisation de stratégies non pharmacologiques c) l'éducation des patients. À ces trois interventions sur la douleur s'ajoutent des activités de formation des infirmières, et pour une plus grande facilité de lecture cette activité de formation est présentée sous la lettre d).

### **Preuves empiriques liant les interventions infirmières sur la douleur à des résultats de soins**

#### **a. L'évaluation de la douleur**

L'évaluation de la douleur est considérée comme l'un des plus importants rôles infirmiers, cette intervention catalyse l'ensemble des stratégies visant à gérer ce symptôme. (Carroll & Bowsher, 1993; Hazard, 2011)

Le RNAO (2013) a édité un guide de bonnes pratiques sur la gestion de la douleur, ce guide met en évidence un lien entre l'évaluation de la douleur qui est effectuée par les infirmières à l'aide d'outils standardisés et l'efficacité du contrôle de la douleur chez les patients. Cette observation est soutenue par trois études de devis expérimentaux.

Une revue de littérature réalisée dans le milieu des soins infirmiers en oncologie intégrant 7 études primaires de devis quasi expérimentaux et une étude de devis expérimental (Goldberg & Morrison, 2007) s'est consacrée au lien existant entre l'évaluation de la douleur et les résultats produits par cette évaluation. Les auteurs constatent une amélioration de la documentation de la douleur ressentie par les patients, une augmentation de la satisfaction des

patients et des professionnels, ainsi qu'une augmentation de la prescription d'antalgiques par les médecins lors d'utilisation par les infirmières d'outils d'évaluation de la douleur.

Une autre revue de littérature (Schofield, O'Mahony, Collett, & Potter, 2008), s'est intéressée aux effets de l'évaluation de la douleur auprès de la patientèle âgée. Cette étude est composée de 42 études de devis expérimentaux, quasi expérimentaux et qualitatifs, elle fait état d'une influence positive de l'évaluation de la douleur sur les niveaux de douleurs ressentis par les patients âgés, pour autant que cette évaluation soit régulièrement conduite auprès des patients.

### **b. L'utilisation de stratégies non pharmacologiques**

Doran (2011) a réalisé une revue de littérature d'études primaires menées dans plusieurs milieux de soins différents, cette revue intègre des études primaires de devis majoritairement expérimentaux (n=13) et des revues de littérature (n=3) portant sur l'usage de stratégies antalgiques non pharmacologiques. Ces stratégies sont la relaxation, l'utilisation de la musique, le toucher thérapeutique ou la réflexologie. Cette auteure constate des résultats équivoques sur la gestion de la douleur, certains résultats sont positifs et d'autres ne relèvent pas de différences significatives sur la gestion de la douleur.

Une autre revue systématique de littérature incluant 17 études primaires de devis expérimentaux, quasi expérimentaux ou non expérimentaux conduites dans le milieu des soins aux patients brûlés (De Jong, Middelkoop, Faber, & Van Loey, 2007) conclut à une efficacité réelle d'interventions non pharmacologiques telles que l'hypnose, la relaxation, la musique ou la visualisation positive. Toutefois il faut relever que cette étude précise que les infirmières doivent être spécialement formées (formation postgrade) pour dispenser ce type d'interventions.

Il existe également une revue Cochrane (East, Begg, Henshall, Marchant, & Wallace, 2012) qui s'intéresse à la gestion de la douleur périnéale par application de froid chez les femmes qui viennent d'accoucher. Cette revue inclut 10 études de devis expérimentaux et constate l'efficacité de cette méthode sur la gestion de la douleur des parturientes.

En ce qui concerne l'utilisation de stratégies antalgiques non pharmacologiques pour la patientèle pédiatrique, une revue Cochrane (Pillai Riddell et al., 2011) intégrant 51 études de devis expérimentaux en grande majorité qui regroupent un total 3351 patients, parvient à la conclusion que plusieurs interventions non pharmacologiques déploient des effets positifs très

significatifs sur la diminution de la douleur chez les jeunes patients. Ces actions incluent le repositionnement de l'enfant, l'interaction avec les parents, la succion, des stratégies d'aménagement de l'environnement de soins et le détournement d'attention.

Deux autres revues de littérature viennent clairement renforcer ces constatations, une de ces revues, très récente (Wente, 2013), intègre 14 études de devis expérimentaux et quasi expérimentaux, elle indique également qu'il existe une efficacité réelle sur la douleur lors d'utilisation de stratégies comme l'emploi de sucrose, de froid, le repositionnement ou le détournement d'attention de l'enfant lors de gestes invasifs. La deuxième étude est une méta analyse (Bueno et al., 2013), également récente, intégrant 38 études expérimentales (RCT). Elle s'intéresse à l'administration de liquides sucrés pendant des actes invasifs chez les patients de néonatalogie et les constatations finales plaident clairement en faveur de cette méthode pour diminuer la douleur des enfants de manière significative.

### **c. L'éducation des patients**

Doran (2011) a réalisé une revue de littérature concernant l'efficacité des interventions infirmières éducationnelles auprès des patients sur la gestion de la douleur. Cette revue intègre 13 études primaires réalisées auprès de différents types de patientèle, dont les devis sont majoritairement expérimentaux. Les interventions décrites sont des informations par téléphone, des entretiens face à face ou l'utilisation de supports d'informations. Les résultats concernant ces interventions sont contrastés, à savoir que certaines études révèlent un effet positif alors que d'autres ne relatent pas de différences significatives sur la gestion de la douleur. L'auteur de la revue estime, en conclusion, que l'éducation des patients influe significativement sur la gestion de leur douleur.

Une autre étude vient renforcer les conclusions de Doran (2011), il s'agit d'une revue de littérature réalisée dans le milieu des soins en oncologie (Koller, Miaskowski, De Geest, Opitz, & Spichiger, 2012) qui comprend 24 études de devis expérimentaux incluant un total de 4139 patients. Les interventions infirmières étudiées sont toutes de nature éducationnelle (vidéo, enseignements face à face ou par téléphone) et la conclusion des auteurs est que les actions d'éducation du patient ont un effet statistiquement significatif sur la diminution de la douleur.

#### **d. Activités de formation des infirmières**

Une méta-analyse (Cummings et al., 2011), incluant 26 études primaires comprenant des devis expérimentaux, quasi expérimentaux et des études longitudinales, réalisées dans le milieu des soins en oncologie, fait état de l'existence d'une influence positive de la formation des infirmières sur le contrôle de la douleur pour les patients. Les activités de formation étudiées sont très variées : lectures, enseignements, ateliers formatifs d'un jour, études de cas, coaching, discussion en groupe et capsules vidéo. Cette étude, conduite par une infirmière, intègre majoritairement des études provenant du milieu infirmier, mais également, des études produites par d'autres prestataires de soins (médecins ou psychologues ou non précisé).

Doran (2011) propose également une revue de littérature sur le sujet de la formation continue des infirmières et de la gestion de la douleur. Son travail regroupe 11 études primaires de devis majoritairement expérimentaux. La majorité des études (n=8), concluent en faveur de la formation des infirmières, relevant un lien causal entre une formation des infirmières et une diminution de la douleur mesurée chez les patients. Les interventions formatives décrites sont variées : affichage de nouvelles directives de gestion de la douleur dans les services, formation à l'utilisation d'échelles de mesure de la douleur, participation des infirmières à des séminaires sur la douleur.

#### **Discussion sur les preuves empiriques concernant la gestion de la douleur par les infirmières.**

Plusieurs éléments émergent des résultats proposés ci-haut concernant la gestion de la douleur par les infirmières. En premier lieu, les résultats proposés se basent sur 13 études de synthèse majoritairement constituées d'études primaires de devis expérimentaux. En se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014), il est possible d'observer que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

Globalement, les résultats décrivent que les interventions infirmières agissent significativement sur la douleur des patients, et ce à tous les niveaux d'interventions ou d'activités étudiés que sont a) l'évaluation de la douleur, b) l'utilisation de stratégies antalgiques non pharmacologiques, c) l'éducation des patients et d) les activités de formation des infirmières. On peut également constater que la gestion de la douleur par les infirmières a été étudiée auprès d'une population de patients très variée et dans des services de soins

différents. Ces recherches ont en effet été menées auprès d'enfants, d'adultes, mais également de personnes âgées et dans diverses spécialités cliniques telles que l'oncologie, la gynécologie, la chirurgie ou les unités des grands brûlés entre autres. Il est alors possible de généraliser ces résultats à une grande échelle, ce qui implique que la gestion de la douleur est un indicateur qui porte en lui d'excellentes possibilités de comparaison entre les différentes organisations de soins.

En plus des répercussions directes des interventions ou activités infirmières sur la douleur, Goldberg et Morrison (2007), mettent en évidence que l'évaluation de la douleur par les infirmières influence significativement les niveaux de satisfaction des patients et des professionnels. Ils font alors l'observation que plus les infirmières exercent leurs compétences autour de l'évaluation de la douleur, plus leur satisfaction au travail est améliorée. Ce résultat n'est toutefois présent que dans une seule revue de littérature, et c'est pourquoi il nécessite d'être considéré avec précautions.

Bien que l'ensemble de ces résultats mettent en évidence des liens empiriques entre la gestion de la douleur et les interventions infirmières d'autres limitations subsistent également. Il faut d'une part relever que certaines interventions apparaissent plus puissantes que d'autres comme c'est par exemple le cas des stratégies antalgiques non pharmacologiques. Les effets apparaissent en effet significatifs auprès de la patientèle pédiatrique, mais se révèlent plus nuancés en ce qui concerne l'effet de ces stratégies auprès de la patientèle adulte. D'autre part, il est important de signaler que certaines formations évoquées dans les études se situent hors du périmètre de la formation de base des infirmières (comme c'est le cas de l'hypnose ou de la musicothérapie par exemple). Cette constatation concernant le niveau de formation peut également être interprétée comme un avantage, en ce sens qu'il donne une perspective de progression possible pour des infirmières ou des gestionnaires désireux d'améliorer leurs performances sur la gestion de la douleur en suivant des formations post grades spécifiquement axé sur ce thème.

## 2. La gestion de la fatigue

La fatigue est un symptôme qui peut être défini par une sensation subjective de perte ou de diminution d'énergie qui implique une incapacité à entreprendre une action physique ou mentale, la sensation de fatigue peut être aiguë ou chronique (Doran, 2011).

Le niveau de fatigue peut se mesurer à l'aide de différentes échelles de cotation. Ce symptôme est ressenti par beaucoup de patients dans plusieurs contextes de soins (Doran, 2011). Les interventions infirmières visent à réduire le niveau de fatigue ressenti par les patients.

### **Preuves empiriques d'un lien entre les interventions infirmières et la fatigue**

Doran (2011) propose une revue de littérature comprenant 28 études primaires de devis majoritairement expérimentaux, les résultats montrent que certaines interventions infirmières telles que l'éducation des patients, l'utilisation de thérapies cognitivo-comportementales ou l'utilisation de techniques d'acupressures produisent des effets positifs sur la fatigue ressentie par les patients. Cette constatation de l'existence d'un lien entre l'intervention et la gestion de la fatigue est étayée par une méta analyse et deux revues de synthèse.

La méta analyse, réalisée par J. Lee, Han, Chung, Kim, & Choi, (2011), comprend 23 études de devis expérimentaux réalisées dans différents contextes de soins et pour différents bénéficiaires. Cette étude conclut à une relation significative entre la fatigue des patients et des manœuvres de réflexologie menées par les infirmières. Un abaissement des scores de fatigue des patients concernés est constaté ainsi qu'une amélioration de la capacité à l'endormissement. Cette étude ne précise toutefois pas le niveau de formation spécifique nécessaire à l'exercice de cette méthode par les infirmières.

La revue de littérature de Astroth, Russell, & Welch, (2013) intègre 25 études primaires de devis expérimentaux ou quasi expérimentaux dans le milieu des soins aux patients insuffisants rénaux (dialyse). Cette revue indique que les interventions infirmières telles que l'exercice et l'utilisation de l'acupressure conduisent à une diminution mesurable du degré de fatigue ressentie par les patients.

La revue de littérature Cochrane réalisée par Goedendorp, Gielissen, Verhagen, & Bleijenberg, (2009) intègre 27 études primaires de devis expérimentaux exclusivement, elle

étudie les effets, des interventions psychosociales (discussion, soutien, entretiens de groupes ou face à face, techniques de coping) majoritairement menées par des infirmières en oncologie sur la fatigue présentée par les patients soignés dans le milieu oncologique. Cette étude observe un effet positif des interventions. Elle ne précise toutefois pas si les infirmières nécessitent une formation spécifique pour les mener.

### **Discussion sur les preuves empiriques concernant la gestion de la fatigue par les infirmières**

Les résultats proposés ci-haut concernant la gestion de la fatigue par les infirmières font ressortir plusieurs éléments. En premier lieu, les résultats proposés se basent sur quatre études de synthèse publiées ces cinq dernières années. Ces dernières sont majoritairement constituées d'études primaires de devis expérimentaux réalisées dans des milieux cliniques variés auprès de patients présentant des pathologies diverses. En se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014), il est possible d'observer que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

L'ensemble des résultats démontrent un lien entre la réduction de la fatigue éprouvée par les patients et les interventions infirmières telle que l'acupressure, la réflexologie, la thérapie cognitivo-comportementale, l'éducation à la santé et d'autres compétences relationnelles. La diversité des milieux de soins dans lesquelles les études ont été conduites donne à penser que ce symptôme peut représenter un point de comparaison entre diverses organisations de soins. On peut, dès lors observer que l'indicateur gestion de la fatigue est sensible à certaines interventions infirmières, cette observation doit cependant être nuancée par plusieurs limitations. Certaines interventions réalisées par les infirmières nécessitaient une formation post grade parfois très poussée comme c'est le cas de l'hypnose, cette observation peut être interprétée tant comme une limitation que comme un levier d'amélioration. Une limitation du fait que l'ensemble des infirmières ne peut pas avoir le même degré d'efficacité sur la gestion de la fatigue entre elles, les infirmières spécialement formées proposant des interventions plus performantes que leurs collègues non formées. Un levier d'amélioration si l'on considère qu'offrir des formations spécifiques sur la gestion de la fatigue des patients aux infirmières peut représenter un moyen d'augmenter le niveau de performance de la gestion de la fatigue. Cette perspective d'amélioration de la performance peut encourager une organisation de soins à étudier l'option d'investir dans des activités de formations spécifiquement liées à la gestion de ce symptôme dans l'optique d'améliorer ses résultats

autour de la gestion de la fatigue. La sensibilité des interventions sur la fatigue n'est, de plus, pas étudiée auprès de la patientèle pédiatrique, ce qui ne permet pas de transposer ces résultats auprès de cette population spécifique.

### **3. La gestion des nausées et vomissements**

Les nausées peuvent se définir comme une sensation de malaise qui provoque une envie de vomir, le vomissement correspond à un réflexe de défense de l'estomac qui conduit à une vidange du contenu gastrique (Doran 2011). Les interventions infirmières visent à réduire l'apparition ou la fréquence de ce symptôme.

#### **Preuves empiriques d'un lien entre les interventions infirmières et les nausées/vomissements**

Une revue de synthèse intégrant quatre revues de littérature et trois études primaires menées par Doran (2011) indique que certaines interventions infirmières comme la relaxation, l'acupressure et la visualisation positive ont des effets positifs sur les nausées et les vomissements des patients. Ces études sont essentiellement réalisées dans des milieux de soins oncologiques.

Une revue de littérature (Lee & Frazier, 2011) intégrant 23 études de devis exclusivement expérimentaux, relève que l'utilisation de techniques d'acupressure réalisées par les infirmières produit des effets bénéfiques sur les nausées et les vomissements de patients suivis dans un cadre oncologique ou gynécologique. L'étude ne précise pas si l'intervention d'acupressure nécessite une formation spécifique des infirmières.

#### **Discussion sur les preuves empiriques concernant la gestion de la nausée et des vomissements par les infirmières**

Les résultats de deux études de synthèse publiées il y a moins de quatre ans, concernant la gestion des nausées et des vomissements par les infirmières amènent plusieurs éléments. En se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014), il est possible d'observer que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques bien que seules deux synthèses aient été recensées.

L'ensemble des résultats démontrent qu'il existe un lien significatif entre les interventions infirmières et une diminution du symptôme de nausée et de vomissements chez les patients

ayant bénéficié des interventions telles que l'acupressure, la visualisation positive et la relaxation auprès d'une population de patients bénéficiant de soins oncologiques. Bien que cet indicateur apparaisse comme sensible à certaines interventions infirmières, il est nécessaire d'apporter quelques nuances à cette observation. Le faible nombre d'études associé au fait que les études soient menées exclusivement dans le milieu de soins en oncologie, implique que les résultats présentés dans ce travail ne peuvent pas, en l'état, être transposés à d'autres milieux de soins que l'oncologie.

L'aspect concernant les formations nécessaires à l'exercice des interventions proposées pour gérer ce symptôme n'est pas clair, l'acupressure est, par exemple, une technique qui est enseignée de manière optionnelle dans les écoles ou les facultés responsables de la formation de base des infirmières. On peut en déduire qu'il existe une grande disparité de niveau de compétence d'acupressure entre les différentes professionnelles présentes dans un service de soins. Cette observation peut être interprétée comme une limitation ou, comme c'est le cas pour d'autres symptômes, un levier de progression pour améliorer la performance des infirmières autour de la gestion de ce symptôme, si l'organisation décide d'un investissement sur la formation à l'acupressure pour l'ensemble des infirmières elle peut s'attendre à améliorer sa performance autour de la gestion des nausées et des vomissements des patients traités en oncologie.

#### **4. La gestion de la dyspnée**

La dyspnée est une sensation objective ou subjective d'incapacité à respirer de manière satisfaisante, de sensation d'avoir le souffle court qui peut aller jusqu'à une sensation d'étouffement (Doran, 2011). Les interventions infirmières visent à réduire la sensation de dyspnée.

##### **Preuves empiriques d'un lien entre les interventions infirmières et la dyspnée**

Doran (2011) a réalisé une revue de littérature qui comprend 9 études de devis majoritairement expérimentaux, la plupart de ces études sont réalisées auprès de la patientèle présentant une pathologie de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). L'efficacité de plusieurs interventions est étudiée, comme la relaxation, des exercices de respirations spécifiques (diaphragmatiques par ex.), des repositionnements des patients, de la visualisation positive ou l'emploi de ventilateur. La majorité des études (n=6) décrivent un

bénéfice statistiquement significatif sur la gestion de la dyspnée des patients avec ces méthodes.

Une autre revue de littérature (Ben-Aharon, Gafter-Gvili, Paul, Leibovici, & Stemmer, 2008) s'est intéressée à la gestion de la dyspnée auprès des patients suivis en oncologie, 4 études de devis expérimentaux sont incluses dans cette recherche, elles décrivent des interventions infirmières de type acupressure, contrôle de la respiration et relaxation, sur des patients présentant des signes de dyspnée, l'étude conclut à une réelle efficacité de ces interventions infirmières.

Une autre revue de littérature intégrant cinq études primaires (quatre devis expérimentaux et une étude de cohorte) (Zhao & Yates, 2008), a étudié les effets des interventions infirmières tels que le conseil des patients, la relaxation, l'enseignement de stratégies respiratoires d'adaptation, visant la dyspnée de patients dans un contexte de soins oncologiques. Cette étude observe que ces interventions ont un effet significatif sur le symptôme visé.

### **Discussion sur les preuves empiriques concernant la gestion de la dyspnée par les infirmières**

Les résultats des trois études de synthèse publiés il y a moins de sept ans, mentionnés ci-haut concernant la gestion de la dyspnée par les infirmières amènent plusieurs éléments. En se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014), il est possible d'observer que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

L'ensemble des résultats démontrent qu'il existe un lien significatif entre les interventions infirmières et une diminution de la dyspnée chez les patients ayant bénéficiés des interventions telles que la relaxation, les exercices respiratoires, le repositionnement des patients, l'acupressure, les conseils auprès de patient ou l'emploi de ventilateur. Bien que cet indicateur apparaisse comme sensible à certaines interventions infirmières, il est nécessaire d'apporter quelques nuances à cette observation. D'une part les patients inclus dans les études qui composent ces résultats présentent quelques spécificités cliniques qui rendent difficile une généralisation de ces observations pour d'autres patients. Seules deux pathologies sont en effet étudiées, les patients présentant une problématique de BPCO ou des patients suivis en oncologie. D'autres pathologies observées dans d'autres services de soins peuvent s'exprimer par des symptômes de dyspnée, on peut penser aux patients asthmatiques ou emphysémateux

ou encore aux patients présentant des problématiques psychiatriques comme l'anxiété paroxystique qui peut s'exprimer par une sensation d'étouffement ou d'hyper ventilation. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'études de synthèse récentes qui abordent la gestion de la dyspnée auprès de ces populations de patients. La sensibilité des interventions sur la fatigue n'est, de plus, pas étudiée auprès de la patientèle pédiatrique, ce qui ne permet pas de transposer ces résultats après de cette population spécifique sur la base de ce travail.

## **5. La gestion des mucosites buccales**

La mucosite buccale est une inflammation des membranes muqueuses de la bouche et de l'entier du tractus digestif, cette inflammation est un des effets secondaires que rencontrent les patients atteints de cancer traité par chimio et radiothérapie. La mucosite buccale est associée à un risque très augmenté de développer des infections, de la dénutrition et de la douleur. Les infirmières ont un rôle central à jouer dans la gestion de ce symptôme (Eilers & Million, 2011; Harris, Eilers, Harriman, Cashavelly, & Maxwell, 2008).

### **Preuves empiriques d'un lien entre les interventions infirmières et les mucosites buccales**

La première étude est une meta-analyse et revue systématique Cochrane (Worthington et al., 2011) réalisée sur la base de 131 études de devis expérimentaux qui regroupent 10514 patients, les auteurs de cette étude parviennent à la conclusion que certaines interventions du ressort des infirmières tel que l'application de froid (cryothérapie), des soins de bouche avec plusieurs produits (aloe vera, amifostine), l'application buccale de miel sont statistiquement bénéfiques et agissent positivement sur les mucosites buccales chez les patients traités par radio et chimiothérapie.

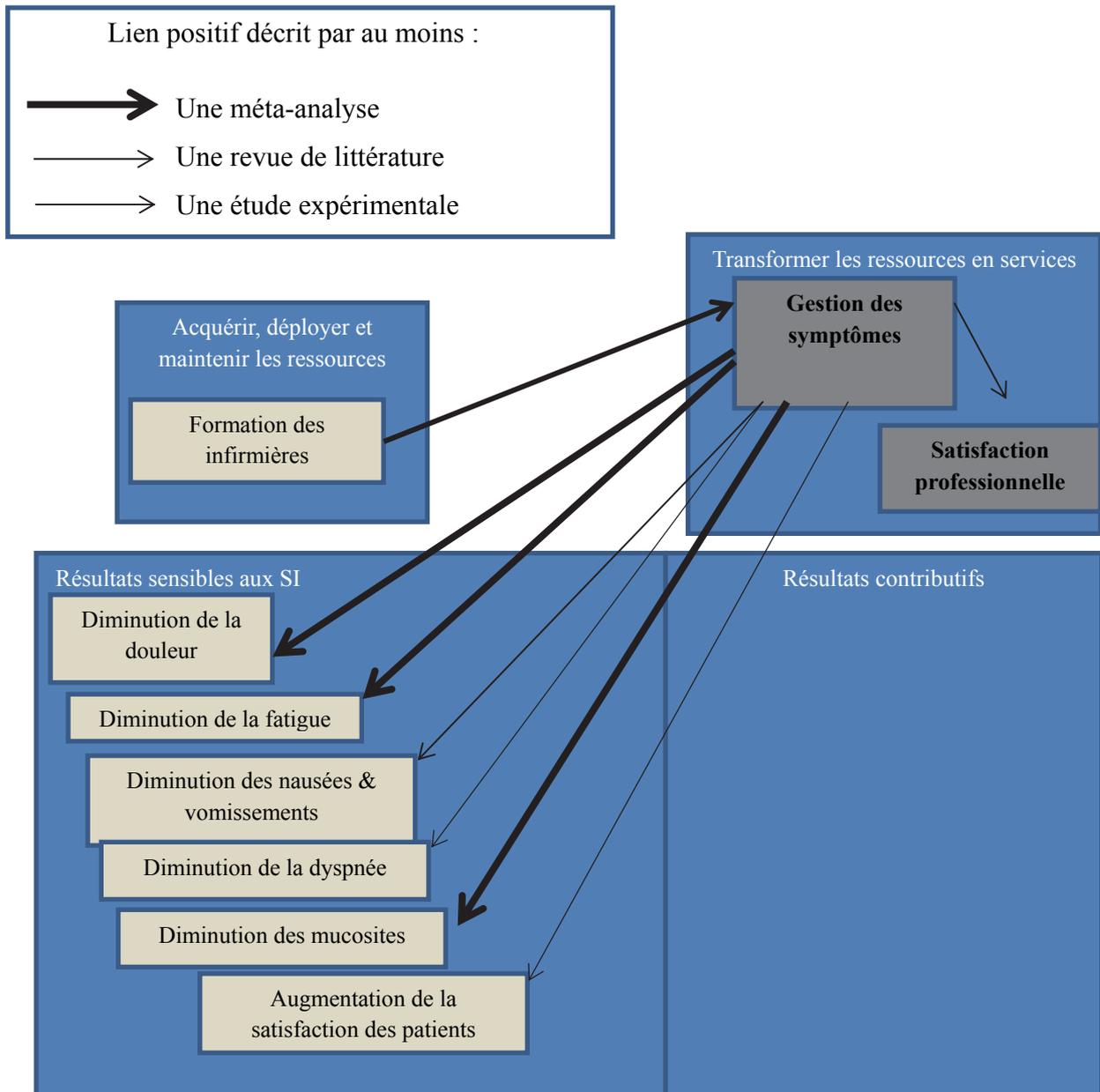
La deuxième publication (Harris et al., 2008) est un guide de bonne pratique qui recommande, sur la base d'une recension de preuves empiriques comprenant 21 études de devis revues de littérature, méta-analyses, et études primaires expérimentales, l'utilisation de soins de bouche avec plusieurs produits et l'utilisation de cryothérapie par les infirmières.

### **Discussion sur les preuves empiriques concernant la gestion de la mucosite buccale par les infirmières**

Les résultats des deux études de synthèse publiée il y a moins de sept ans, mentionnées ci-haut concernant la gestion des mucosites par les infirmières amènent plusieurs éléments. En se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de Duke (2014), il est possible d'observer que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

Les résultats démontrent l'existence d'un lien entre la gestion des mucosites buccales par les infirmières et une diminution du symptôme lorsque ces dernières sont générées par des traitements de chimio ou radiothérapie. Les interventions décrites dans ces études telles que l'application de froid, de miel ou d'autres produits ne demandent pas de connaissances post grade spécifique de la part des infirmières et peuvent donc être réalisées par l'ensemble des professionnelles de niveau de base. Quelques limitations sont observables, d'une part le nombre d'études est très restreint (n=2), d'autre part les symptômes des mucosites buccales ne se rencontrent qu'exclusivement dans un contexte de traitement de chimio ou radio thérapie chez des patients suivis en oncologie. Cette observation implique que le suivi de cet indicateur n'est pertinent que dans ce contexte spécifique, ce qui en fait un indicateur spécialisé pour un service donné. La sensibilité des interventions sur la fatigue n'est, de plus, pas étudiée auprès de la patientèle pédiatrique, ce qui ne permet pas de transposer ces résultats auprès de cette population spécifique sur la base de ce travail. Sur la base de cette analyse, il est possible de définir que la gestion des mucosites buccales est, sur la base de ces résultats, sensible à certaines interventions infirmières dans le contexte de soins en oncologie auprès de patients traités par chimio ou radiothérapie exclusivement.

**Cartographie des liens empiriquement mis en évidence entre l'indicateur de gestion des symptômes et les autres indicateurs de performance infirmière**



## **Discussion sur l'indicateur de gestion des symptômes**

Comme nous l'avons abordé dans l'introduction, la gestion des symptômes est une partie essentielle du travail des professionnelles infirmières auprès de leurs patients. Ce travail de recension a établi des liens empiriques entre les interventions des infirmières et les résultats qu'elles produisent sur les cinq symptômes les plus fréquemment rencontrés dans les écrits scientifiques récents soit : la douleur, la fatigue, les nausées et les vomissements, la dyspnée et la gestion des mucosites bucales induites par les traitements de chimio ou radio thérapie.

Au total cette recension est composée de 24 études de synthèse publiées il y a moins de 8 ans, en se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014), il est possible d'observer que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

De manière générale, on observe des résultats significatifs et prometteurs en ce qui concerne l'existence de liens empiriques entre certaines interventions infirmières et les résultats observés auprès des patients sur l'amélioration des symptômes traités dans ce travail. Toutefois il faut relever que cette sensibilité est à nuancer en fonction des résultats issus de la recension. En effet si certains symptômes apparaissent comme plus généralement sensibles aux interventions infirmières comme c'est les cas de la gestion de la douleur et de la fatigue, car étudiés dans des contextes et auprès de patients variés. D'autres symptômes n'apparaissent sensibles aux interventions infirmières que dans des contextes plus spécialisés ou auprès de patientèles plus spécifiques comme c'est les cas des symptômes de nausées et vomissements, de la dyspnée et des mucosites buccales. Ces constatations impliquent que les différents symptômes ne peuvent pas être utilisés dans un ensemble générique les intégrant globalement, la gestion de chaque symptôme étant marquée par des limitations de sensibilité aux interventions infirmières spécifiques pour chacun d'entre eux.

Les symptômes sensibles aux interventions infirmières doivent donc être analysés séparément les uns des autres. Les services de soins peuvent ainsi suivre ces éléments en fonction de leurs spécialités respectives, on peut également imaginer que les deux symptômes définis comme les plus transverses que sont la gestion de la douleur et la gestion de la fatigue se retrouveront fréquemment voir systématiquement dans les listes d'indicateurs utilisés par les services de soins. On peut imaginer que la gestion de ces deux symptômes peut représenter des points de références de comparaison pour plusieurs organisations de soins. Les autres

symptômes se retrouveront intégrés à des systèmes de mesures de la performance de manière plus spécifique en fonction des spécialités du service de soins.

Il faut aussi relever que cette revue de littérature n'est pas exhaustive, d'autres symptômes pourraient venir compléter la liste déjà établie (par exemple la gestion de l'hyperthermie ou de l'anxiété), venant étoffer les possibilités de choix des indicateurs suivis par les infirmières et les gestionnaires.

### **Recommandations pour la pratique**

Étant donné que le travail de gestion des symptômes représente une large part des tâches infirmières, cet indicateur doit être représenté dans les tableaux de bord utilisés par les infirmières et les gestionnaires infirmiers. À la lumière du travail réalisé ici, il apparaît plus pertinent d'utiliser individuellement la gestion de chaque symptôme comme un indicateur à part entière plutôt que de les regrouper sous un libellé générique comme c'est le cas dans le NCPF. De cette manière le gestionnaire ou les infirmières pourront cibler précisément les actions correctrices à entreprendre pour corriger ou renforcer certaines faiblesses de gestion de symptômes observés au travers d'un outil de la gestion de la performance infirmière ainsi précisément constitué.

### **Recommandations pour la recherche**

Il serait intéressant d'étendre la recherche concernant certains symptômes, en particulier les symptômes uniquement étudiés dans le milieu de l'oncologie, à d'autres services infirmiers plus généralistes. Les symptômes que sont la nausée et les vomissements ainsi que la dyspnée ne se rencontrent pas que dans ces services spécialisés. Disposer de plus de preuves empiriques obtenues dans différents milieux de soins ou auprès de patientèles plus hétérogènes permettrait d'intégrer la gestion de ces symptômes dans une perspective plus transverse, facilitant les possibilités de comparaisons entre les différentes institutions de soins.

Ce travail de recherche n'intégrant que cinq symptômes, il serait intéressant d'élargir cette recherche à d'autres symptômes potentiellement gérés par les infirmières comme l'hyperthermie ou l'anxiété par exemple.

### **III. Indicateur Planification du congé**

#### **Introduction**

Dans la littérature récente, l'intégration-hôpital-communauté est essentiellement étudiée sous l'angle de la planification de congé des patients (Fox et al., 2013; Lambrinou, Kalogirou, Lamnisos, & Sourtzi, 2012; Popejoy, Moylan, & Galambos, 2009). La planification de congé est définie comme étant « une intervention initiée durant une phase d'hospitalisation aiguë pour une maladie ou un accident ayant pour objectif de faciliter la transition des soins en vue du retour du patient dans la communauté le plus rapidement possible » (Fox et al., 2013, p.2, Traduction libre).

La planification de congé d'un patient sert essentiellement à anticiper une sortie harmonieuse de l'hôpital. Les infirmières utilisent cette stratégie pour s'assurer que le patient quitte la structure de soins au moment approprié en fonction de l'évolution de son état de santé. Cette planification permet également de s'assurer que les soins que nécessite le patient en aval de la structure initiale de soins sont organisés et mis à disposition pour lui (Shepperd et al., 2013). Il apparaît également que la planification de congé est une intervention qui nécessite l'engagement de plusieurs acteurs professionnels de la santé pour être performante, mais que l'infirmière joue un rôle central de pivot et de coordination lors de la planification de congé du patient (Fox et al., 2013; Popejoy et al., 2009; Preyde et al., 2009).

#### **Preuves empiriques liant les interventions infirmières concernant la planification de congé à des résultats de soins**

Une revue de littérature Cochrane, (Shepperd et al., 2013) intégrant 24 études primaires de devis expérimentaux observe les effets de la planification de congé auprès de patients transitant de l'hôpital à leur domicile, les patients étudiés étant majoritairement des personnes âgées. Cette étude observe que la planification de congé affecte significativement la durée de séjour à l'hôpital des patients et diminue la fréquence des réadmissions des patients. Elle ne relève pas d'effets significatifs sur la mortalité ni sur la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une planification de congé. Du point de vue financier, les auteurs de cette étude émettent l'hypothèse d'une possibilité d'un transfert de charges financières entre l'hôpital et les organisations qui accueillent les patients hors de l'institution. Pour les auteurs de cette étude, la preuve n'a ainsi pas été établie qu'une réelle économie de moyens est réalisée par l'entremise d'une planification de congé efficace.

La meta analyse et revue de littérature de Fox et al., (2013) intègre 9 études primaires (de devis expérimentaux ou quasi expérimentaux) qui représentent un groupe total de 1736 sujets. Cette étude s'intéresse à l'efficacité de la planification de congé auprès de patients âgés, hospitalisés dans un milieu de soins aigus. Les résultats de cette étude indiquent que la planification de congé réalisée par les infirmières a eu une influence significative sur le taux de réadmissions des patients, les auteurs font état de 22 % de réadmissions de patient en moins par rapport au groupe de contrôle. Cette étude rapporte également que les patients ayant bénéficié d'une planification de congé restent moins longtemps dans la structure de soins aigus en cas de réadmissions (diminution d'au moins 2,5 jours par rapport au groupe de contrôle). Par contre, les auteurs n'ont pas observé d'influence significative ni sur la mortalité, ni sur la durée de séjours des patients, ni sur la satisfaction des patients ayant bénéficié d'une planification de congé.

Une méta-analyse (Lambrinou et al., 2012) a étudié l'effet de la planification de congé auprès de patients âgés de plus de 65 ans victimes d'une défaillance cardiaque. Cette étude intègre 19 études primaires exclusivement de devis expérimentaux, au final la méta analyse présente un pool de 1898 patients. Elle s'intéresse exclusivement aux réadmissions de patients ayant bénéficié d'une planification de congé réalisée par les infirmières. L'étude conclut à une efficacité réelle de l'intervention de la planification de congé, les patients ayant bénéficié de cette intervention sont significativement moins exposés à des réadmissions à l'hôpital, et ce, quelle que soit la raison de la réadmission (d'autres motifs que les problématiques cardiaques).

Une revue de littérature (Popejoy et al., 2009) intègre 36 études primaires de devis variés (expérimentaux, quasi expérimentaux, avant après) dont 21 sont des études concernant des interventions infirmières auprès de patients âgés hospitalisés bénéficiant d'une planification de congé. Cette étude s'est intéressée aux effets produits sur les résultats de soins, elle relève que la durée de séjour, les réadmissions à l'hôpital sont significativement affectées par la planification de congé, l'étude relève également une influence favorable de cette stratégie sur les couts.

Une autre revue de littérature (Preyde, Macaulay, & Dingwall, 2009) a été conduite sur la planification de congé menée par des infirmières auprès des patients âgés hospitalisés. Cette revue intègre 25 études primaires, majoritairement des devis expérimentaux. Les auteurs

observent des effets significatifs de la planification de congé sur les couts, les réadmissions, la durée de séjour, la satisfaction des patients et la qualité de vie de ces derniers.

### Synthèse des résultats

Étant donné que les constatations finales des différentes références proposées plus haut ne sont pas toutes convergentes et que les études se focalisent sur la même population de patients (plus de 65 ans) et pour la même intervention (la planification de congé), il est intéressant de synthétiser les résultats liés à la planification de congé sous la forme d'un tableau récapitulatif

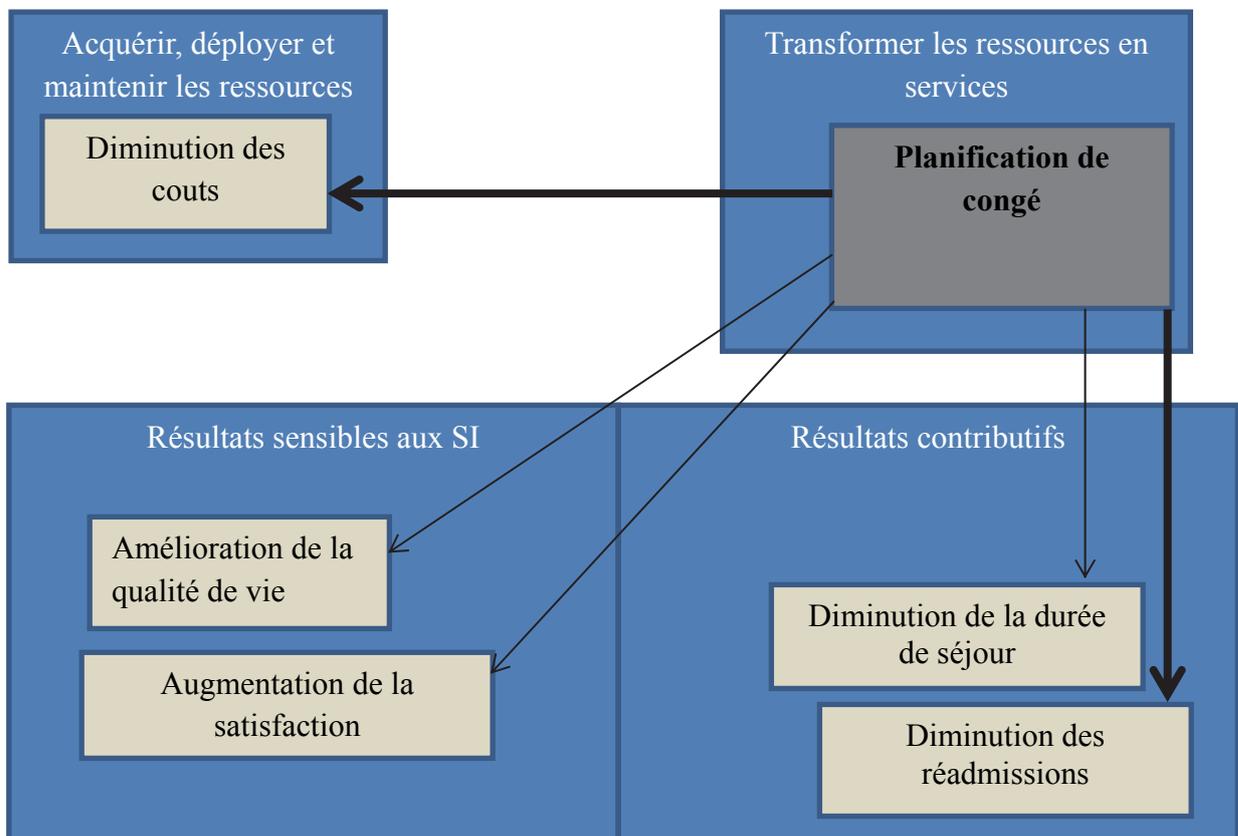
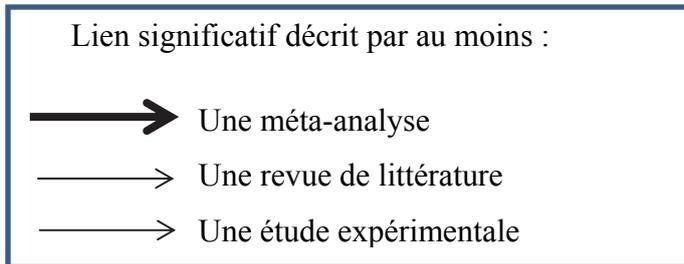
Tableau 2, tableau récapitulatif des effets de la planification de congé sur les résultats chez les patients de plus de 65 ans

Auteur & date	Devis	Durée de séjour	Réadmissions	Durée de séjour en cas de réadmission	Satisfaction des patients	Qualité de vie	Mortalité	Couts
Fox, 2013	Revue & méta	Pas d'effet	Effet significatif	Effet significatif	Pas d'effet	NE	Pas d'effet	NE
Lambrinou, 2012	Meta	NE	Effet significatif	NE	NE	NE	NE	NE
Shepperd, 2013	Revue	Effet significatif	Effet significatif	NE	Pas d'effet	NE	Pas d'effet	Pas d'effet
Popejoy, 2009	Revue	Effet significatif	Effet significatif	NE	NE	NE	NE	Effet significatif
Preyde, 2009	Revue	Effet significatif	Effet significatif	NE	Effet significatif	Effet significatif	NE	Effet significatif

NE= Non étudié

Le tableau 4 montre que l'on retrouve, par ordre de consensus, la diminution des réadmissions (consensus absolu), vient ensuite la diminution de la durée de séjour hospitalier, puis les résultats sur les couts et la qualité de vie. La durée de séjour en cas de réadmissions n'est étudiée que par une recherche. On observe également un consensus absolu en ce qui concerne l'absence d'effets de la planification de congé sur la mortalité.

**Cartographie de synthèse des liens empiriquement mis en évidence entre l'indicateur planification de congé et les autres indicateurs**



## **Discussion sur la sensibilité aux soins infirmiers de l'indicateur planification de congé**

La planification de congé est une étape essentielle dans le continuum des soins prodigués aux patients par les infirmières, c'est une intervention qui harmonise le continuum de soins. Ce travail de recension a tenté d'établir des liens empiriques entre cette intervention qu'est la planification de congé et les répercussions qu'elle induit sur d'autres indicateurs de performance que sont la durée de séjour des patients, le taux de réadmissions, la durée de séjour en cas de réhospitalisation, la satisfaction des patients, la qualité de vie, la mortalité et les couts.

Au total cette recension est composée de cinq études de synthèse récentes (publications inférieures à cinq ans), majoritairement constituées d'études primaires de devis expérimentaux. En se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014), il est possible d'observer que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

De manière générale on observe des résultats très significatifs et consensuels en ce qui concerne l'existence d'un lien entre la planification de congé et la diminution des réadmissions des patients, cette observation est réalisée par l'ensemble des cinq études qui composent cette revue de littérature. L'absence de lien entre la planification de congé et la mortalité apparaît également consensuelle, mais il faut relever que ce lien n'est étudié que par deux études qui composent cette revue de littérature. Les liens entre la planification de congé et la durée de séjour, les couts et la satisfaction des patients ne font pas consensus entre les différentes études. Enfin, les liens entre la planification de congé et la qualité de vie des patients ainsi que la durée de séjour en cas de réadmission ne sont étudiés chacun que dans une des études qui composent cette recension des écrits, ce qui rend impossible toute analyse de consensus pour ces deux résultats. Sur la base de ces résultats, on peut observer que l'indicateur de la planification de congé apparaît comme sensible aux interventions infirmières, mais cette observation doit être nuancée. D'une part, les résultats qui sont liés à cet indicateur présentent, comme nous l'avons vu, des degrés variables de consensus entre les études, seule l'influence sur les réadmissions apparaît consensuelle et étudiée par l'ensemble des études qui composent cette revue, ce qui permet de considérer que ce lien est empiriquement fort. Les liens entre la planification de congé et les autres résultats apparaissent empiriquement plus faibles du fait de l'absence de consensus entre les différentes

références qui compose la recension. D'autre part une limitation importante concernant cette recension de littérature provient du fait que les patients intégrés dans les études qui la composent sont exclusivement des patients âgés de plus de 65 ans, cette observation implique que la transposition des résultats auprès d'une patientèle différente en âge n'est pas, à l'heure actuelle, possible sur la base de ce travail. Il est donc impossible d'affirmer, en l'état, que cet indicateur soit sensible aux interventions infirmières auprès de la patientèle adulte (moins de 65 ans) ou pédiatrique.

### **Recommandations pour la pratique**

Dans le NCPF cet indicateur est libellé sous l'appellation « intégration de l'hôpital auprès de la communauté », dans le présent travail les preuves empiriques réunies concernent la planification de congé. Cet indicateur pourrait être désigné sous l'appellation de « planification de congé » pour gagner en clarté et en précision.

Cet indicateur doit devenir une référence incontournable des systèmes de mesures de la performance des soins infirmiers, une planification de congé performante participe à désengorger l'organisation de soins par la diminution du taux de réhospitalisations et la diminution de la durée de séjour qu'elle induit. La mesure et le suivi de l'évolution de cet indicateur apparaît donc comme un élément stratégique incontournable tant pour les professionnels infirmiers que pour l'ensemble de l'organisation de soins.

### **Recommandations pour la recherche**

À notre connaissance, il manque d'études concernant la planification de congé réalisée par les infirmières pour d'autres tranches d'âge de patient, par exemple la planification de congé en milieu pédiatrique ou adulte. Il serait également nécessaire d'étudier plus en profondeur les aspects économiques liés à la planification de congé, étant donné que les répercussions économiques de la planification de congé ne sont pas unanimement reconnues par l'ensemble des auteurs intégrés dans cette recension et que ce lien n'a pas été clairement établi.

## IV. Prévention de la maladie et promotion de la santé

### Définition

Selon la définition de l'OMS (1988, p.4), la prévention des maladies est « un ensemble de mesures ayant pour but d'éviter la survenue de maladies et d'accidents ou de réduire leur nombre, leur gravité en conséquence ». La prévention est, selon l'OMS, classée en trois niveaux d'action, la prévention primaire correspond aux actions de prévention qui visent à diminuer la fréquence d'une maladie, diminuer l'apparition de nouveaux cas dans la population, on retrouvera donc à ce niveau de prévention les actions de vaccination, de modification des habitudes de vies ou de modification des environnements. La prévention secondaire vise la diminution de la prévalence d'une maladie dans les sociétés, à ce stade les actes préventifs ciblent le dépistage d'une maladie de manière à s'opposer à son évolution ou d'intervenir le plus tôt possible dans le processus pathologique. La prévention tertiaire cible la diminution des répercussions négatives de la maladie, les récives ou les incapacités liées à la pathologie. Cette forme de prévention est axée sur la réadaptation et l'évitement de la récive.

La promotion de la santé est définie comme : « Un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. » (OMS charte d'Ottawa, 1986 p.1). Les deux concepts se rejoignent, mais il est souhaitable de les différencier, la prévention s'intéresse à la maladie et aux accidents en tentant d'en limiter soit la prévalence, soit l'incidence, tandis que la promotion vise à renforcer la santé ou le bien-être.

Il existe un très grand nombre d'études sur le thème de la prévention de la maladie ou la promotion de la santé réalisée par les infirmières. Pour une vision la plus exhaustive possible, il apparaît nécessaire de regrouper les preuves empiriques selon un agencement prédéfini. Les preuves empiriques présentées ci-après, ont été sélectionnées en fonction de trois critères : 1) Études récentes et présentant des méthodologies solides 2) Études réalisées dans les trois types d'organisation de soins (soins de première ligne, soins aigus et soins de longue durée) 3) les études retenues doivent représenter les trois dimensions de prévention (primaire, secondaire et tertiaire).

La présentation des études concernant l'existence de liens empiriques entre les soins de prévention de la maladie et/ou de promotion de la santé sera articulée autour de cet ordonnancement des différentes organisations de santé.

### **Classification des différentes organisations de soins**

Ce type de classification peut varier selon les pays et les organisations sanitaires. Ce travail se base sur une définition d'origine québécoise (Gouvernement du Québec, 2011) pour donner un point de référence documenté.

#### 1. La première ligne

Les services de première ligne définissent les organisations de santé qui offrent le premier contact avec les patients. La première ligne regroupe les cabinets médicaux, les infirmières de santé publique, scolaire ou autres. La définition québécoise de la première ligne exclut les services d'urgence, qui, même s'ils offrent également ce premier point de contact, sont intégrés dans les organisations de soins aigus.

#### 2. Les soins aigus

Les soins aigus regroupent les prestations de santé où l'utilisation d'une plus grande technicité est nécessaire pour le patient qui ne peut bénéficier de ces prestations sans être extrait de son milieu de vie, habituellement on fait référence ici à l'hôpital.

#### 3. Les soins de longue durée

Les soins de longue durée regroupent les organisations de soins qui traitent des patients en perte d'autonomie et qui nécessitent des soins pour une période indéterminée (les CHSLD pour le Québec, les EMS pour la Suisse romande en sont les exemples les plus courants).

### **La prévention de la maladie et la promotion de la santé par les infirmières en première ligne**

Pour les soins de première ligne, une revue de littérature incluant 31 études primaires dont 22 sont des études de devis expérimentaux incluant en tout 10759 patients (Sargent, Forrest, & Parker, 2012) établit un lien entre les interventions préventives et promotionnelles des infirmières de première ligne auprès d'une population de patients obèses et des résultats. Ces interventions regroupent des actions d'enseignement à la nutrition, de sensibilisation sur les habitudes de vie et de conseils sur les activités physiques. Cette étude met en évidence une relation causale entre les interventions infirmières et une amélioration significative des comportements de santé des patients, une diminution de l'hypertension artérielle, de l'hyperlipidémie sanguine, une amélioration de la capacité fonctionnelle et une augmentation de la satisfaction et de la qualité de vie des patients.

Une deuxième revue (Markle-Reid et al., 2006) intégrant 12 études primaires de devis expérimentaux, menées dans le milieu de soins de première ligne auprès des patients âgés, fait état d'un lien entre les interventions infirmières de nature préventive ou promotionnelle et des résultats de soins. Les interventions décrites sont: des visites à domicile à des fins d'évaluation des risques ou de détection des problèmes, de l'éducation à la santé et l'établissement d'objectifs spécifiques en collaboration avec le patient. Cette étude met en évidence une amélioration de la capacité fonctionnelle et psychosociale des patients, des taux de mortalité en diminution, une diminution des réadmissions à l'hôpital et une durée de séjour hospitalière moins élevée suite aux interventions des infirmières. Un lien est également établi entre les actions préventives infirmières et une diminution des coûts (liées essentiellement à la diminution des admissions à l'hôpital).

### **La prévention de la maladie en soins aigus**

Une revue de littérature (Bernard, Hunter, & Moore, 2012) qui intègre 5 études primaires de plusieurs devis (quasi expérimentaux, prospectifs et série chronologique), s'est intéressée à la prévention des infections urinaires subséquentes à la cathétérisation vésicale chez les patients traités dans le milieu aigu. Cette étude relève que les infirmières jouent un rôle prépondérant dans l'évaluation de l'utilité du maintien du cathéter (le temps de cathétérisation vésical jouant un rôle important en ce qui concerne les risques d'infection). L'étude conclut que des résultats statistiquement significatifs de diminution des infections

sont observés lorsque les infirmières jouent ce rôle de sensibilisation au retrait de la sonde vésicale.

La revue de littérature Cochrane de Hackett, Anderson, House, & Halteh (2008) s'est intéressée à la prévention de la dépression chez les patients ayant subi un accident vasculaire cérébral (AVC) qui sont hospitalisés dans une unité spécialisée de prise en charge de ce type de pathologie (*stroke unit*). L'étude comporte deux volets d'analyse, le premier volet étant focalisé sur l'efficacité de traitements antidépresseurs pharmacologiques et l'autre s'est intéressé à l'efficacité des interventions relationnelles (psychothérapies). Ce qui est intéressant dans les conclusions de cette étude, c'est le fait que les interventions psychologiques apparaissent plus efficaces que la prescription d'antidépresseurs. Il faut préciser néanmoins que seulement quatre études de devis expérimentaux sur les effets de la psychothérapie ont été utilisées pour ce volet. Sur ces quatre études, trois décrivent une intervention réalisée par des infirmières qui ont reçu une formation continue spécifique au soutien psychologique.

### **La prévention de la maladie dans les soins de longue durée**

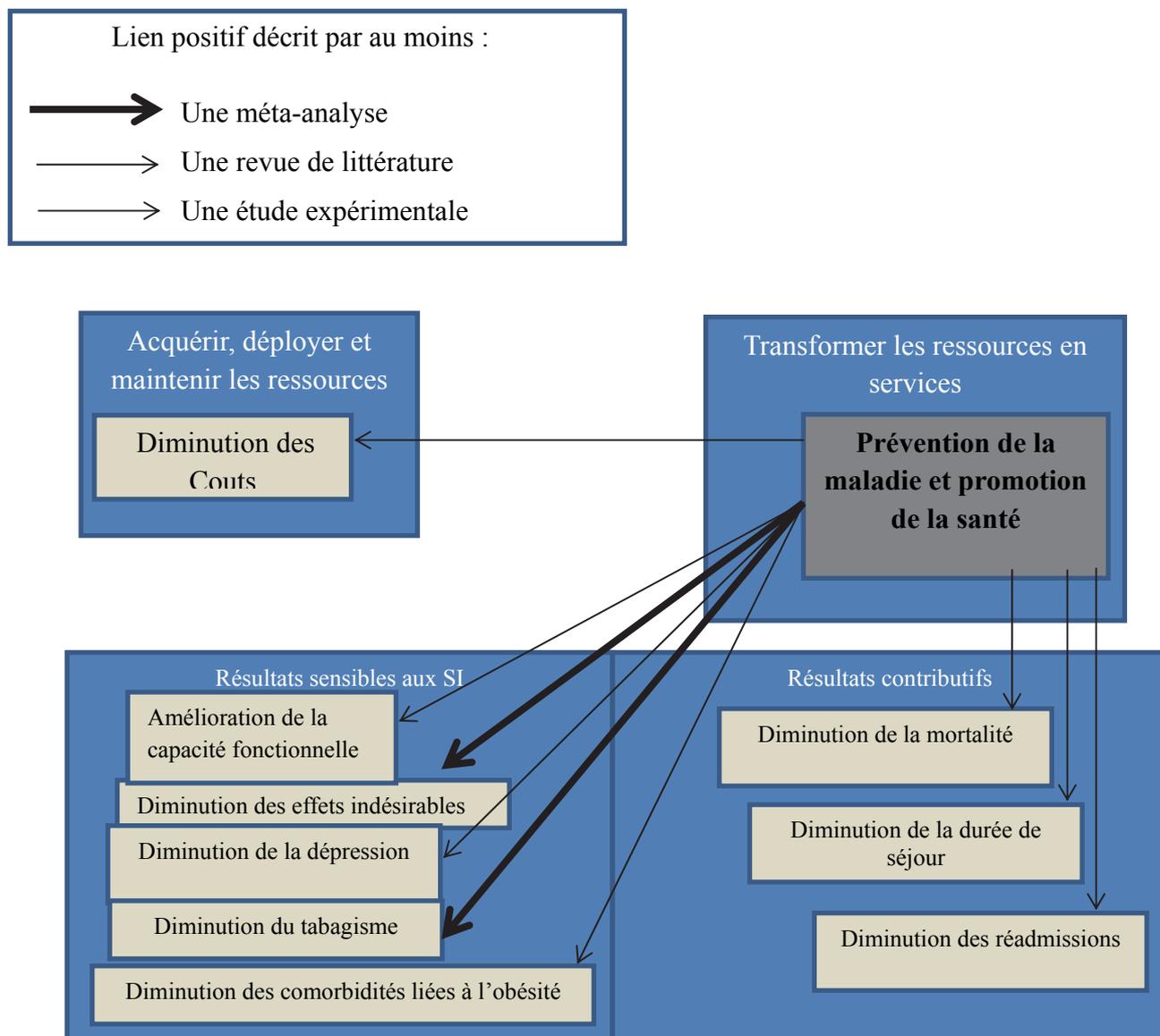
Pour les soins de longue durée, une méta-analyse intégrant 17 études de devis expérimentaux (Choi & Hector, 2012) aborde les résultats concernant les soins de prévention (secondaire et tertiaire) des chutes auprès des patients âgés. Cette méta-analyse met en évidence une diminution de 14% des chutes de patients suite à la mise en place de stratégies préventives telles que des exercices de renforcement musculaire, des exercices de vision et des évaluations des risques en collaboration avec les patients.

En ce qui concerne la prévention des plaies de pression chez la personne âgée, il existe une revue de littérature Cochrane très récente (Gillespie et al., 2014), cette étude englobe un échantillon de 502 patients. Elle conclut à une efficacité prouvée des techniques de repositionnement des patients pour diminuer la prévalence des plaies de pression auprès de cette population. Il faut noter que cette publication comporte toutefois quelques limitations dues essentiellement au faible nombre d'études de devis expérimentaux inclus (n=3).

## La prévention de la maladie et la promotion de la santé, non spécifique à une organisation de soins : la cessation du tabac

En ce qui concerne la cessation du tabac (prévention primaire), une méta-analyse Cochrane qui intègre 49 études de devis expérimentaux menés dans plusieurs organisations de soins (Rice & Stead, 2013), aborde les résultats produits par des interventions infirmières sur la cessation du tabac. Cette étude met en évidence des résultats de cessation plus importants chez les patients ayant bénéficié d'une intervention infirmière qu'auprès de ceux n'en ayant pas bénéficié. On peut donc établir un lien positif très clair entre l'intervention préventive infirmière et l'adoption de comportements de santé par les patients.

### Cartographie de synthèse des liens empiriquement mis en évidence entre l'indicateur de gestion des symptômes et les autres indicateurs



## **Discussion sur la sensibilité aux soins infirmiers de l'indicateur prévention de la maladie et promotion de la santé**

La prévention de la maladie et la promotion de la santé sont une partie importante des activités des infirmières. Pour Dallred, Dains & Corrigan (2012) la fonction de l'infirmière, la professionnelle de la santé la plus fréquemment en contact avec les patients, en fait l'actrice la mieux placée pour exécuter des interventions de nature préventive ou promotionnelle.

Ce travail de recension sur l'existence de liens empiriques entre certaines interventions infirmières de nature préventive et promotionnelle et des résultats de soins est composé de sept études de synthèse publiées il a moins de sept ans. En se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014), il est possible d'observer que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

De manière générale, on observe des résultats significatifs en ce qui concerne l'existence de liens empiriques entre certaines interventions infirmières de nature promotionnelle ou préventive et les résultats que sont l'amélioration de la qualité de vie, la diminution des effets indésirables liés à l'obésité, une amélioration des comportements de santé chez les patients obèses ou les fumeurs, une augmentation de la qualité de vie et de la satisfaction des patients, une diminution de la mortalité, une diminution des réadmissions, de la durée de séjour, des coûts et de certains effets indésirables comme les infections urinaires, les escarres et les chutes. Sur la base de ces résultats, il est possible d'énoncer que l'indicateur de prévention de la maladie et de promotion de la santé présente une sensibilité aux interventions infirmières. Toutefois, il faut nuancer cette observation en fonction des résultats issus de la recension. En premier lieu, les indicateurs de performance contenus dans la recension ne sont chacun abordés que par une recherche, cela signifie qu'aucune analyse de consensus n'est possible entre les résultats. Cette observation rend le lien entre les interventions et les résultats empiriquement moins solides que si plusieurs études différentes convergeaient vers le même résultat. Il apparaît également important de signaler que certaines interventions exposées dans les études nécessitent un apport de formation continue spécifique comme c'est le cas, par exemple, pour les interventions de nature psychologique dans la prévention de la dépression post AVC. Cette observation n'est pas forcément à interpréter comme une limitation, elle peut être interprétée positivement, car elle laisse aux professionnels et aux gestionnaires une marge de progression possible, ces derniers peuvent intervenir sur la formation post grade des infirmières pour améliorer la performance de leurs

actions de prévention et de promotion. Il faut relever également que certaines interventions proposées dans les études analysées se situent à la limite entre l'intervention préventive et l'application de bonne pratique de soins, c'est en particulier le cas pour certaines actions de prévention de la maladie en milieu de soins aigus et en milieu de soins de longue durée comme par exemple la prévention des escarres, des infections ou des chutes.

Les résultats obtenus dans ce travail de recension nous amènent également à faire l'observation qu'il est difficile de segmenter clairement les interventions de prévention de la maladie des interventions purement promotionnelles de la santé. Pour illustrer cette constatation, on peut prendre comme exemple le travail des infirmières auprès des bénéficiaires obèses dans l'étude de Sargent et al. (2012), les interventions décrites dans cette étude visent autant la promotion de la santé (changement du style de vie) que la prévention des maladies (modification positive de paramètres vitaux liés à l'obésité). La frontière entre interventions de promotion ou de prévention n'est pas clairement définissable dans ce cas. Cette observation implique que le libellé de l'indicateur doit rester composite et intégrer tant les aspects de prévention de la maladie que les aspects de promotion de la santé de manière à capter la nature complexe de ces interventions infirmières.

Il faut aussi relever que les études proposées dans cette revue de littérature ne couvrent pas l'entier du champ d'activités préventives ou promotionnelles des infirmières, elle n'est pas exhaustive et d'autres interventions de prévention de la maladie et de la promotion de la santé peuvent venir, dans le futur, renforcer ce travail de recension.

### **Recommandations pour la pratique**

Étant donné que les activités de prévention de la maladie et de promotion de la santé représentent une part importante du travail des infirmières et que les résultats contenus dans cette recension sont prometteurs en ce qui concerne la sensibilité de cet indicateur aux interventions de ces professionnelles, il apparaît important d'intégrer cet indicateur dans les tableaux de bord utilisés par les gestionnaires et les infirmières. Le libellé initial contenu dans le NCPF de cet indicateur doit être conservé, il intègre, sans les distinguer, les notions de prévention de la maladie et de promotion de la santé ce qui apparaît comme pertinent, eu égard aux résultats reflétés par la revue de littérature qui ne font pas état d'une distinction très marquée de ces deux concepts dans la pratique.

### **Recommandations pour la recherche**

En premier lieu, pour réaliser une analyse de consensus qui renforcerait les liens empiriques entre les interventions infirmières de nature préventive ou promotionnelle et les résultats, il faudrait disposer de plus d'études qui s'intéressent aux mêmes résultats, pour les mêmes interventions.

En ce qui concerne la recherche il serait intéressant de s'orienter vers d'autres liens entre l'indicateur prévention de la maladie et promotion de la santé et certains indicateurs structurels tels que le niveau de dotation des infirmières ou l'influence du niveau de formation et leurs répercussions sur la qualité des soins de préventions des maladies et de promotion de la santé. Dans la pratique, l'argument du manque de temps à disposition des infirmières est le plus souvent utilisé pour justifier l'absence de ces interventions de natures préventive et promotionnelle auprès des patients.

Il n'existe, à notre connaissance, pas non plus de recherches portant sur le lien entre l'exercice d'activités de nature préventive ou promotionnelle et la satisfaction professionnelle. En effet, on peut penser que des infirmières qui réalisent régulièrement des démarches de nature préventive ou promotionnelle éprouvent un sentiment d'accomplissement professionnel.

## Discussion

Une discussion et des recommandations ont été précédemment proposées, spécifiquement, pour chacun des quatre indicateurs étudiés dans ce travail. La discussion et les recommandations citées ci-dessous offrent une perspective plus large sur les indicateurs étudiés.

Les quatre indicateurs que sont l'évaluation et la planification des soins, la gestion des symptômes, la planification de congé et la prévention de la maladie et promotion de la santé, sont quatre indicateurs relevant de processus de soins. Dans le NCPF ces indicateurs sont situés dans le sous-système « Transformation des ressources en services ». Le travail de recension portait sur l'existence de liens empiriques entre les interventions infirmières en lien avec ces indicateurs et les répercussions de ces interventions sur des résultats de soins.

Pour ces quatre indicateurs de performance, l'ensemble des recensions regroupe en tout 42 études de synthèse constituées majoritairement d'études primaires de devis expérimentaux publiées il y a moins de 8 ans. En se référant à la hiérarchisation des preuves empiriques de l'université de Duke (2014) on peut constater que cette recension offre un bon niveau de preuves empiriques.

De manière générale les résultats issus de ces recensions sont significatifs et encourageants. Des liens empiriques ont pu être établis entre les indicateurs de la gestion des symptômes, la planification de congé, la prévention des maladies et la promotion de la santé, les itinéraires cliniques et certaines interventions infirmières en lien avec ces indicateurs. Ces liens présentent différents degrés de force empiriques et différentes limitations en fonction de chaque indicateur étudié.

Le premier indicateur traité dans ce travail, l'évaluation et la planification des soins présente des résultats contrastés en ce qui concerne sa sensibilité aux interventions infirmières. En effet le lien entre les interventions d'évaluation et les résultats n'a pas pu être établi empiriquement sur la base de ce travail. En ce qui concerne l'aspect de planification des soins, des liens ont été identifiés entre les itinéraires cliniques et des résultats de soins significatifs que sont la diminution des coûts, la diminution de la durée de séjour et la baisse de la mortalité. Il faut relever deux limitations concernant ces liens, d'une part les itinéraires cliniques ne représentent qu'un aspect spécifique de la planification des soins par les infirmières et non l'ensemble de cette activité. D'autre part les études qui composent cette

recension des écrits ne font pas consensus entre elles, ce qui limite la force de ces liens empiriques. Pour l'indicateur de gestion des symptômes, les résultats de la recension des écrits démontrent qu'il existe un lien empirique entre les interventions infirmières et l'amélioration des symptômes étudiés, à savoir la gestion de la douleur, de la fatigue, des nausées et vomissement, de la dyspnée et des mucosites buccales. Comme limitation, il est relevé que la nausée et les vomissements, la dyspnée et les mucosites buccales ne sont étudiés que dans des contextes de soins particuliers ou pour des patientèles spécifiques. Ces constatations impliquent qu'il est préférable que cet indicateur ne soit pas utilisé de façon générique, mais qu'il soit composé d'une liste de symptômes gérés de façon spécifique en fonction des besoins de chaque organisation de soins. Les résultats de la recension des écrits relèvent également que certaines interventions nécessitaient un apport de formation continue post grade. Cette observation n'est pas forcément à interpréter comme une limitation, elle peut être interprétée positivement, car elle laisse aux professionnels et aux gestionnaires une marge de progression possible. Ces derniers peuvent, en effet, intervenir sur la formation post grade des infirmières pour améliorer la performance de leurs actions de prévention et de promotion. En ce qui concerne l'indicateur de la planification de congé, des liens empiriques entre les interventions infirmières et des résultats ont été identifiés. Par ordre de consensus, on observe que la planification de congé influence significativement le taux de réhospitalisation et la durée de séjour, les liens entre cet indicateur et les couts, la qualité de vie et la durée de séjours en cas de réhospitalisation apparaissent moins consensuels et donc plus faibles, il est également fait mention de l'absence de lien entre la planification de congé et la mortalité. L'ensemble des études qui composent la recension des écrits étudient une patientèle de plus de 65 ans, ce qui implique que cet indicateur apparaît sensible aux interventions infirmières, sur la base de ce travail du moins, uniquement pour cette catégorie de patients. Pour l'indicateur de prévention de la maladie et de promotion de la santé, les résultats font mention de l'existence de liens entre certaines interventions infirmières de nature préventive ou promotionnelle et certains résultats de soins tel que : l'amélioration de la qualité de vie, la diminution des effets indésirables liés à l'obésité, une amélioration des comportements de santé chez les patients obèses ou les fumeurs, une augmentation de la qualité de vie et de la satisfaction des patients, une diminution de la mortalité, une diminution des réadmissions, de la durée de séjour, des couts et de certains effets indésirables comme les infections urinaires, les escarres et les chutes. En ce qui concerne les limitations, aucune analyse de consensus n'a pu être réalisée entre les études qui composent la recension des écrits, car elles ne se focalisaient pas sur les mêmes interventions ou sur les mêmes patients, ce qui rend le lien

empirique plus faible. On observe également que certaines formations spécifiques sont nécessaires pour exercer certaines interventions décrites dans les études. Comme nous l'avons déjà abordé, cet aspect ne représente pas forcément une limitation mais peut être perçu comme une piste d'amélioration possible de la performance. Les résultats révèlent également que la frontière entre la prévention de la maladie et la promotion de la santé n'est pas clairement définissable, ce qui implique que l'indicateur devrait rester composite et intégrer ces deux aspects sans différenciation.

En plus des limites recensées spécifiquement pour chaque indicateur, des limitations plus générales concernant ce travail sont à relever. En premier lieu, ce travail recense des données empiriques liées aux indicateurs de processus de soins dans le périmètre d'un travail de maîtrise, il n'a pas la prétention d'être totalement exhaustif, il existe d'autres études concernant d'autres aspects de ces indicateurs qui n'ont pas été recensés dans ce travail. En second lieu, il apparaît que les soins de santé mentale sont presque absents des études qui font état de liens empiriques entre les indicateurs de processus et les autres indicateurs de performance infirmière. Cette absence peut s'expliquer par le manque d'études qui font état des interventions de processus de soins en santé mentale et la mesure de leurs effets sur des résultats de soins. Les devis expérimentaux ou quasi expérimentaux qui constituent l'essentiel des preuves empiriques utilisées dans ce travail de recension des écrits ne sont pas très fréquents dans le milieu des soins de santé mentale qui, à priori, se reconnaît d'une tradition scientifique plutôt qualitative. Cette observation implique que les résultats de ce travail ne peuvent pas, en l'état, être transposés dans le milieu des soins de santé mentale. D'autres études, réalisées dans ce milieu, seraient nécessaires pour utiliser les indicateurs de processus de soins étudiés dans le milieu des soins de santé mentale.

À la lumière de ce travail, les indicateurs de processus de soins apparaissent comme des traceurs importants de la performance infirmière. Ils illustrent, comme le NCPF le met en évidence, la transformation des ressources (structures) en résultats de soins, ils sont les marqueurs de l'action des infirmiers gestionnaires et des infirmières sur le déploiement des actions infirmières et des résultats de soins que ce déploiement produit.

Les indicateurs de processus de soins peuvent également être associés à l'évaluation des capacités des gestionnaires à tendre vers la plus grande efficacité possible. Effectivement, le suivi des indicateurs de processus de soins est un véritable plaidoyer pour l'adoption de processus de soins basés sur des pratiques cliniques exemplaires. Les pratiques cliniques

exemplaires sont des lignes directrices de la pratique infirmière basées sur des résultats probants, ces lignes directrices soutiennent la pratique des soignants pour fournir les meilleurs soins possible (Dicenso et al., 2005). Comme nous l'avons observé dans les résultats, des processus de soins performants sont avec certaines nuances et spécificités, empiriquement liés à des résultats de soins. L'adoption de pratiques cliniques exemplaires apparaît donc comme un puissant levier d'intervention sur les indicateurs de processus de soins et ce, pour l'ensemble des indicateurs traités dans ce travail. Des pratiques cliniques ayant fait la preuve de leur efficacité influenceront positivement les indicateurs de processus traités dans ce travail.

Il faut toutefois garder à l'esprit que l'adoption de pratiques cliniques exemplaires n'est pas une modification de pratiques simple ou rapide. Selon plusieurs auteurs (Greenhalgh, Homitz & Maskrey, 2014 ; Boaz, Baeza & Frazer, 2011 ; Cullum et al., 2008), les soins basés sur des données probantes ne sont pas, loin s'en faut, une réalité constatée dans la pratique infirmière de tous les jours. Cette approche implique une modification profonde de la culture de travail, un grand investissement en temps ainsi que l'utilisation, adaptée à chaque contexte, de stratégies de transfert de connaissances ayant fait leurs preuves et menées par des administrateurs ou des cliniciens infirmiers formés à de hauts niveaux.

A terme, le gestionnaire peut, au travers du suivi de l'évolution de ces indicateurs de processus, clairement valoriser son travail et celui des infirmières, mais aussi trouver des arguments qui mettent en évidence ses efforts d'efficience, son professionnalisme et son leadership. Autant d'éléments qui le poussent à faire progresser la qualité et la sécurité des soins en articulant avec habileté ses ressources et son organisation de soins en vue d'obtenir des résultats de qualité par l'entremise d'amélioration de pratiques de soins sans recourir forcément à des réaménagements de structures importantes. Dans des contextes de limitations d'investissements financiers dans les structures de santé, l'action sur les processus de soins apparaît comme une des dernières options possibles pour augmenter la qualité des soins ou (re)motiver les professionnelles autour d'un réel projet d'amélioration des soins par l'adoption de pratiques cliniques exemplaires. Le suivi des indicateurs de processus peut représenter un excellent levier motivationnel pour soutenir les démarches de soins par les pratiques cliniques exemplaires. De plus, l'utilisation d'indicateurs de processus permet de réunir les professionnelles infirmières autour de projets d'amélioration des processus de soins. Le suivi de ces indicateurs permet, en effet, de cibler très précisément certaines faiblesses de processus de soins et d'initier des projets d'amélioration de la pratique de soins de manière précise et

adaptée aux besoins réels de la pratique clinique infirmière. Cette observation est importante, car une gestion de la performance basée sur les évolutions réelles de la qualité des soins dispensés est une gestion éclairée, qui utilise au mieux ses ressources et cible précisément les améliorations cliniques sur lesquelles l'organisation doit placer ses efforts. Pour illustrer ce propos, on peut imaginer qu'un gestionnaire et ses infirmières constatent une diminution de performance autour de la gestion d'un symptôme. L'ensemble de l'organisation pourra, sur la base du suivi de cet indicateur, initier des projets d'amélioration ciblés sur la gestion de ce symptôme. Il apparaît dès lors que le gestionnaire et les infirmières pilotent leurs organisations au plus près des réels besoins d'amélioration de la performance infirmière identifiée par les indicateurs. De plus, les infirmières peuvent également, à l'aide du suivi des indicateurs de performance, constater le retour sur l'investissement de ces efforts d'amélioration des pratiques de soins, ceci pour autant que les acteurs cliniques aient en permanence un accès aisé aux indicateurs de performance mesurés et suivis par l'organisation. On perçoit ici la force de motivation qui sous-tend l'utilisation d'indicateurs de performance infirmière adéquatement utilisés. (Cette discussion est schématisée dans l'annexe 2)

Pour la suite de ce travail, il est nécessaire que les indicateurs de processus traité ici se basent sur des outils de mesures ayant fait la preuve de leur solidité et que ces outils de mesures fassent l'objet d'un large consensus auprès des utilisateurs. C'est à cette condition seulement que les indicateurs de processus pourront être utilisés pour réaliser des comparaisons intra et inter organisationnelles et faire l'objet de communication auprès d'un large public.

### **Recommandations pour la pratique**

Sur la base des résultats de ce travail de recension, les indicateurs de processus de soins que sont la gestion des symptômes (composé d'une liste de symptômes spécifiques), la planification du congé, la prévention de la maladie et la promotion de la santé et les itinéraires cliniques doivent faire partie des tableaux de bord des gestionnaires et des infirmières. Il ne faut pas perdre de vue que la sensibilité de certains indicateurs aux interventions infirmières présentent différents degrés de forces empiriques, ce qui limite l'usage de certains indicateurs à certaines populations de patients ou certains contextes de soins.

Il apparaît également important d'initier ou de renforcer une transition de culture soignante vers l'utilisation de démarches de soins par les pratiques exemplaires de façon à faire évoluer positivement la performance infirmière et la qualité des soins. Les indicateurs de

performance précitées doivent être accessibles aux producteurs de soins que sont les infirmières pour que ces dernières puissent considérer les résultats produits par leurs interventions sur les processus de soins et engager si nécessaire des actions correctrices ciblées, précises et en phase avec les réels besoins de l'organisation.

### **Recommandations pour la recherche**

Sur la base de ce travail, il est possible de proposer quelques orientations pour des recherches futures en ce qui concerne l'étude des indicateurs de processus de soins. La première est de concentrer la recherche sur les mesures qui constituent les indicateurs de performance processuels, en mettant l'accent sur la solidité des outils de mesures et en obtenant un consensus le plus large possible des utilisateurs des indicateurs. L'objectif de cette démarche étant que les gestionnaires disposent d'outils de mesures cohérents et transversaux, qui permettent de réaliser une comparaison valide de performance entre les différentes organisations de soins.

Une autre orientation est de densifier la recherche au sujet des répercussions de l'évaluation et de la planification infirmière sur les résultats de soins. Cet aspect du travail infirmier occupe une large part du temps de travail des infirmières et reflète son rôle propre, sur lequel le reste des interventions est basé. Il apparaît important de pouvoir disposer rapidement de bases empiriques qui définissent précisément les répercussions de l'évaluation et de la planification des soins par les infirmières sur les résultats.

Enfin, des études sont nécessaires pour élargir le périmètre de certains symptômes, comme par exemple étudier la gestion d'autres symptômes par les infirmières, dans la perspective de disposer de plus de symptômes dont la gestion apparaît sensible aux interventions de ces dernières. Également, étudier plus largement les interventions de nature préventive ou promotionnelle et leurs répercussions permettrait d'élargir le périmètre concerné par cet indicateur.

### **Conclusion**

Le travail sur les indicateurs de performance infirmière liés aux processus de soins est un défi exigeant. À la complexité de l'évaluation de la performance, vient s'ajouter celle des indicateurs liés à la nature du soin elle-même. C'est le constat que fait également Brousselle et al. (2008). Les auteurs considèrent que l'étude de la performance est une problématique

divergente, qui a tendance à se complexifier à mesure des efforts placés dans son analyse et son approfondissement.

Un des aspects les plus intéressants de ce travail a été de mettre en évidence les éléments qui font apparaître au grand jour la participation essentielle des soins infirmiers dans l'organisation de soins. En mettant de l'avant ces aspects de transformation des ressources en services, on fait apparaître le soignant comme le point de pivot, au centre des processus et des résultats. Enfin, on remarque, à la fin de ce travail dirigé que les indicateurs de processus apparaissent comme les indicateurs sur lesquels les gestionnaires peuvent intervenir à leur niveau, sans forcément solliciter des investissements financiers de grande ampleur. Cette constatation est importante, car elle implique que le gestionnaire peut initier et piloter des améliorations de pratiques de soins qui auront un impact visible sur la qualité des soins.

Le gestionnaire serait plus enclin à utiliser les indicateurs de processus et les placer en regard des résultats pour justifier et parfois dénoncer une baisse d'investissements structurels et mettre en perspective une qualité des soins qui fluctue en fonction des investissements. Les indicateurs de processus génèrent une autre démarche, ils justifient de l'habileté des gestionnaires à utiliser leurs ressources au mieux, à déployer les forces soignantes de manière plus efficace et plus rationnelle pour produire des soins de qualité et également à motiver leur personnel autour d'un projet professionnel tel que l'adoption de pratiques cliniques exemplaires.

Les indicateurs de processus de soins portent en eux la promesse d'une gestion éclairée, d'un nouvel élan et d'une nouvelle visibilité pour les soins infirmiers.

## Références

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., . . . for the, R. N. Cast consortium. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *Lancet*. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62631-8
- American Nurses Association. (2000). *Nursing quality indicators beyond acute care : measurement instruments*. Washington, DC: American Nurses Pub.
- Astroth, K. S., Russell, C. L., & Welch, J. L. (2013). Non-pharmaceutical fatigue interventions in adults receiving hemodialysis: a systematic review. *Nephrology Nursing Journal*, 40(5), 407-427; 428.
- Ben-Aharon, I., Gafter-Gvili, A., Paul, M., Leibovici, L., & Stemmer, S. M. (2008). Interventions for alleviating cancer-related dyspnea: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 26(14), 2396-2404. doi: 10.1200/JCO.2007.15.5796
- Bernard, M. S., Hunter, K. F., & Moore, K. N. (2012). A review of strategies to decrease the duration of indwelling urethral catheters and potentially reduce the incidence of catheter-associated urinary tract infections. *Urologic Nursing*, 32(1), 29-37.
- Bertalanffy, V. (1968). *General system theory*. New York : Braziller.
- Boaz, Annette, Baeza, Juan, Fraser, Alec, & European Implementation Score Collaborative Group (EIS). (2011). Effective implementation of research into practice: an overview of systematic reviews of the health literature. *BMC*, 4.
- Brousselle, Astrid, Bibliothèque numérique canadienne & ebrary Inc. (2009). *L'évaluation concepts et méthodes*. Montréal Que.: Presses de l'Université de Montréal.
- Brown, D. S., Donaldson, N., Burnes Bolton, L., & Aydin, C. E. (2010). Nursing-sensitive benchmarks for hospitals to gauge high-reliability performance. *Journal for Healthcare Quality*, 32(6), 9-17. doi: 10.1111/j.1945-1474.2010.00083.x
- Bueno, M., Yamada, J., Harrison, D., Khan, S., Ohlsson, A., Adams-Webber, T., . . . Stevens, B. (2013). A systematic review and meta-analyses of nonsucrose sweet solutions for pain relief in neonates. *Pain Research and Management*, 18(3), 153-161.
- Burston, S., Chaboyer, W., & Gillespie, B. (2014). Nurse-sensitive indicators suitable to reflect nursing care quality: a review and discussion of issues. *Journal of Clinical Nursing*, 23(13-14), 1785-1795. doi: 10.1111/jocn.12337
- Carroll, D., & Bowsher, D. (1993). *Pain : management and nursing care*. Oxford ;Toronto: Butterworth-Heinemann.

- Chaboyer, W., Johnson, J., Hardy, L., Gehrke, T., & Panuwatwanich, K. (2010). Transforming care strategies and nursing-sensitive patient outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1111-1119. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05272.x
- Choi, M., & Hector, M. (2012). Effectiveness of intervention programs in preventing falls: a systematic review of recent 10 years and meta-analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(2), 188 e113-121. doi: 10.1016/j.jamda.2011.04.022
- Conférence Suisse des directeurs et directrices cantonaux de la santé et office fédéral de la santé publique. (2012). *Nouveaux modèles de soins pour la médecine de premier recours*. Rapport du groupe de travail de la CDS et de l'OFSP. Berne. Repéré à [www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)
- Cullum, Nicky, Ciliska, Donna, Marks, Susan, & Haynes, R. Brian. (2008). Chapter 1: An Introduction to Evidence-Based Nursing. In N. Cullum, D. Ciliska, R. B. Haynes & S. Marks (Eds.), *Evidence-based Nursing* (pp. 1-8). Oxford: Blackwell Publishing Ltd.
- Cummings, G. G., Olivo, S. A., Biondo, P. D., Stiles, C. R., Yurtseven, O., Fainsinger, R. L., & Hagen, N. A. (2011). Effectiveness of knowledge translation interventions to improve cancer pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(5), 915-939. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.07.017
- Dall, T. M., Chen, Y. J., Seifert, R. F., Maddox, P. J., & Hogan, P. F. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical Care*, 47(1), 97-104. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181844da8
- Dallred, C. V., Dains, J. E., & Corrigan, G. (2012). Nursing workforce issues: strategically positioning nurses to facilitate cancer prevention and control. *Journal of Cancer Education*, 27(2 Suppl), S144-148. doi: 10.1007/s13187-012-0326-3
- De Bleser, L., Depreitere, R., De Waele, K., Vanhaecht, K., Vlayen, J., & Sermeus, W. (2006). Defining pathways. *Journal of Nursing Management*, 14(7), 553-563. doi: 10.1111/j.1365-2934.2006.00702.x
- De Jong, A. E., Middelkoop, E., Faber, A. W., & Van Loey, N. E. (2007). Non-pharmacological nursing interventions for procedural pain relief in adults with burns: A systematic literature review. *Burns*, 33(7), 811-827.
- Deneckere, S., Euwema, M., Van Herck, P., Lodewijckx, C., Panella, M., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2012). Care pathways lead to better teamwork: results of a systematic review. *Social Science and Medicine*, 75(2), 264-268. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.02.060
- DiCenso, A., Guyatt, G., & Ciliska, D. (2005). *Evidence based nursing : a guide to clinical practice*. St. Louis, Mo. ; London: Mosby.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *JAMA*, 260(12), 1743-1748.

- Doran, D. (2011). *Nursing outcomes : the state of the science* (2nd ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Doran, D., Midon, B., & Clarke, S. (2011). Towards a national report card in nursing: a knowledge synthesis. *Canadian Journal of Nursing Leadership, 24*(2), 38-57.
- Dubois, C. A., D'Amour, D., Pomey, M. P., Girard, F., & Brault, I. (2013). Conceptualizing performance of nursing care as a prerequisite for better measurement: a systematic and interpretive review. *BMC Nurs, 12*, 7. doi: 10.1186/1472-6955-12-7
- Dussault, G., & Dubois, C. A. (2003). Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Human Resources Health, 1*(1), 1. doi: 10.1186/1478-4491-1-1
- East, C. E., Begg, L., Henshall, N. E., Marchant, P. R., & Wallace, K. (2012). Local cooling for relieving pain from perineal trauma sustained during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 5*, CD006304. doi: 10.1002/14651858.CD006304.pub3
- Eilers, J., & Million, R. (2011). Clinical update: prevention and management of oral mucositis in patients with cancer. *Seminars in Oncology Nursing, 27*(4), e1-16. doi: 10.1016/j.soncn.2011.08.001
- Fox, M. T., Persaud, M., Maimets, I., Brooks, D., O'Brien, K., & Tregunno, D. (2013). Effectiveness of early discharge planning in acutely ill or injured hospitalized older adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Geriatrics, 13*, 70. doi: 10.1186/1471-2318-13-70
- Gillespie, B. M., Chaboyer, W. P., McInnes, E., Kent, B., Whitty, J. A., & Thalib, L. (2014). Repositioning for pressure ulcer prevention in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 4*, CD009958. doi: 10.1002/14651858.CD009958.pub2
- Goedendorp, M. M., Gielissen, M. F., Verhagen, C. A., & Bleijenberg, G. (2009). Psychosocial interventions for reducing fatigue during cancer treatment in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD006953. doi: 10.1002/14651858.CD006953.pub2
- Gouvernement du Québec. 2011. Santé des populations et services de santé. Directeur de la santé publique de Montréal. Repéré à : [http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers\\_thematiques/services\\_preventifs/thematique/sante\\_des\\_populations\\_et\\_services\\_de\\_sante/strategies/definitions.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/thematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html)
- Greenhalgh, T., & Howick, J. (2014). Evidence based medicine: a movement in crisis? *BMJ, 348*.
- Griesser, A.-C., Wasserfallen, J.-B., Peytremann-Bridevaux, I., 2010. Les itinéraires cliniques sont-ils efficaces ? *Revue médicale de la Suisse Romande.* ; 6 ;

- Goldberg, G. R., & Morrison, R. S. (2007). Pain management in hospitalized cancer patients: a systematic review. *Journal of Clinical Oncology*, 25(13), 1792-1801. doi: 10.1200/JCO.2006.07.9038
- Graham, I. D., Logan, J., Harrison, M. B., Straus, S. E., Tetroe, J., Caswell, W., & Robinson, N. (2006). Lost in knowledge translation: time for a map? *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 26(1), 13-24. doi: 10.1002/chp.47
- Gurzick, M., & Kesten, K. S. (2010). The impact of clinical nurse specialists on clinical pathways in the application of evidence-based practice. *Journal of Professional Nursing*, 26(1), 42-48. doi: 10.1016/j.profnurs.2009.04.003
- Hackett, M. L., Anderson, C. S., House, A., & Halteh, C. (2008). Interventions for preventing depression after stroke. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD003689. doi: 10.1002/14651858.CD003689.pub3
- Harris, D. J., Eilers, J., Harriman, A., Cashavelly, B. J., & Maxwell, C. (2008). Putting evidence into practice: evidence-based interventions for the management of oral mucositis. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 12(1), 141-152. doi: 10.1188/08.CJON.141-152
- Heslop, L., & Lu, S. (2014). Nursing-sensitive indicators: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 70(11), 2469-2482. doi: 10.1111/jan.12503
- Jarvis, C. (2008). *Physical examination & health assessment* (5th ed.). St. Louis, Mo.: Saunders Elsevier.
- Joint Commission of American Health Organisation, 1999. Comprehensive accreditation manuel for hospitals Repéré à : <http://www.jointcommission.org/>
- Kane, R. L., Shamliyan, T. A., Mueller, C., Duval, S., & Wilt, T. J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12), 1195-1204. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181468ca3
- Koller, A., Miaskowski, C., De Geest, S., Opitz, O., & Spichiger, E. (2012). A systematic evaluation of content, structure, and efficacy of interventions to improve patients' self-management of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(2), 264-284. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.08.015
- Kurtzman, E. T., Dawson, E. M., & Johnson, J. E. (2008). The current state of nursing performance measurement, public reporting, and value-based purchasing. *Policy, Politics and Nursing Practice*, 9(3), 181-191. doi: 10.1177/1527154408323042
- Lambrinou, E., Kalogirou, F., Lamnisis, D., & Sourtzi, P. (2012). Effectiveness of heart failure management programmes with nurse-led discharge planning in reducing re-admissions: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 49(5), 610-624. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.11.002

- Lee, E. J., & Frazier, S. K. (2011). The efficacy of acupressure for symptom management: a systematic review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 42(4), 589-603. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2011.01.007
- Lee, J., Han, M., Chung, Y., Kim, J., & Choi, J. (2011). Effects of foot reflexology on fatigue, sleep and pain: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 41(6), 821-833. doi: 10.4040/jkan.2011.41.6.821
- Lodewijckx, C., Sermeus, W., Panella, M., Deneckere, S., Leigheb, F., Decramer, M., & Vanhaecht, K. (2011). Impact of care pathways for in-hospital management of COPD exacerbation: a systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(11), 1445-1456. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2011.06.006
- Markle-Reid, M., Browne, G., Weir, R., Gafni, A., Roberts, J., & Henderson, S. R. (2006). The effectiveness and efficiency of home-based nursing health promotion for older people: a review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63(5), 531-569. doi: 10.1177/1077558706290941
- Munroe, B., Curtis, K., Considine, J., & Buckley, T. (2013). The impact structured patient assessment frameworks have on patient care: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 22(21-22), 2991-3005. doi: 10.1111/jocn.12226
- Organisation Mondiale de la Santé, 1999. Glossaire de la promotion de la santé. Charte d'Ottawa. Repéré à : [http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho\\_glossary\\_fr.pdf](http://www.quebecenforme.org/media/1449/ho_glossary_fr.pdf)
- Pappas, S. H. (2008). The cost of nurse-sensitive adverse events. *Journal of Nursing Administration*, 38(5), 230-236. doi: 10.1097/01.NNA.0000312770.19481.ce
- Parsons, T. (1960). *Structure and process in modern societies*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- Pillai Riddell, R. R., Racine, N. M., Turcotte, K., Uman, L. S., Horton, R. E., Din Osmun, L., . . . Gerwitz-Stern, A. (2011). Non-pharmacological management of infant and young child procedural pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10), CD006275. doi: 10.1002/14651858.CD006275.pub2
- Popejoy, L. L., Moylan, K., & Galambos, C. (2009). A review of discharge planning research of older adults 1990-2008. *Western Journal of Nursing Research*, 31(7), 923-947. doi: 10.1177/0193945909334855
- Preyde, M., Macaulay, C., & Dingwall, T. (2009). Discharge planning from hospital to home for elderly patients: a meta-analysis. *Journal of Evidence Based Social Work*, 6(2), 198-216. doi: 10.1080/15433710802686898
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2013). *Développement et maintien du leadership infirmier: programme de lignes directrices pour la pratique exemplaire de soins infirmiers*, Evaluation et prise en charge de la douleur, 3<sup>ème</sup> édition Ontario: RNAO <http://rnao.ca>

- Rice, V. H., & Stead, L. (2006). Nursing intervention and smoking cessation: meta-analysis update. *Heart and Lung, 35*(3), 147-163. doi: 10.1016/j.hrtlng.2006.01.001
- Rothschild, J. M., Bates, D. W., Franz, C., Soukup, J. R., & Kaushal, R. (2009). The costs and savings associated with prevention of adverse events by critical care nurses. *Journal of Critical Care, 24*(3), 471 e471-477. doi: 10.1016/j.jcrc.2007.12.021
- Rotter, T., Kinsman, L., James, E., Machotta, A., Willis, J., Snow, P., & Kugler, J. (2012). The effects of clinical pathways on professional practice, patient outcomes, length of stay, and hospital costs: Cochrane systematic review and meta-analysis. *Evaluation and the Health Professions, 35*(1), 3-27. doi: 10.1177/0163278711407313
- Sargent, G. M., Forrest, L. E., & Parker, R. M. (2012). Nurse delivered lifestyle interventions in primary health care to treat chronic disease risk factors associated with obesity: a systematic review. *Obesity Reviews, 13*(12), 1148-1171. doi: 10.1111/j.1467-789X.2012.01029.x
- Schofield, P., O'Mahony, S., Collett, B., & Potter, J. (2008). Guidance for the assessment of pain in older adults: a literature review. *British Journal of Nursing, 17*(14), 914-918.
- Shepperd, S., Lannin, N. A., Clemson, L. M., McCluskey, A., Cameron, I. D., & Barras, S. L. (2013). Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 1*, CD000313. doi: 10.1002/14651858.CD000313.pub4
- Sylvester, A. M., & George, M. (2013). Effect of a Clinical Pathway on Length of Stay and Cost of Pediatric Inpatient Asthma Admissions: An Integrative Review. *Clinical Nursing Research, 23*(4), 384-401. doi: 10.1177/1054773813487373
- Tourangeau, A. E., Doran, D. M., McGillis Hall, L., O'Brien Pallas, L., Pringle, D., Tu, J. V., & Cranley, L. A. (2007). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing, 57*(1), 32-44. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04084.x
- Université de Duke, 2014. Introduction to evidence based practice. Repéré à : <http://guides.mclibrary.duke.edu/c.php?g=158201&p=1036068>
- Unruh, L., & Wan, T. T. (2004). A systems framework for evaluating nursing care quality in nursing homes. *Journal of Medical Systems, 28*(2), 197-214.
- Urquhart, C., Currell, R., Grant, M. J., & Hardiker, N. R. (2009). Nursing record systems: effects on nursing practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(1), CD002099. doi: 10.1002/14651858.CD002099.pub2
- Wente, S. J. (2013). Nonpharmacologic pediatric pain management in emergency departments: a systematic review of the literature. *Journal of Emergency Nursing, 39*(2), 140-150. doi: 10.1016/j.jen.2012.09.011

- Worthington, H. V., Clarkson, J. E., Bryan, G., Furness, S., Glenny, A. M., Littlewood, A., . . . Khalid, T. (2011). Interventions for preventing oral mucositis for patients with cancer receiving treatment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD000978. doi: 10.1002/14651858.CD000978.pub5
- Zhao, I., & Yates, P. (2008). Non-pharmacological interventions for breathlessness management in patients with lung cancer: a systematic review. *Palliative Medicine*, 22(6), 693-701. doi: 10.1177/0269216308095024

## **Annexes**

**Annexe 1** grille d'analyse des écrits

Code Article	
titre	
Date de parution	
Indicateur étudié	
a) Evaluation et planification des soins	
b) Gestion des symptômes	
c) Planification de congé	
d) promotion/prévention	
Devis	
A) Guidelines	
B) Revue de synthèses	
C) Méta-analyse	
D) Revue de littérature	
E) étude primaire	
Critères de rigueur	
a) Grand échantillon (n >150)	
b) Échantillon moyen (entre 100 et 150)	
c) Petit échantillon (n < 100)	
Etudes composant la synthèse	
N	
Devis majoritaire	

Devis complets (N)					
<b>Organisation de soins</b>					
a) Soins aigus					
b) Soins de 1 <sup>ère</sup> ligne ou communautaires					
c) Soins de longue durée					
<b>Preuves empiriques d'un lien entre l'indicateur et les:</b>					
<b>Indicateurs reliés à l'acquisition, au déploiement et à la maintenance des ressources infirmières (a)</b>		<b>Indicateurs reliés à la transformation des ressources infirmières en services infirmiers (b)</b>		<b>Indicateurs reliés à la production du changement des conditions des patients (c)</b>	
Nursing staff supply		Nursing process		Risk outcomes and safety	
Quantity/Intensity		Assessment, planning & evaluation		Falls	
Quality ( training, experience)		Problems & symptoms management		Injuries	
Skill mix		Promotion / Prevention		Medication management : errors and complications	
Patient classification systems		Hospital community integration/ discharge planning		Pulmonary infections	
Working conditions		Deployment of scope of practice		Pressure ulcers/skin integrity	
Physical facilities		Patient centrality in the nursing care delivery process		Urinary complications	
Material resources		continuity (reactivity, timeliness, coordination)		Intravenous infections	
Stability(Overtime/ agency nurses floatingnurses)		Patient/family involvement ( self-care/ information/education)		Abuses	

workload		responsiveness to patients' needs and expectations( communication, comprehensiveness)		Nosocomial infections (taken broadly)	
Staff maintenance		Nursing work environment		Failure to rescue	
Satisfaction at work		Nursing workenvironment characteristics ( perceived autonomy, role tension, collaboration)		Patient comfort and quality of life related to care	
Work-related accidents, injuries, illnesses		Professional satisfaction		Hygiene	
Retention / Turnover		Professional satisfaction		Physical and chemical restraints	
Absenteeism				Symptoms management (e.g. pain, nausea, dyspnoea, fever)	
Economic sustainability				Incontinence	
Cost of ressources				Comfort and quality of life ( taken broadly)	
Cost per case-mix or patient-day				Patient empowerment	
				Ability to achieve appropriate self-care	
				adoption of health-promoting behaviours	
				Patient functional status	
				Physical functional capacity	
				Cognitive and psychosocial functional capacity	
				Functional capacity ( taken broadly)	

				Recovery of initial health status	
				Nutritional status	
				Patient satisfaction	
				Patient satisfaction / complaints	
				Joint contribution of nursing with other care systems	
				Hospital mortality	
				Readmissions	
				Length of stay	
				Other complications related to care interventions	

