



Université de Montréal

**Modèles organisationnels et compétences infirmières en  
gestion de lits**

par Marc-André Rainville

Faculté des sciences infirmières

Travail dirigé présenté  
en vue de l'obtention du grade de maître  
en sciences infirmières  
option administration des services infirmiers

Juin 2016

© Marc-André Rainville, 2016

## Résumé

**Problématique :** La gestion de lits est un processus complexe dans tous les centres hospitaliers en raison d'une multitude d'acteurs, d'objectifs et de besoins venant rendre plus ardu un processus déjà compliqué. Le leader de ce processus, souvent un infirmier, est le coordonnateur en gestion de lits. Cette ressource humaine fait appel à plusieurs compétences spécifiques, dont la pratique avancée de l'infirmier. Ce travail dirigé présente l'état des connaissances relatif aux différents modèles organisationnels de gestion de lits en centre hospitalier, ainsi que les compétences infirmières requises qui sont considérées par la littérature. Plus précisément, les objectifs sont d'identifier et d'analyser les modèles organisationnels de gestion de lits, d'identifier les compétences requises et d'évaluer la valeur ajoutée de la pratique avancée de l'infirmier.

**Méthode :** Le repérage des articles a été effectué à partir de la littérature grise et des bases de données Pubmed, Embase, Embase reviews, Cinahl et Medline. Un total de 43 articles a été retenu et analysé selon des grilles de lecture adaptées par S. Simard à partir de deux ouvrages de référence (Davies, Coutu-Walkulczyk et Logan, 2011; Law et coll., n.d.)

**Résultats :** La recherche dans la littérature a permis de découvrir quatre modèles de gestion de lits. Une analyse de ces différents modèles de gestion de lits permet de conclure que le modèle de Proudlove est supérieur aux autres modèles découverts. La recherche a aussi permis de découvrir plusieurs compétences infirmières spécifiques à la gestion de lits. Une analyse a permis de croiser les compétences de la littérature avec un référentiel universitaire de compétences en pratique avancée de l'infirmier. Les compétences particulièrement présentes étant celle du leadership et celle du partenariat.

**Conclusion :** Ce travail propose une recommandation organisationnelle afin d'optimiser la gestion de lits en centre hospitalier. Aussi, un cadre conceptuel embryonnaire est proposé afin d'orienter les futures recherches sur les compétences infirmières en gestion de lits.

**Mots-clés :** Gestion de lits, compétences, soins infirmiers

## **Abstract**

**Problematic :** Bed management is a complex process in each hospital center because of many actors, objectives and needs that make even more difficult an already complicated process. The leader of this process, often times a nurse, coordinates bed management. This person makes use of many specific competencies, such as a nurse in advanced practice. This directed study shows the knowledge state related to different organisational models in bed management as well as the required competencies of nurses, as shown in the literature. More specifically, the objectives are to identify and analyse organisational models of bed management, to identify the required competencies and evaluate the added value of advance practice of nurses.

**Method :** The pinpointing of articles was done using grey literature and the following data bases : Pubmed, Embase, Embase reviews, Cinahl et Medline. A total of 43 articles were chosen and analysed based on S. Simard's reading guideline on the basis of two reference books (Davies, Coutu-Walkulczyk et Logan, 2011; Law et coll., n.d.).

**Results :** The literature allowed us to discover four bed management models. Analyses of these different models allowed us to conclude that Proudlove' model is the best one. Research also underlined many nurse competencies specific to bed management including leadership and partnership. An analysis enabled us to cross competencies in the literature with a university repository of competencies in advanced practice in nursing

**Conclusion :** This work proposes an organisational recommendation to optimize bed management in hospital centers. We propose an embryonic conceptual framework to focus future research on nurse competencies in bed management.

**Keywords :** Bed Management, Competency, Nursing

# Table des matières

Résumé.....	i
Abstract.....	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures.....	vi
Liste des sigles.....	vii
Remerciements.....	ix
Introduction.....	1
Chapitre 1 - Problématiques et buts de l'étude.....	2
Contexte.....	2
Le coordonnateur à la gestion de lits : définition et rôle au Québec.....	3
Le coordonnateur à la gestion de lits : définition et rôle dans la littérature.....	5
Problématique.....	5
Objet du questionnement.....	7
Cadre de référence.....	7
Contribution à la pratique infirmière et à la recherche en sciences infirmières.....	8
Chapitre 2 - La méthode de recherche documentaire.....	10
Démarche de recherche documentaire.....	10
Bases de données consultées.....	10
Mots-clés choisis.....	10
Critères d'inclusion et d'exclusion.....	11
Nombre d'écrits répertoriés.....	11
Deuxième étape de recherche dans la littérature.....	12
Méthode d'analyse utilisée.....	13
Chapitre 3 - Recension et analyse critique des écrits.....	14
Modèles organisationnels en gestion de lits.....	14

Modèle de Proudlove .....	14
Modèle de Waring et Alexander .....	17
Modèle générique de gestion de lits selon la méthode de simulation Monte Carlo .....	19
Modèle d'amélioration de processus de planification de congé en milieu hospitalier .....	21
Analyse critique des modèles.....	23
Compétences requises en gestion de lits.....	26
Référentiel de compétences : pratique avancée en sciences infirmières.....	27
Analyse des compétences requises en gestion de lits .....	34
Conclusion de la recension de la littérature .....	36
Chapitre 4 : Propositions.....	37
Recommandation d'une stratégie organisationnelle .....	37
Proposition d'un cadre conceptuel des compétences infirmières en gestion de lits. ....	37
Chapitre 5 : Discussion .....	40
Limites et forces.....	40
Recommandation pour la pratique infirmière .....	41
Conclusion .....	42
Bibliographie.....	i
Annexe 1 – Documents consultés.....	i
Annexe 2 - Stratégies de recherche originales AVANT retrait des doublons .....	x
Annexe 3 - Documents trouvés dans les bases de données soumis à la lecture complète .....	xvii
Annexe 4 - Grilles de lectures utilisées.....	xxiv
Grille de lecture pour étude de type quantitative .....	xxiv
Grille de lecture pour étude de type qualitative .....	xxviii

## Liste des tableaux

Tableau 1 : Dimensions fondamentales de la gestion de lits .....	24
Tableau 2 : Compétence en gestion de lits.....	35

## Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche documentaire .....	12
Figure 2 : Admission-Placement-Stay-Discharge Bed Management Framework .....	14
Figure 3 : Modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) .....	16
Figure 4 : Modèle de Waring et Alexander (2015).....	17
Figure 5 : Modèle de Liu (2012).....	20
Figure 6 : Modèle de Khurma (2009) .....	22
Figure 7 : Cadre conceptuel de gestion des lit de Rainville (2016) .....	38

## Liste des sigles

CHUM :	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
DSP:	Directeur des services professionnels
NCHUM:	Nouveau Centre hospitalier de l'Université de Montréal
OIIQ :	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
UdeM :	Université de Montréal



## Remerciements

Je souhaite tout d'abord remercier ma directrice de recherche, Mme Roxane Borgès Da Silva, pour ses judicieux conseils et nos nombreux échanges sur mon travail dirigé. Je remercie également M. Carl-Ardy Dubois, membre du jury, pour l'intérêt qu'il a porté à ce travail.

Une personne m'a été d'une aide particulièrement précieuse pendant ce travail dirigé. Sans son aide, la tâche aurait été plus complexe. Je veux donc remercier Daniela Ziegler, bibliothécaire au CHUM pour sa collaboration.

De nombreux collègues ont croisé mon chemin durant ce parcours de maîtrise. Nos nombreuses discussions et le partage de nos expériences respectives resteront d'une valeur inestimable.

Des remerciements sincères aux membres de ma famille et amis; merci, pour votre soutien et votre compréhension pendant toutes ces années.

Ensuite, merci à Stéphane, pour son écoute et sa disponibilité durant les périodes plus difficiles. Tes conseils auront fait la différence, et ce, aux moments opportuns.

Finalement, un remerciement tout particulier à mon conjoint Simon-Pierre pour tous ces moments d'amour véritable qui sont une source de joie constante.

## **Introduction**

L'optimisation du réseau de la santé est un sujet d'actualité internationale. Tous les processus sont étudiés dans le but d'être optimisés. Le processus de gestion de lits est un processus important dans les soins hospitaliers. Au cœur de ce processus complexe se trouve un acteur clef qui est le coordonnateur en gestion de lits. Ce chef d'orchestre est responsable de maximiser l'utilisation des lits du centre hospitalier. Dans le contexte actuel du réseau de la santé, cet acteur est responsable, par les restructurations et les fusions d'établissement d'améliorer la performance en gestion de lits. Le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) n'échappe pas à ces restructurations et vit lui aussi un grand changement. En effet, le CHUM verra sa structure organisationnelle changée dans un avenir prochain. La transition vers le Nouveau Centre hospitalier de l'Université de Montréal (NCHUM) est entamée. Ce déménagement apporte avec lui plusieurs défis organisationnels et offre l'occasion d'analyser en profondeur et d'harmoniser le modèle de gestion de lits et les compétences des acteurs impliqués dans ce processus.

# Chapitre 1 - Problématiques et buts de l'étude

## Contexte

À l'automne 2016, le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) verra son histoire franchir une étape importante. Les ressources des trois établissements actuels du CHUM, soit l'Hôtel-Dieu, l'Hôpital Notre-Dame et l'Hôpital St-Luc seront réunies dans un nouvel hôpital. Le nouveau CHUM (NCHUM) sera un centre hospitalier d'une superficie de 268 000 m<sup>2</sup>. Il est considéré comme un des plus grands centres hospitaliers universitaires (CHU) en Amérique du Nord. Le NCHUM comptera 772 chambres individuelles, 334 salles d'examen, un bloc opératoire comprenant une quarantaine de salles d'opération et 26 unités d'hospitalisation. Cette réalité contraste avec la situation actuelle du CHUM qui est constitué de trois sites qui cumulent respectivement 439, 329 et 244 lits d'hospitalisation et comporte une division au sein des spécialités médicales. Par exemple, les cas de cardiologie sont concentrés à l'hôpital Hôtel-Dieu, les cas de neurochirurgie sont essentiellement à l'hôpital Notre-Dame et les cas de chirurgie hépatobiliaire se font exclusivement sur le site St-Luc. C'est pourquoi plusieurs transferts intersites sont nécessaires afin d'hospitaliser un patient dans un lit de la spécialité requise.

Le transfert du patient est un aspect crucial, mais souvent invisible de flux de travail dans un hôpital. Le transfert d'un patient est défini par Abraham (2010) comme le mouvement d'un patient de l'emplacement A vers l'emplacement B. Le processus de transfert du patient correspond à la fois au « mouvement de patients entre deux emplacements physiques, et au mouvement du patient entre deux équipes de soins au sein d'une même organisation ». Ce processus dépend de la bonne circulation de l'information entre les différents départements afin d'allouer les bonnes ressources au patient. Les activités de transfert de patients correspondent entre autres à trouver un lit dans le service approprié, à échanger les informations cliniques entre les départements expéditeurs et receveurs et, finalement, à organiser les services de transport et d'entretien ménager avant le mouvement physique du patient. Ces activités doivent être coordonnées pour maintenir la continuité des soins et assurer la sécurité des patients au cours de leur séjour à l'hôpital (Abraham, 2010).

Pour coordonner ce processus organisationnel, le CHUM a actuellement besoin de trois gestionnaires de lits, soit un par site. Le gestionnaire de lits doit détenir des compétences en coordination organisationnelle qui est définie comme suit dans la littérature (Abraham, 2010) :

- l’influence mutuelle des processus de travail de deux ou de plusieurs acteurs organisationnels pour atteindre un certain objectif;
- la recherche de cohérence entre les objectifs organisationnels, les gens qui font le travail, les modes de division du travail et la coordination interunités;
- l’apport de tout le monde avec un aperçu du comportement de tous, afin que chaque individu puisse prendre les bonnes décisions;
- la réalisation de l’intégration entre les différentes parties d’une organisation, grâce à des processus d’information et de poursuites des objectifs communs.

### **Le coordonnateur à la gestion de lits : définition et rôle au Québec**

Selon le MSSS (2006, 190), le rôle de coordonnateur à la gestion de lits :

« peut être assumé par le directeur des services professionnels (DSP), le DSP adjoint, le coordonnateur médical de l’urgence ou un infirmier gestionnaire. Dans les établissements où ce mandat n’est pas confié à un médecin, il est important que le DSP ou un médecin désigné travaille en tandem avec cette personne et la soutienne dans ses décisions. »

Au CHUM, ce rôle de la direction des services professionnels (DSP) est actuellement assuré par des infirmiers gestionnaires.

Le responsable de la coordination des lits au CHUM agissant sous l’autorité du directeur des services professionnels est le coordonnateur à la gestion de lits. Cette personne travaille en étroite collaboration avec les membres de la Direction des services professionnels et des mécanismes d’accès, la Direction des soins infirmiers et des regroupements clientèles et les représentants des autres directions pour assurer l’application des politiques relatives à la gestion de l’achalandage de l’urgence et de la durée de séjour.

« [Le coordonnateur] veille à la coordination des admissions, des transferts, des séjours et des congés en favorisant l’interaction entre les différents intervenants, la fluidité des services dans les unités de soins et les interventions contribuant [entre autres] à désencombrer l’urgence. » MSSS, 2006, 190)

Au CHUM, le coordonnateur à la gestion de lits doit détenir une maîtrise en sciences infirmières ou un baccalauréat en sciences infirmières ou en sciences pertinent à la fonction avec une expérience significative et être un membre en règle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

Au CHUM, cet infirmier effectue plusieurs activités de gestion clinico-administrative. Elles sont énoncées dans la description de fonction du coordonnateur (CHUM, 2011). Le coordonnateur à la gestion de lits doit s'assurer de prendre des décisions qui respectent les politiques relatives à la gestion de l'achalandage des urgences et la durée de séjour. Par exemple, la cible ministérielle pour la durée moyenne de séjour sur civière à l'urgence est de moins de douze heures, et le pourcentage de patients ayant un séjour de plus de 48 heures doit tendre vers 0 %. Le coordonnateur doit influencer deux autres indicateurs de santé en lien avec la performance organisationnelle de l'établissement : le pourcentage de congé avant 11 h et le pourcentage de congé avant 14 h. Ces pourcentages devraient être respectivement de 50 % et de 75 %. Pour atteindre ces objectifs ministériels, le coordonnateur doit faire le suivi des durées moyennes de séjour en s'assurant de faire une planification précoce et de coordonner de façon optimale les congés en collaboration avec les médecins traitants, les infirmiers de liaison, les infirmiers assistant-infirmier-chef des étages, les professionnels de réadaptation et avec tout autre membre de l'équipe interdisciplinaire. Ces tâches doivent être accomplies de façon sécuritaire en tenant compte des notions d'éthique, des principes de qualité, de sécurité et de gestion des risques transmis par le CHUM. Un des objectifs principaux du coordonnateur est de contribuer à maintenir l'accessibilité aux soins et aux services au sein de l'établissement hospitalier. Le coordonnateur à la gestion de lits, en plus de présider la réunion quotidienne de gestion de lits, assure les suivis et les décisions nécessaires en rapport avec la gestion de lits et des activités de soins et services infirmiers. Il fait le lien avec les autres services en vue d'accélérer les congés et les transferts si les démarches des unités ont été infructueuses. Il assure les liens avec le service d'accueil lors de transferts complexes, il conseille la représentante du service d'accueil lors de certaines situations cliniques, il consulte le service de prévention des infections et les coordonnateurs d'activités et assure le suivi nécessaire, s'il y a lieu. Finalement, il fait le lien avec les représentants des autres directions lors de situations problématiques.

## **Le coordonnateur à la gestion de lits : définition et rôle dans la littérature**

La définition et le rôle du coordonnateur à la gestion de lits dans la littérature sont similaires à celle du CHUM. Le rôle essentiel du coordonnateur à la gestion de lits repose sur la gestion de l'utilisation des lits de l'établissement. Proudlove et Jorgensen (2007) expliquent que « la gestion de lits est un domaine de l'administration des services infirmiers qui s'est considérablement étendu au cours de la dernière décennie » [traduction libre]. L'auteur expose aussi que le rôle au quotidien du gestionnaire de lit est complexe et stressant, puisqu'il implique une négociation constante avec plusieurs types de personnels distincts qui, à leur tour, font appel à des acteurs internes et externes à l'établissement. Ce rôle demande aussi de pouvoir jongler avec des demandes concurrentes pour la même ressource, soit le lit. Le coordonnateur à la gestion de lits collabore au bon fonctionnement des processus d'admission et de départ de l'ensemble des patients hospitalisés sur son site. Les compétences nécessaires à son rôle seront étudiées dans le cadre de ce travail dirigé.

## **Problématique**

La fusion des sites du CHUM en un seul établissement de santé ne permettra pas de conserver la forme actuelle de gestion de lits. On perçoit actuellement des divergences et des lacunes importantes sur les différents sites du CHUM. Une des sources principales de divergence vient du fait que le modèle de gestion des lits de chaque site est individu-dépendant. Depuis ses débuts, les principes de gestion de lits se sont développés au cours du temps dans chacun des sites de manière indépendante et sans coordination entre les trois sites. Chaque site possède des particularités propres à ses unités de soins. Chaque coordonnateur a mis en place au cours des années, les principes généraux de gestion des lits en les adaptant à son site. Le CHUM dispose donc de trois modèles de gestion des lits différents et non uniformes dans ses trois sites. L'outil informatique de gestion de lits, Visibilité, n'est pas utilisé de façon uniforme sur les trois sites. Certaines fonctions ne semblent pas être connues de plusieurs utilisateurs. Il n'a pas toujours été optimisé tant pour l'efficacité que pour la qualité. Le logiciel n'est pas utilisé par l'ensemble du personnel de l'établissement y compris les cliniciens (infirmiers, médecins, gestionnaires) et les non-cliniciens (préposés à l'entretien

ménager). En somme, l'utilisation du logiciel de gestion de lits n'est pas pleinement ancrée dans les pratiques des différents acteurs du CHUM.

Les rencontres de gestion de lits quotidiennes varient de façon importante dans chacun des sites. Ces rencontres sont l'occasion pour les chefs d'unités, le coordonnateur à la gestion de lits, le commis à la gestion de lits, l'équipe de travailleurs sociaux et certains cogestionnaires de dresser ensemble un portrait de la situation en début de journée. Il s'agit du forum utilisé pour faire la planification stratégique des patients entrant et sortant de l'hôpital. Dans ces rencontres, les éléments suivants sont discutés : le nombre de patients en attente d'un lit à l'étage en provenance de l'urgence, le nombre de chirurgies électives à venir, le nombre de congés prévus ou officiels dans chaque département de l'hôpital. Le manque de standardisation des rencontres et des informations recueillies diminue la valeur ajoutée de ces rencontres. Une réflexion sur la forme qu'elles doivent prendre afin d'optimiser la coordination est nécessaire.

- Actuellement, le CHUM fait face à une sous-utilisation du champ de pratique des assistants infirmiers-chef d'unité, ce qui engendre une surcharge de travail pour le coordonnateur à la gestion de lits. Il ne s'agit ici que d'un exemple de goulot d'étranglement.

En plus de tous ces éléments concernant les processus de gestion de lits, plusieurs nouveaux éléments de structure augmenteront la complexité de la gestion de lits au NCHUM. Le NCHUM sera un système jeune, sans expérience. L'ensemble des structures sera mis à l'essai pendant le printemps 2017 au moment de l'ouverture du centre hospitalier. Dans le NCHUM, il n'existe pas d'espace pour des patients en surnuméraire, et donc aucun espace de débordement. L'ensemble des 772 chambres individuelles est zoné et n'est pas conçu pour être dédoublé. Le nombre de lits de soins intensifs sur un même site risque de compliquer la gestion de lits. En effet, le NCHUM comptera 66 lits de soins intensifs, ce qui représente une augmentation importante considérant que la plus grosse unité de soins intensifs du CHUM comporte actuellement 20 lits. De plus, le NCHUM sera un hôpital à dominance chirurgicale par rapport à la situation dans les trois sites du CHUM actuel. Moins de lits de médecine seront disponibles dans le NCHUM comparativement au CHUM actuel. Ce zonage apportera une perte nette d'espace pour les patients hospitalisés en médecine provenant entre autres de l'urgence. L'ensemble de ces éléments apportera une plus grande pression à la gestion optimale des lits.

Dans sa thèse de doctorat, Abraham (2010) a examiné la coordination comme élément du travail collaboratif dans les organisations. Elle a découvert certains conflits intra et interdépartements qui se traduisent par un besoin de coordination. Elle a aussi mis en lumière que de ne pas adresser ces conflits peut se traduire par une mauvaise performance, une augmentation des erreurs et par un coût de coordination plus élevée.

Considérant que non seulement les lieux physiques sont différents, considérant qu'il existe actuellement trois modèles différents de gestion des lits au CHUM et considérant plusieurs lacunes aux processus actuels de gestion de lits, il apparaît clair que de maintenir le statu quo pour le NCHUM puisse être difficile et qu'une réflexion sur le modèle de gestion de lits s'impose afin que ces questions soient adressées. La recherche d'un modèle harmonisé de gestion des lits apporte avec lui une réflexion sur les compétences que devrait posséder le coordonnateur à la gestion des lits afin qu'il puisse pleinement procéder à une gestion des lits efficace et optimale. Ainsi, en plus d'une réflexion sur le modèle de gestion des lits, une réflexion sur les compétences standardisées en gestion des lits s'impose.

Finalement, il importe que le coordonnateur à la gestion de lits au NCHUM puisse contribuer plus activement à la performance organisationnelle et non pas seulement à faire du « *bed finding, and firefighting once a crisis is occurring* ». (Proudlove, Gordon et Boader, 2003)

## **Objet du questionnaire**

À la lumière de la problématique, il importe d'établir, par ce travail dirigé l'état des connaissances relatif au modèle de gestion de lits en centre hospitalier. Plus précisément, les objectifs de ce travail dirigé sont :

- d'identifier et d'analyser les modèles organisationnels de gestion de lits à partir de la littérature;
- d'identifier les compétences requises en gestion de lits

## **Cadre de référence**

Particulièrement pour la seconde partie de ce travail dirigé, et considérant que la présente recherche est de type exploratoire, le cadre d'analyse de ce travail dirigé s'est appuyé sur le cadre de référence des compétences en pratiques avancées de l'infirmier. Le référentiel de

compétences à la maîtrise de la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal (UdeM) a été utilisé (Faculté des sciences infirmières, 2014). Ce modèle s'appuie sur le modèle humaniste UdeM et vise la formation d'infirmière en pratique avancée laquelle concerne la promotion de la santé, la qualité des soins et des services et le développement de pratiques et de connaissances en sciences infirmières. Par l'approfondissement de ses connaissances, l'infirmier en pratique avancée est appelé à intervenir de façon scientifique, systématique et multifactorielle auprès des personnes/familles/communautés/populations, auprès des autres professionnels et des organisations.

Les compétences du référentiel ont été inspirées des travaux de Hamric, Spross et Hanson (2014). Le référentiel met l'accent sur six compétences :

1. exercer une pratique infirmière contribuant à la santé des personnes/familles/communautés/populations;
2. soutenir les apprentissages en milieu de pratique;
3. s'engager dans des recherches scientifiques, disciplinaires et interdisciplinaires de même que dans des activités d'intégration des connaissances dans la pratique;
4. exercer un leadership infirmier;
5. établir des partenariats en vue d'une collaboration centrée sur la santé et les soins des personnes/familles/communautés/populations;
6. promouvoir un environnement dans lequel les professionnels sont sensibles aux problématiques éthiques avec les personnes/familles/communautés/populations et autres professionnels.

C'est donc à partir de ce cadre de référence que la littérature a été analysée.

## **Contribution à la pratique infirmière et à la recherche en sciences infirmières**

Ce travail de recherche contribue à la pratique infirmière en valorisant le rôle de l'infirmier gestionnaire dans l'optimisation de la performance organisationnelle par une gestion infirmière des lits de l'établissement. Comme Proudlove et Jorgensen (2007) l'affirment, la gestion de lits d'un établissement de santé est un domaine des sciences infirmières qui prend de l'ampleur depuis les années 2000.

Ce travail vise aussi l'avancement de la recherche en sciences infirmières afin de mieux connaître la gestion de lits en administration des services infirmiers, gestion qui est pourtant au cœur des activités d'un centre hospitalier.

Finalement, le *momentum* créé par l'ouverture du Nouveau Centre hospitalier de l'Université de Montréal représente une fenêtre d'opportunité exceptionnelle et unique afin de proposer des recommandations sur le modèle de gestion de lits et sur les compétences associées.

## **Chapitre 2 - La méthode de recherche documentaire**

### **Démarche de recherche documentaire**

Par définition la recherche documentaire est l'ensemble des étapes permettant de chercher, identifier et trouver des documents relatifs à un sujet par l'élaboration d'une stratégie de recherche. Dans un contexte de surabondance d'information et de diversité de ses supports, les processus de recherche documentaire et de validation requièrent la mise en application d'une méthodologie efficace (Salmi, 2012).

### **Bases de données consultées**

Les bases de données qui ont été interrogées sont : Pubmed, Embase, Embase reviews, Cinahl et Medline. La construction des équations de recherche a été réalisée avec l'aide de la bibliothécaire du CHUM. Google Scholar a été utilisé pour les recherches dans la littérature grise.

### **Mots-clés choisis**

La stratégie de recherche s'est basée sur trois grands thèmes ou concepts-clés qui ensemble permettent de circonscrire le sujet du présent travail dirigé. Les stratégies de recherche pour chacune des bases de données sont présentées à l'annexe 2.

Le premier terme utilisé et développé dans le vocabulaire libre et contrôlé est le terme « bed management ». Ce terme se décline en introduisant plusieurs facettes. Ainsi, on retrouvera dans ce thème les articles traitant de la gestion de lits, de la durée de séjour et du transfert des patients, en plus de trouver les articles portant sur les notions d'efficience, de performance, de coût et d'administration.

Le deuxième concept est le concept de « compétence ». Ce concept développé lui aussi dans un vocabulaire libre et contrôlé apportera tous les articles concernant les principaux éléments de compétence en incluant les notions de *proficiency* et d'expertise.

Finalement, le troisième élément inclu dans la recherche documentaire est le terme *nursing*. Dans cette partie de la recherche documentaire, on inclut toutes les déclinaisons du concept infirmier qui inclut les termes infirmier gestionnaire et infirmier administrateur.

### **Critères d'inclusion et d'exclusion**

La recension des écrits a été circonscrite aux articles publiés en français et en anglais entre 2005 et 2015. À partir de la méthode boule de neige, d'autres articles ont été intégrés à notre recherche quand ils étaient pertinents.

La littérature présentant le concept de *Bed Management* sur des unités à vocation spécifique ou unique a été exclue afin de conserver l'aspect global de l'établissement dans ce présent travail dirigé. Cependant, puisque le département de l'urgence semble intimement lié au concept de gestion de lits et qu'il comporte une composante transversale à l'établissement, il a été ultimement convenu d'inclure la littérature le concernant. Il a donc été convenu d'inclure la littérature comportant les thèmes : « *emergency*, urgence, *emergency & accident* ».

### **Nombre d'écrits répertoriés**

En combinant les trois concepts de la recension de la littérature, nous avons obtenu en octobre 2015 un total de 805 articles scientifiques répondant aux critères initiaux d'inclusion. À cela, nous avons ajouté cinq (5) articles relevant de la littérature grise, ainsi le nombre total brut d'articles est de 810. Après lecture des titres et des résumés et en considérant les critères d'inclusion, trois (3) articles de la littérature grise ont été exclus. De la même façon, en appliquant les critères d'inclusions et en retirant les articles ne portant pas directement sur le sujet du présent travail dirigé, 766 articles ont été exclus de la recension. Toute la littérature portant sur le mobilier a été retirée. Plusieurs articles concernant l'impact du mobilier (*lit/bed*) sur les complications de l'hospitalisation. Aussi, toute la littérature concernant la gestion de l'épisode de soins concernant une chirurgie particulière a été exclue.

C'est donc un total de 41 résumés d'articles qui seront recherchés et soumis à une lecture complète afin de déterminer si le texte est conforme aux objectifs du travail dirigé. La figure 1 résume la recherche documentaire.

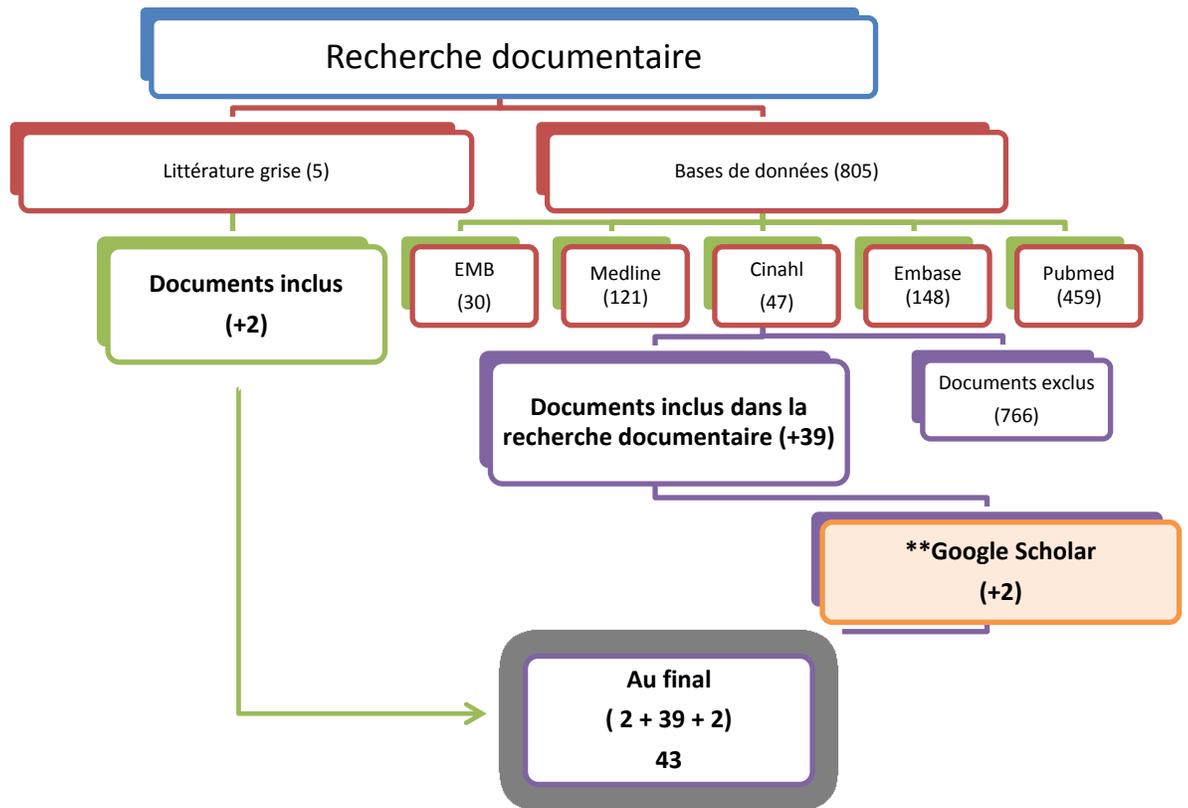


Figure 1 : Diagramme de flux de la recherche documentaire

## Deuxième étape de recherche dans la littérature

Tel que présenté dans le diagramme de flux, il a été nécessaire dans un second temps de réutiliser Google Scholar afin d'explorer les articles qui avaient comme référence les deux auteurs clés de la recension primaire. La boîte comportant les \*\* du diagramme de flux fait référence à la recherche de littérature reliée à l'article principal de Proudlove et à la thèse de Abraham dans Google Scholar. L'article de Proudlove et Jorgensen (2007) était cité dans 27 articles. La thèse d'Abraham (2010) était pour sa part reliée dans Google Scholar à 101 autres articles en décembre 2015. Ainsi, les articles qui citaient Proudlove et Abraham ont été explorés plus en détail afin d'accroître la portée de la recherche de la littérature. Un nouveau filon de littérature a, par cette opération, été découvert, c'est-à-dire celui de l'ingénierie des

systemes de santé. Cette littérature contient principalement des recherches portant sur la création de modèles de génie industriel et mathématique.

## **Méthode d'analyse utilisée**

Le principal outil qui a été utilisé dans le cadre de ce travail dirigé afin de guider l'analyse critique des écrits retenus après lecture complète est une grille de lecture. La grille de lecture utilisée dans ce travail dirigé est celle adaptée par S. Simard à partir de deux ouvrages (Davies, Coutu-Walkulczyk et Logan, 2011; Law et coll., n.d.). Cet outil permet une analyse complète des différents articles scientifiques. De plus, cet outil comporte une grille d'analyse pour les études de types qualitative et quantitative. Les deux grilles sont mises à l'annexe 4 de ce document.

## Chapitre 3 - Recension et analyse critique des écrits

La recension de la littérature et l'analyse des écrits trouvés représentent le cœur du travail dirigé. La présente recension est composée de deux sections : les écrits concernant les modèles organisationnels de gestion de lits et la littérature sur les compétences requises en gestion de lits.

### Modèles organisationnels en gestion de lits

La recherche de la littérature a permis de découvrir quatre modèles de gestion de lits. Le premier est celui de Proudlove. Le second, plus récent, est celui de Waring et Alexander. Le troisième provenant du domaine de l'ingénierie est celui de Liu. Le dernier modèle présenté dans cette section provenant aussi du domaine du génie est celui de Khurma. Les quatre modèles sont analysés et comparés. Finalement, une conclusion est présentée concernant les modèles découverts.

#### Modèle de Proudlove

Le premier modèle est un cadre réalisé par l'Audit Commission (1992) et bonifié par Proudlove, Gordon et Boader (2003) qui conceptualise la présence de la gestion de lits. Ce modèle permet de visualiser la trajectoire du patient dans son épisode de soins et met en relation le rôle du gestionnaire de lit avec l'ensemble du processus d'hospitalisation (Figure 2).

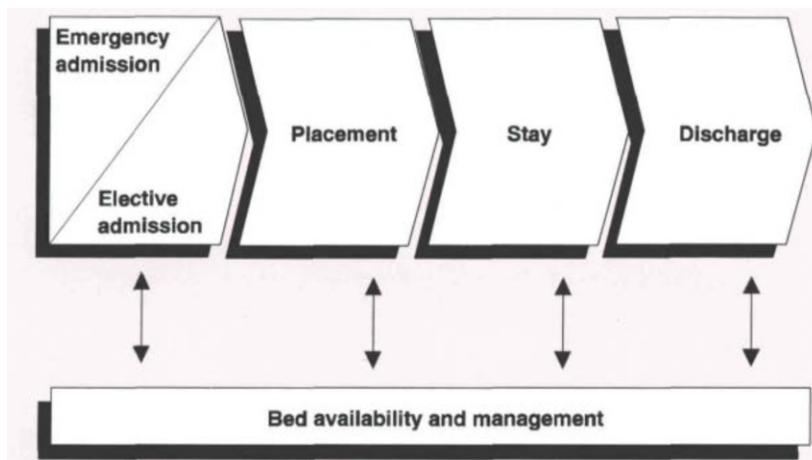


Figure 2. Admission-Placement-Stay-Discharge Bed Management Framework

Source : Audit Commission, 1992

Dans ce cadre, les auteurs montrent que la gestion de lits est intimement impliquée dans toutes les phases du séjour du patient admis. Le responsable doit gérer ou travailler avec les professionnels désignés à la planification de congé ou aux professionnels responsables de la gestion de l'épisode de soins (Proudlove, Gordon et Boader, 2003)

Ce modèle comporte cinq grandes composantes qui résument les domaines sur lesquels il est possible d'agir pour optimiser l'utilisation des lits. Ces cinq composantes sont : l'admission, le placement, le séjour, le congédiement, et la gestion de lits.

1. L'admission fait référence au processus d'admission du patient. En d'autres termes, on parle ici du comment le patient est référé ou admis à l'hôpital.
2. Le placement consiste pour sa part aux éléments relatifs à l'attribution du lit et au médecin consultant (spécialité)
3. Le séjour est la composante qui touche à l'organisation et au contrôle de la durée de séjour.
4. Le congédiement décrit le processus par lequel le patient obtient un congé sécuritaire. Cela inclut les prescriptions de départ et les arrangements pour le départ du patient.
5. Finalement la gestion de lits comporte des éléments se rapportant à la façon dont les lits d'hospitalisation sont appariés.

Proudlove, Gordon et Boader (2003) ont repris le modèle de l'Audit Commission (1992), l'ont amélioré et ont rédigé de nombreux articles sur ce sujet (références). Ils ont inclus par exemple l'état du patient (*medically fit*) dans le modèle ainsi que l'état des lits (*bed vacated*). Le modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) est présenté à la figure 3.

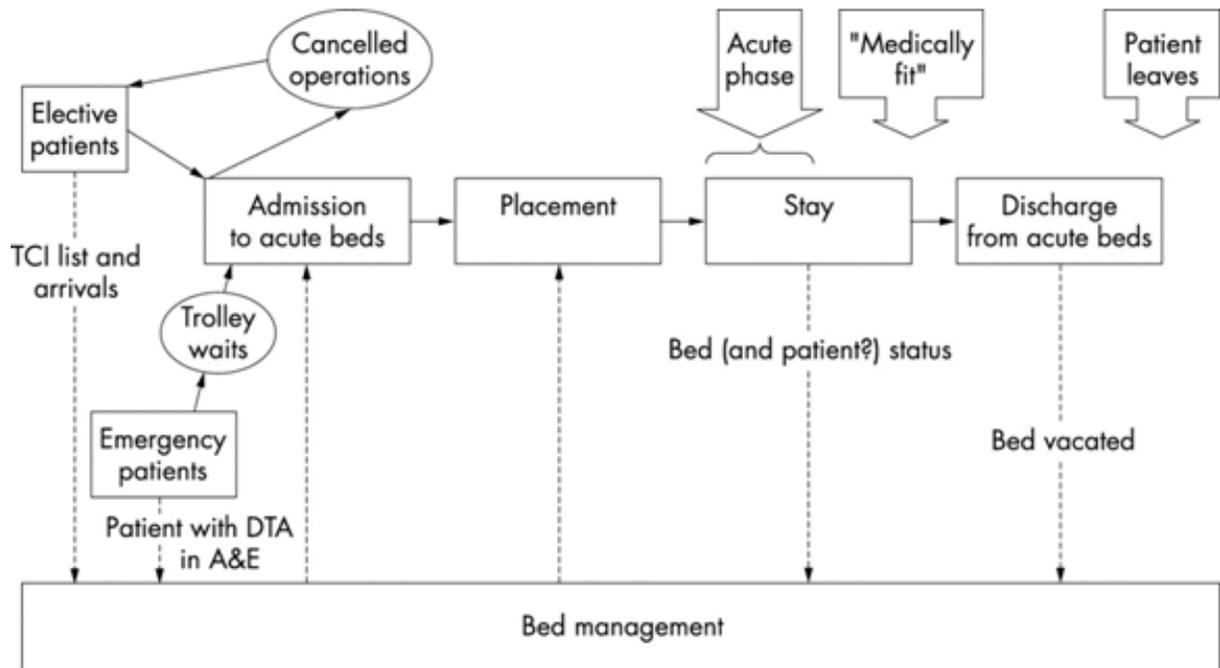


Figure 3 : Modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003)

Dans un article publié en 2007, Proudlove et Jorgensen décrivent et analysent le rôle des gestionnaires de lits dans un hôpital et explique comment ils peuvent être soutenus par un programme de développement professionnel. Ils clarifient les notions de gestion de lits et identifient la formation des gestionnaires comme un facteur essentiel à une gestion performante de lits. Selon Proudlove et Jorgensen (2007) l'élément critique du succès est la mise en place ou la formation des gestionnaires de lits afin qu'ils s'approprient leur rôle. Les auteurs reconnaissent la valeur de partenariats efficaces avec les individus clés travaillant à toutes les étapes du séjour du patient dans l'établissement.

Toujours selon eux, le rôle de gestionnaire de lit demande à l'individu de pouvoir jongler avec des objectifs conflictuels et compétitifs, principalement une compétition entre les admissions électives et les hospitalisations provenant de l'urgence. Ces admissions compétitives se déroulent dans un flux de départs et d'admissions chaotiques et non synchronisés (Proudlove et Jorgensen, 2007). Ils affirment même que bien que le gestionnaire de lit ait la responsabilité de plusieurs parties du processus, il détient rarement un véritable pouvoir de contrôle sur ce processus. Il doit travailler en coopération avec plusieurs groupes

d'individus qui sont responsables d'une petite partie de tout ce processus de gestion de lits dans un établissement de santé.

Le modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) qui présente les composantes influençant la gestion de lits a servi de base pour de nombreux écrits tels que les travaux de Liu et Khurma présentés plus loin.

## Modèle de Waring et Alexander

Dans un écrit plus récent soit en 2015, Waring et Alexander présentent un modèle décrivant ce qu'ils appellent le : *Inpatient flow in an acute hospital* (figure 4).

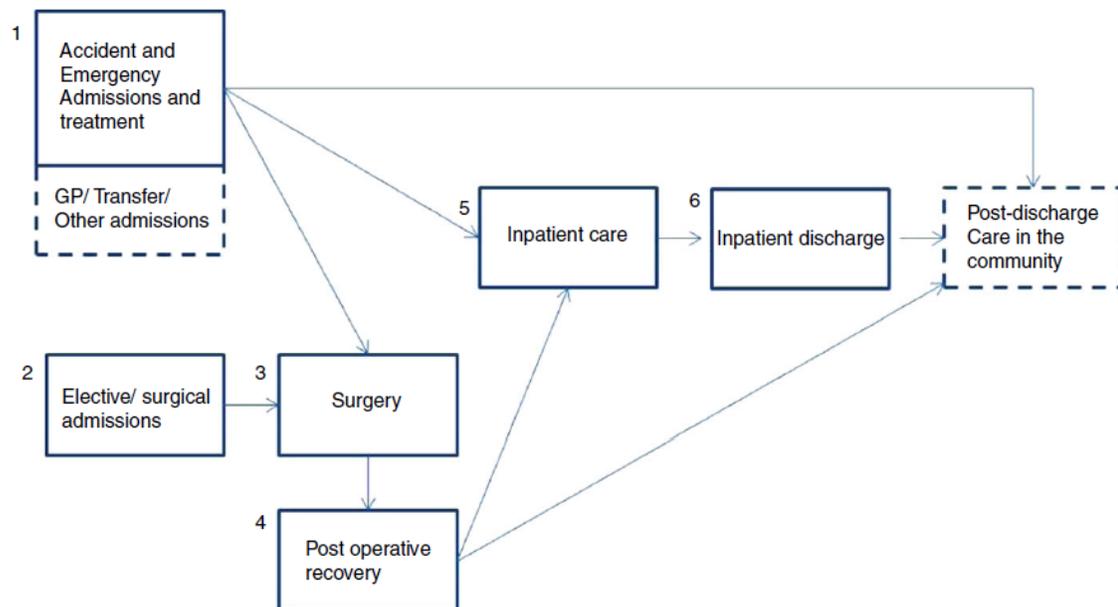


Figure 4 : Modèle de Waring et Alexander (2015)

Ce modèle présente un ensemble de six processus reliés à la gestion de lits et au parcours des patients hospitalisés :

- 1- Les intrants provenant d'événement non planifié tels que les intrants provenant de l'urgence. Les références par les omnipraticiens et les autres admissions.
- 2- Les intrants provenant des besoins chirurgicaux électifs.
- 3- Le processus opératoire comme tel.

- 4- Le processus postopératoire immédiat.
- 5- Le processus d'admission du patient. Transfert du patient de statut de patient ambulatoire à patient hospitalisé.
- 6- Le processus de congédiement du patient hospitalisé vers des soins communautaires post-hospitalisation.

Le processus 1 concerne les entrées non planifiées faites par les patients dans le système. Il s'agit d'intrants provenant du département de l'urgence principalement. Le modèle inclut cependant aussi les admissions demandées par des omnipraticiens en pratique privés, les transferts inter établissements et les autres admissions comme par exemple les admissions demandées via les cliniques externes de l'établissement.

Le processus 2 concerne les intrants provenant des demandes de chirurgie électorives. Il s'agit ici de chirurgies qui sont planifiées à l'avance selon la disponibilité du programme opératoire régulier.

Le processus 3 du modèle de Waring et Alexander fait référence au processus préopératoire. Il s'agit du temps passé au bloc opératoire. Le bloc opératoire est une structure de l'hôpital où sont pratiqués les interventions chirurgicales et les gestes d'anesthésiologie nécessaires au bon déroulement de l'intervention

Le processus 4 concerne les soins postopératoires immédiats. Ils incluent ici le séjour à la salle de réveil. C'est à ce moment qu'il est déterminé quelle issue prendra le patient pour la prochaine étape de son séjour hospitalier. Ainsi, le patient pourra poursuivre au processus 5 ou 6.

Le processus 5 est l'admission du patient. C'est à ce moment que le patient obtient son statut de patient hospitalisé. C'est donc à ce moment que le patient se voit attribuer un lit afin de poursuivre son épisode de soins en vue de son rétablissement.

Le processus 6 concerne la planification du congé du patient rétabli vers des soins post-hospitaliers. Il s'agit ici de planifier la sortie du patient du modèle.

Ces 6 étapes combinées forment le modèle de Waring et Alexander qui présente la trajectoire du patient durant son hospitalisation.

## **Modèle générique de gestion de lits selon la méthode de simulation Monte Carlo**

Un autre type de modèle de gestion de lits a été découvert dans la recherche de la littérature. Il existe en effet tout un domaine d'étude du génie industriel portant sur l'ingénierie des systèmes de santé. Il met l'accent sur l'acquisition de connaissances technologiques et scientifiques pour concevoir et pour améliorer les processus des systèmes de santé. Elle vise à fournir une compréhension des systèmes de santé et la gestion intégrée des risques et sur les aspects technologiques, économiques, organisationnels de la conception et du génie industriel appliqué aux activités de services en santé.

Liu (2012) propose un modèle générique de gestion de lits selon la méthode de simulation Monte Carlo. La méthode de Monte Carlo (ou expériences de Monte Carlo) est une large classe d'algorithmes de calcul qui reposent sur un échantillonnage aléatoire répété pour obtenir des résultats numériques. La méthode de Monte Carlo est utilisée dans des cas d'optimisation tels que la gestion de lits. La figure 5 ci-dessous présente le schéma utilisé par Liu pour sa simulation.

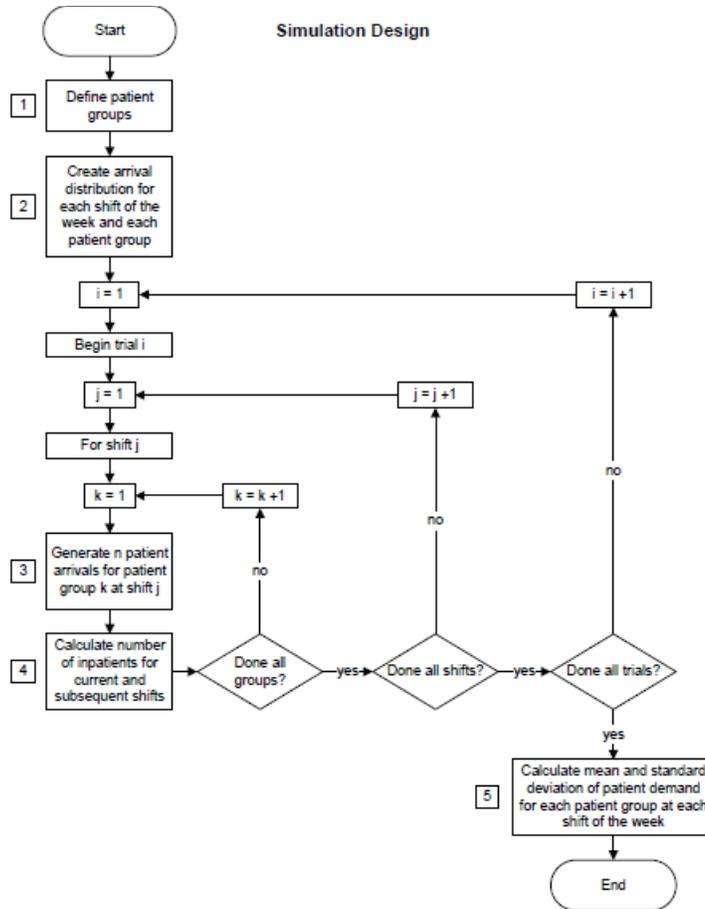


Figure 5 : Modèle de Liu (2012)

Le processus 1 définit le groupe « k » du patient. Dans modèle de Liu, les groupes de patients sont classés par catégories arbitraires soit par spécialité (cardiologie, néphrologie, etc.) ou par procédure opératoire (appendicectomie, remplacement de valve aortique, etc.)

Le processus 2 crée une distribution mathématique selon plusieurs variables pour chaque quart de travail « j » d'une semaine et pour chaque groupe de patient. Les quarts de travail sont répartis en 21 : nuit, jour et soir, et ce, sept jours par semaine. (3 x 7 = 21)

Le processus 3 crée « n » arrivées de patients pour le groupe « k » au quart « j ».

Le processus 4 calcule le nombre de patients hospitalisés pour le quart courant et pour les quarts subséquents.

Le processus 5 calcule la moyenne et l'écart-type des demandes-patients pour des lits pour chaque groupe de patient à chaque quart.

Au final, le modèle produit une moyenne et une déviation standard des demandes de patients pour des lits dans chaque département, pour chaque quart de travail de la semaine et pour chaque groupe de patient.

La thèse de Liu détaille la création, la validation et les résultats d'un ensemble de simulations et d'outils d'optimisation. La finalité du modèle de gestion de lits (simulée) de Liu est d'estimer la demande des patients pour des lits d'hospitalisation au cours d'une semaine typique. Selon l'auteure, la capacité d'accueil peut être calculée à partir de la demande des patients pour des lits, soit par l'analyse du niveau ciblé d'occupation ou par la méthode probabiliste « blocage de lit ». Finalement, la simulation permet une optimisation de la gestion de lits en modifiant le programme opératoire afin de prendre en considération les extrants du modèle de simulation (Liu, 2012).

### **Modèle d'amélioration de processus de planification de congé en milieu hospitalier**

Khurma (2009) présente une analyse et un modèle d'amélioration de processus de planification de congé en milieu hospitalier à l'aide d'une cartographie de flux-patient. Cette analyse de la cartographie des processus de flux-patient a permis de révéler que les processus étaient inadéquatement définis, qu'ils manquaient de constance et que leur performance était difficile à prévoir. La figure 6 présente la cartographie du flux-patient décrite par Khurma.

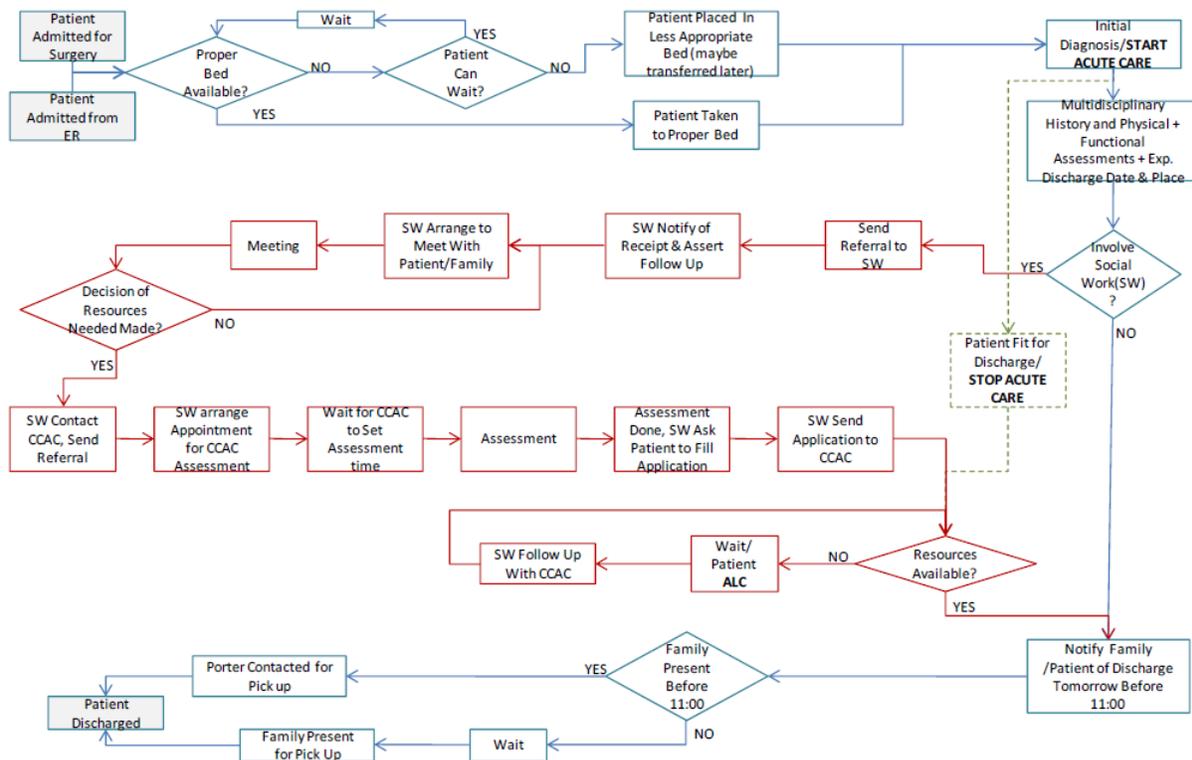


Figure 6 : Modèle de Khurma (2009)

La cartographie de Khurma reprend les quatre dimensions de Proudlove : admission, placement, séjour et planification de congé en mettant l'accent sur la dimension planification de congé. Cette emphase est particulièrement représentée par l'ajout de la case introduisant le travailleur social et la cascade d'événements apportés par son ajout dans la planification du congé du patient. Dans la thèse de Khurma, des facteurs allongeant la durée de séjour ont été identifiés. Un modèle de simulation a été créé par l'équipe de recherche afin d'explorer les effets de la standardisation des différentes étapes de la planification de congé. Les résultats de l'étude montrent que les changements organisationnels effectués dans le processus de flux-patient devraient permettre une amélioration du processus et devraient se traduire par des économies substantielles. Par exemple, l'auteure recommande d'impliquer immédiatement et systématiquement un travailleur social pour les patients âgés de plus de 65 ans admis dans certains départements. Elle recommande aussi de mettre l'accent sur la planification précoce du congé pour tous les patients et de mettre les patients le plus

rapidement possible sur les listes d'attentes des ressources post-hospitalisation (Khurma, 2009).

Après avoir présenté les modèles en gestion de lits, la section suivante a pour objet d'analyser les modèles en mettant en lumière leurs avantages et inconvénients. Un regard sera aussi porté sur les éléments de compétence en gestion des lits présentés dans les différentes modélisations.

### **Analyse critique des modèles**

A partir des grilles de lecture critique (Davies, Coutu-Walkulczyk et Logan, 2011; Law et coll., n.d.), une analyse des modèles de gestion des lits de manière inductive a été réalisée. Cette analyse a permis de dégager les principales dimensions des différents modèles. Les modèles représentent le concept de gestion de lits selon des visions complémentaires. Le tableau 1 propose un résumé des caractéristiques de chacun des modèles en se basant sur trois dimensions fondamentales de la gestion des lits : éléments de processus, acteurs et compétences.

Tableau 1 : Dimensions fondamentales de la gestion de lits

Étapes du processus	Spécificité	Proudlove, Gordon et Boader (2003)	Waring et Alexander (2015)	Liu (2012)	Khurma (2009)
Admissions	Urgence	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
	Électives de chirurgie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	Électives de médecine	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		
Placement		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Séjour		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/>
Congé		<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Acteur		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>

Les prochaines sections proposent une analyse critique de ces dimensions : les éléments du processus de gestion de lits et les acteurs impliqués dans le processus.

### Étapes du processus de gestion de lits

Dans l'ensemble des modèles présentés, on retrouve certaines étapes du processus de gestion de lits.

Le modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) présente une multitude d'étapes du processus de gestion de lits. On y retrouve entre autres les composantes de chirurgie et de planification de congé. C'est d'ailleurs le modèle qui présente le plus d'étapes différentes du processus de gestion de lits.

Waring et Alexander (2015) présentent aussi plusieurs étapes du processus de gestion de lits. Ils font eux aussi mention des concepts de chirurgie et de planification de congé.

Le modèle de Liu (2012) présente lui aussi plusieurs étapes du concept de gestion de lits. Cependant ce modèle se concentre particulièrement sur le concept d'admission élective de chirurgie au détriment des autres composantes de la gestion de lits.

Le modèle de Khurma (2009) présente dans sa cartographie plusieurs étapes du processus de gestion de lits en ne mettant que peu l'accent sur ceux-ci. Il exploite particulièrement l'étape de planification de congé.

Tel que décrit précédemment les modèles de Proudlove, Gordon et Boader (2003) et Waring et Alexander (2015) présentent une modélisation englobante et transposable des étapes du processus de gestion de lits en plus d'offrir une représentation complète de l'hospitalisation. Aussi, ces modèles sont les plus proches de la réalité des milieux de pratique.

Puisque Liu (2012) se concentre particulièrement sur le concept de chirurgie, il ne permet pas d'inclure certains éléments de gestion de lits tels que l'admission via l'urgence ou le placement du bon patient dans le bon lit. Le modèle de simulation de Liu ne permet que de calculer statistiquement la capacité d'accueil des patients de chirurgie. Par contre, le modèle de Liu est le seul à présenter une estimation de la durée de séjour des patients, ce qui représente un avantage lors de la gestion de lits car il permet la planification de la disponibilité des lits. Cette estimation permet aussi de prévoir temporellement le congé du patient.

En ce qui concerne Khurma (2009), sa tangente vers l'implication du travailleur social dans la planification de congé éclipse les étapes précédant la planification de congé. Ainsi, bien que la cartographie de Khurma représente l'hospitalisation complète du patient, cette cartographie n'est que peu transposable dans d'autres milieux. Cette limite est décrite par l'auteur elle-même.

Ainsi, les quatre modèles présentent plusieurs étapes du processus de gestions des lits. Cependant, seulement deux auteurs (Proudlove et coll. ; Waring et Alexander) maintiennent une optique plus complète du processus de gestion de lits. Les deux autres (Liu et Khurma) se concentrent sur une seule étape en particulier de la gestion de lits.

### **Acteurs impliqués dans le processus de gestion de lits**

Deux modèles parmi les quatre présentent spécifiquement les acteurs impliqués dans le processus de gestion de lits. Il s'agit des modèles de Proudlove et de Khurma.

Dans le modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) le concept de gestionnaire de lit est clairement décrit. Le facteur ressource humaine y est très présent. De plus, les actions de ce gestionnaire sont décrites comme essentielles au bon déroulement de l'ensemble des étapes du processus de gestion de lits.

Dans le modèle de Khurma (2009), c'est plutôt le concept de travailleur social qui est exploité. En effet, Khurma met l'accent sur l'importance d'impliquer le travailleur social dans le processus de gestion de lits et, plus particulièrement, dans l'étape de planification de congé.

Ainsi, pour les besoins du présent travail dirigé, le modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) est plus pertinent parce qu'il est le seul modèle à présenter le gestionnaire de lit dans son modèle.

### **Conclusion sur les modèles de gestion de lits**

Les quatre modèles présentés ici sur la gestion de lits sont des modèles complémentaires. Ils comportent tous les quatre des avantages et des inconvénients. Cependant, pour le présent travail dirigé le modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) demeure supérieur pour trois raisons :

- Il présente une modélisation englobante et transposable des étapes du processus de gestion de lits en plus d'offrir une représentation complète de l'hospitalisation.
- Il est le plus adéquat parce qu'il est le seul modèle à présenter le gestionnaire de lit.
- Il est le seul à présenter les compétences liées aux processus de gestion de lits.

Finalement, le modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) est le seul à présenter les compétences liées aux processus de gestion de lits. Les auteurs décrivent les compétences essentielles que devrait avoir un bon gestionnaire de lit. Les autres modèles se concentrent sur les différentes étapes du processus de gestion de lits en relayant au second plan la composante ressource humaine du processus.

### **Compétences requises en gestion de lits**

Les compétences en gestion de lits sont des éléments que devrait posséder le gestionnaire afin d'optimiser la trajectoire du patient dans son hospitalisation. L'optimisation de cette trajectoire devrait se traduire par une augmentation de la sécurité et de la qualité des soins reçus. C'est donc à partir du référentiel de compétences présenté au chapitre 1 que l'analyse des compétences recensées dans la littérature est organisée. Il est à noter que pour

cette partie qu'il n'existe pas à la lumière de notre recherche de la littérature des articles qui montrent spécifiquement les compétences en gestions des lits. Les liens présentés dans ce présent travail sont des liens faibles ou des preuves circonstanciées permettant de faire un rapprochement entre les compétences du référentiel et celle de la gestion des lits.

## **Référentiel de compétences : pratique avancée en sciences infirmières**

La pratique avancée en sciences infirmières contribue à la recherche et au transfert des connaissances. Elle permet aux infirmiers de jouer un rôle-clef dans le développement de la discipline infirmière et dans l'amélioration continue de la qualité des soins et des services de santé et s'appuie sur six compétences. Les sections suivantes présentent les articles trouvés dans la littérature sur la gestion de lits en lien avec les six compétences du référentiel.

### **Contribution à la santé**

Afin d'exercer sa compétence de contribution à la santé, le gestionnaire de lit doit évaluer des situations de santé et de soins dans une perspective infirmière scientifique, systémique et multifactorielle. Il doit aussi planifier ou mettre en œuvre des interventions de gestion de lits qui s'appuient sur les meilleures pratiques (Faculté des sciences infirmières, 2014). Le gestionnaire de lits doit agir dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement.

La gestion des épisodes de soins est partie intégrante de la gestion de lits. Lepage et coll. (2009) ont réalisé une étude prospective sur deux années avec l'objectif d'analyser les risques des différents processus de soins et de les décrire tout au long de l'hospitalisation du patient. Les auteurs ont identifié plusieurs défaillances dans le processus de soins du patient qui peuvent avoir un effet négatif sur la santé des patients. Entre autres les auteurs montrent que les dossiers médicaux sont une source de délais dans la gestion de lits et qu'ils peuvent nuire à l'évaluation clinique. Ils affirment que l'absence de source de données cliniques fiables dans des dossiers cliniques accessibles compromet le bon placement des patients et peut éventuellement nuire à leur santé. Puisque la gestion des épisodes de soins est partie intégrante de la gestion de lits, il est essentiel que le gestionnaire de lit puisse être capable de

suivre à un niveau macro le processus de soins des patients afin de les voir progresser dans le processus de gestion de lits.

L'importance de la gestion de lits, et plus particulièrement le bon placement du bon patient sur la bonne unité de soins, est primordiale. Le mouvement des patients dans les différentes unités d'un centre hospitalier comporte un risque pour la santé du patient. Watson (2006) a examiné ce processus. Dans cet article portant sur le transport des patients entre les départements, l'auteur a rapporté une association positive entre le transport des patients et une augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les patients. Il affirme aussi que de transférer des patients entre les départements a un grand potentiel de détérioration du niveau de soins parce que cela amène le patient à transiger dans un environnement de soins imprévisible et peu contrôlé ce qui mettrait sa santé à risque. L'auteur a mis en lumière les principaux éléments permettant un transfert sécuritaire et efficace du patient. Il énonce les risques pour la santé du patient lors d'un transport interunité. Il discute des équipements, de l'organisation et de l'expérience/formation infirmière nécessaires lors d'un transfert du patient vers une autre unité. Cet article montre l'importance du bon placement du patient dans le bon lit par le gestionnaire de lit afin d'éviter des transferts inutiles et à potentiel dangereux.

Wu et Coyer (2007) ont effectué une recension de la littérature sur le transfert des patients de soins intensifs vers une unité de soins généraux afin de décrire le processus associé à ce transport. Ils ont mis en lumière plusieurs implications cliniques sur le sujet. Dans leur conclusion, ils mettent l'accent sur l'importance de l'évaluation infirmière avant le transfert du patient, sur la gestion du temps et sur la planification de ce transport pour la santé du patient. Finalement, ils exposent l'importance d'agir sur l'anxiété du patient/famille lors de ce transfert et sur l'importance d'offrir du soutien à ceux-ci. Ici encore, l'importance du bon placement de patient dans les lits des différentes unités par le gestionnaire de lit prend tout son sens. Une bonne allocation de lit par le gestionnaire de lit permet d'éviter des situations à potentiel dangereux pour la santé du patient.

Ces articles montrent l'importance des interventions du gestionnaire de lit dans la contribution à la santé du patient. Par sa compétence, non seulement l'infirmier en gestion de lits contribue à la sécurité du patient, mais elle prévient, par le placement du bon patient sur le bon département, les complications possibles et des atteintes à la santé de patients hospitalisés.

## **Apprentissage en milieu pratique**

En ce qui concerne la seconde compétence, le gestionnaire de lits doit exercer une pratique réflexive pour une amélioration de sa propre pratique et celles de ses collègues. Cette compétence vise la formation continue des compétences de même que la gestion et la construction de savoirs au sein d'une équipe et d'une organisation (Faculté des sciences infirmières, 2014).

Geary, Quinn et Winchell (2009) ont mené une étude sur les tournées rapides quotidiennes. Les tournées rapides sont des rencontres multidisciplinaires quotidiennes dans les unités afin de discuter de l'état de chaque patient et de mettre à jour chacun de leur plan de soins/traitements. Ils font la comparaison dans leur étude des tournées avec les rencontres multidisciplinaires hebdomadaires. Dans le cadre d'un processus d'optimisation dans l'établissement, les auteurs étaient particulièrement intéressés par l'impact sur la durée de séjour que pouvait avoir une tournée quotidienne des patients. Ils ont mis en lumière comment ils ont introduit cette nouvelle façon de réfléchir sur le séjour des patients. Les tournées quotidiennes sont des occasions permettant aux différents intervenants, gestionnaires, infirmiers soignants et les conseillers en soins infirmiers de discuter et de réfléchir de façon concise, tôt dans la journée et à un moment propice pour les infirmiers, sur l'évolution de l'hospitalisation de chaque patient dans l'unité. Ces tournées permettent au gestionnaire de lit de connaître les congés possibles dans le département. Les auteurs ont fait valoir que cette expérience terrain permettait de réduire la durée de séjour des patients présents dans les différentes unités de soins. Ils ont aussi vu un changement s'opérer chez les infirmiers avec une amélioration des connaissances et du professionnalisme des intervenants en soins infirmiers. Ils ont aussi remarqué une amélioration dans l'appropriation du plan de soins des patients puisqu'ils doivent en discuter et se font questionner quotidiennement sur l'évolution du patient. Cet article montre l'importance pour l'infirmier et l'infirmier gestionnaire de pouvoir mettre à profit leurs compétences. C'est dans des situations comme celles des tournées quotidiennes que l'infirmier peut améliorer sa pratique. Un lien peut être fait aussi avec la réunion quotidienne de gestion de lits. En plus de réduire la durée de séjour, une implication et un apprentissage en milieu pratique permettent à l'infirmier en pratique avancée d'améliorer

sa propre pratique et celle de ses collègues, entre autres en stimulant l'apprentissage actif des collègues infirmiers de son milieu.

### **Activités de recherche**

Cette compétence demande au gestionnaire de lit d'avoir un regard critique sur les articles scientifiques qui lui sont présentés. Cette compétence implique de mettre en place, en collaboration avec les partenaires et les patients, des modalités facilitant l'intégration des connaissances dans la pratique (Faculté des sciences infirmières, 2014).

Appliquée à la gestion de lits, cette compétence requiert d'interpréter ou de générer des savoirs permettant de baser les interventions sur les données probantes. Benuik, Boyle et Clarkson (2012) ont examiné les éléments caractéristiques d'une urgence bondée. Ils ont demandé à des experts de se prononcer sur ce sujet. L'infirmier gestionnaire de lits qui est intimement lié à la gestion des admissions provenant de l'urgence doit, par cette étude, saisir l'occasion de pouvoir interpréter et de mettre en pratique ce que la recherche conclut. Cette étude directement en lien avec la gestion de lits montre que la mise en pratique des résultats de recherche permet d'améliorer le processus de gestion de lits.

### **Leadership infirmier**

Le leadership infirmier est une compétence centrale en gestion de lits. Ce leadership exercé par l'infirmier gestionnaire permet de susciter l'engagement des personnes envers l'amélioration de la santé, de diriger et de maintenir le changement initié pour améliorer la santé et la qualité des soins offerts et, finalement, permettre de proposer des actions politiques de façon à influencer l'essor de la pratique infirmière (Faculté des sciences infirmières, 2014).

Harkins, Butz et Taheri (2006) présentent le contenu d'une récente formation en leadership infirmier et son impact sur l'évolution de la pratique infirmière. Ils proposent aussi un curriculum portant sur les concepts clefs en administration des services de santé. Selon les auteurs, une formation en leadership et en administration permet à l'infirmier d'être moins isolé et ainsi d'avoir une vision plus globale des enjeux de l'établissement de santé. Selon ces auteurs, la formation infirmière en leadership et en administration est essentielle afin que l'infirmier puisse comprendre les enjeux de gestion opérationnelle dont la gestion de lits fait

partie. Ils concluent en affirmant que « les réels changements systémiques ne peuvent se produire que par l'action d'une personne seule et que les leaders du changement doivent être éduqués afin que tous soient sur le même diapason et parlant le même langage ». (Harkins, Butz et Taheri, 2006), 128) La formation de l'infirmier en gestion de lits est une condition essentielle selon Harkins, Butz et Taheri afin de permettre au gestionnaire d'exercer pleinement son leadership lors de la gestion opérationnelle de lits de l'établissement hospitalier.

Coulombe et Race (2003) affirment dans un article que les gestionnaires infirmiers de lit détiennent l'autorité du placement et de l'évaluation. Ce pouvoir promeut l'utilisation efficiente des lits. Dans leur article, ils présentent une liste des processus pour lesquels le gestionnaire de lit est imputable. Par le vocabulaire qu'ils utilisent, ils montrent l'importance du leadership : optimisation, amélioration et gestion. Par exemple, Coulombe et Race montrent l'importance du leadership infirmier nécessaire afin d'accomplir les tâches du gestionnaire de lits.

Le concept de coordination est un élément important du leadership infirmier. Par définition coordonner fait appel au leadership afin de prendre en charge l'ordination des éléments. Basé sur des cadres de référence de Malone et Mintzberg sur la coordination, Abraham (2010) a conçu un modèle conceptuel et empirique de la nature des activités plus macroscopique soit la métacoordination. Abraham décrit la métacoordination comme étant les activités de coordination exercées par un leader qui se retrouvent à la jonction des activités de coordination intradépartement et celles interdépartement. Elle a recensé plusieurs études traitant séparément de ces deux types d'activités. Alors que les études portant sur les activités de coordination intradépartement enquêtent sur les pratiques de travail départementales, les études portant sur les activités de coordination interdépartement examinent les pratiques de travail organisationnelles, en ciblant spécifiquement les interdépendances entre les équipes des différents départements.

Abraham (2010) a mis en lumière plusieurs activités de métacoordination dont l'équilibrage collaboratif des buts, la hiérarchisation de collaboration du patient-ressources. L'équilibrage collaboratif des objectifs locaux et organisationnels est décrit par Abraham comme étant un type d'activités de métacoordination utilisé pour atténuer les interactions intra-inter départementales négatives causées par des départements ayant des objectifs

concurrents. L'attribution d'un patient hors secteur ou hors du zonage d'un département en est un bon exemple. Cette action implique des mécanismes de coordination et de négociation pour soutenir le personnel dans l'équilibrage des objectifs de chacun des départements, soit le département qui reçoit le patient « hors secteur » et le département du « bon » secteur concerné.

La hiérarchisation d'Abraham (2010) est un type de processus décisionnel par lequel les priorités sont déterminées. Similaire à la méthode de planification du groupe nominal, la hiérarchisation des ressources de collaboration permet aux individus de classer conjointement les ressources hospitalières disponibles dans un ordre croissant d'importance. Ce type d'activité de métacoordination est utilisé afin d'atténuer les interactions compétitives causées par les ressources concurrentes. Un exemple concret est l'utilisation des ressources humaines de réserve qui est parfois limitée. Par exemple, si deux départements ont besoin d'une infirmière, mais qu'il n'y a qu'une seule infirmière disponible, il faut alors déterminer les priorités et allouer la ressource vers le département en ayant le plus grand besoin.

En résumé la métacoordination décrite par Abraham (2010) permet de décrire des activités de coordination du leader lui permettant l'atteinte d'objectifs communs entre les départements et l'organisation, l'intégration maximale des ressources humaines de toute l'organisation et l'utilisation optimale des ressources à toutes les étapes. La coordination et le leadership partagent, de par leur définition, plusieurs similitudes et la même finalité. Ils permettent de susciter l'engagement des personnes envers un leader dans le but d'atteindre un objectif commun.

## **Partenariats**

Le partenariat se définit comme une association active de différents intervenants qui, tout en maintenant leur autonomie, acceptent de mettre en commun leurs efforts en vue de réaliser un objectif commun relié à un problème ou à un besoin clairement identifié dans lequel, en vertu de leur mission respective, ils ont un intérêt, une responsabilité, une motivation, voire une obligation. Le partenariat est une compétence en pratique avancée essentielle en gestion de lits car c'est par cette compétence que les extrants de système de gestions des lits sont possibles. Le gestionnaire de lits se doit de se situer comme un acteur

stratégique d'un réseau de soins et de services en plus de promouvoir et de maintenir un partenariat optimal au sein des équipes (Faculté des sciences infirmières, 2014).

Proudlove et Jorgensen (2007) se sont penchés sur une description et une analyse du rôle de gestionnaire de lit dans un établissement de santé. Dans leur article, à l'aide d'une approche macro-organisationnelle, les auteurs montrent que le gestionnaire de lits n'a pas d'emprise sur les acteurs sous-jacents et qu'il n'a que peu de compréhension sur les causes contributives à une mauvaise utilisation des lits puisqu'il n'est pas impliqué dans l'ensemble des décisions de ses partenaires dans le processus de gestion de lits. L'absence de partenariat avec les autres acteurs de l'établissement est décrite par Proudlove et Jorgensen (2007). Ils décrivent l'importance d'optimiser les relations avec le plus d'acteurs du processus possible, y compris les infirmiers et tous les autres cliniciens. De plus, ces relations doivent en tout temps et continuellement être soulignées et entretenues par le gestionnaire de lits (Proudlove et Jorgensen 2007). Les auteurs vont même jusqu'à affirmer qu'être un bon gestionnaire de lit est avant tout être un bon gestionnaire de partenariats. Le non-respect de cette règle sur les partenariats serait la cause de plusieurs situations d'obstruction au bon placement des patients par des collègues du gestionnaire de lits (Proudlove et Jorgensen 2007). Leur article conclut que le programme de formation en gestion de lits et en gestion des partenariats est un moyen efficace pour améliorer le savoir et les habiletés du gestionnaire de lit.

Abraham (2010) a mis en évidence le rôle d'intégrateur dans les activités de méta coordination. Selon cet auteur, les partenariats résident dans les gens avec des rôles intégrateurs qui se voient souvent confier la responsabilité de gérer la coordination organisationnelle. Les acteurs dits intégrateurs prennent le rôle de soutenir les activités de métacoordination pour atténuer les interactions négatives causées par les équipes concurrentes et leurs interactions. Le rôle d'un intégrateur est crucial dans les transferts de patients, car ils aident à améliorer le flux des patients en facilitant les activités de coordination à la fois intra et interdépartementales. Ainsi, les intégrateurs servent à maintenir les partenariats et à agir comme arbitres dans le processus de transfert du patient.

Un exemple pour illustrer l'importance de ce rôle de métacoordination est l'étude de Hurst et coll. (2012). Les auteurs se sont intéressés à l'importance du partenariat avec les services environnementaux. Cette étude part du principe qu'une prévention et un contrôle efficaces des infections dépendent des fonctions exercées par des individus attirés au

nettoyage dans un environnement de soins de santé. La coordination de ces acteurs par le gestionnaire de lit est donc importante dans un contexte d'intégration et de partenariat.

L'importance pour l'infirmier gestionnaire de lit de faire partie intégrante d'une équipe multidisciplinaire prend toute son importance dans une organisation complexe. Par exemple, cela lui permet, ainsi qu'à ses partenaires, de proposer aux gens de l'entretien ménager, une stratégie de nettoyage afin d'optimiser la santé et les soins dans le cadre d'une éclosion d'infections nosocomiales.

## **Éthique**

La dernière compétence en pratique avancée est celle de l'éthique. Cette compétence implique de reconnaître et de définir les enjeux, les problèmes et les dilemmes éthiques qui se présentent dans la pratique infirmière avancée (Faculté des sciences infirmières, 2014).

Bien que cette composante soit essentielle dans la pratique avancée en sciences infirmières, aucun article en lien avec la gestion de lits n'a été trouvé dans la recension des écrits. La composante éthique, bien que présente dans l'ensemble de la pratique de gestion de lits, ne se traduit que très rarement par des questionnements éthiques spécifiques nécessitant une description, une analyse et une production de solutions éthiquement réfléchies. Cependant, les actions du gestionnaire de lits devraient faire en sorte de prévenir les situations qui pourraient générer des problèmes éthiques.

Après avoir étudié les différentes composantes de la compétence en gestion de lits selon le référentiel de la pratique avancée en sciences infirmières, la section suivante a pour objet de synthétiser les combinaisons présentées précédemment.

## **Analyse des compétences requises en gestion de lits**

Afin d'analyser les compétences de la littérature avec ceux du référentiel de compétences en pratique avancée, nous avons placé les éléments de compétences issus de la littérature dans un tableau ayant comme titre de colonne les compétences principales de la pratique avancée : santé, apprentissage, recherche, leadership et partenariat. Le tableau 2 ci-dessous montre le résultat de ce croisement.

Tableau 2 : Compétence en gestion de lits

Référentiel	Santé	Apprentissage	Recherche	Leadership	Partenariat
<b>Littérature</b>	Gestion des soins (Lepage et coll., 2009) Dangers du transport (Watson, 2006, Wu et Coyer, 2007)	Importance des tournées (Geary, Quinn et Winchell, 2009)	Flux des patients provenant de l'urgence (Benuik, Boyle et Clarkson, 2012)	Coordination (Abraham, 2010) Évaluation infirmière (Coulombe et Race, 2003) Méta coordination d'équilibrage (Abraham, 2010) Méta coordination de hiérarchisation (Abraham, 2010)	Relations avec les équipes (Proudlove et Jongensen., 2007) Méta coordination d'intégration (Abraham, 2010)

La compétence en contribution à la santé se traduit dans la littérature par la gestion optimale de l'épisode de soins par le coordonnateur de gestion de lits (Lepage et coll, 2009). De plus, la diminution des transports de patients entre les unités par une gestion de lits efficace contribue à ne pas mettre en danger la santé du patient (Watson, 2006; Wu et Coyer, 2007).

La compétence d'apprentissage en milieu de pratique de la pratique avancée de l'infirmier se traduit dans la littérature par un article sur l'importance des tournées faites aux étages dans le cadre du processus de gestion de lits (Geary, Quinn et Winchell, 2009).

L'intégration des résultats de recherche est importante dans la gestion de lits pour améliorer l'optimisation des processus. Cependant, très peu de recherches intégrant la gestion de lits ont été réalisées. Pourtant, plusieurs recherches ont montré l'importance d'optimiser le flux patient et de ne pas allonger les séjours aux urgences des patients (Benuik, Boyle et Clarkson, 2012).

Le leadership infirmier abonde dans la littérature sur la gestion de lits. La coordination de l'épisode de soins est un bon exemple de leadership (Abraham, 2010). La littérature confirme le rôle de leader dans l'évaluation du patient de l'infirmier gestionnaire de lit. Par définition, l'infirmier est responsable de l'évaluation du patient (Coulombe et Race, 2003). Aussi, les éléments de métacoordination, tant au niveau de l'équilibrage des buts que de la hiérarchisation des ressources, confirment les mandats de leadership octroyés à l'infirmier gestionnaire de lits (Abraham, 2010).

Enfin, la compétence de partenariat se retrouve aussi dans la littérature et confirme l'importance pour le gestionnaire de lit de maintenir des relations optimales avec les équipes de l'établissement (Proudlove et Jorgensen, 2007). Des éléments de métacoordination en ce qui concerne l'intégration des équipes confirment aussi l'importance pour le coordonnateur en gestion de lits de se positionner comme un acteur stratégique au sein d'un réseau (Abraham, 2010).

En conclusion, le leadership et le partenariat sont les compétences qui ressortent le plus dans la littérature à propos de la gestion de lits. L'analyse a permis de décrire les différentes compétences du référentiel. Cette analyse a aussi permis d'harmoniser et de systématiser les compétences requises en gestion des lits.

## **Conclusion de la recension de la littérature**

La recension des écrits a présenté une analyse des modèles en gestion de lits dans la littérature en intégrant celle sur les modèles d'ingénieries. Les modèles sont rares et un seul véritable modèle, bien qu'incomplet, a été retenu dans le cadre de ce travail dirigé. La recension des écrits a permis de construire une analyse matricielle à partir du référentiel universitaire de compétences en pratique infirmière avancée et des compétences requises en gestion des lits afin d'établir des liens entre ces deux ensembles. À la suite de ce croisement, la littérature a permis d'établir les caractéristiques essentielles de l'infirmier nécessaires à la gestion de lits dans un établissement de santé. C'est donc à partir de ces trois éléments qu'une stratégie organisationnelle et qu'un nouveau cadre sont proposés.

## Chapitre 4 : Propositions

### Recommandation d'une stratégie organisationnelle

À la lumière de la présente revue de la littérature, plusieurs éléments importants apparaissent :

- la gestion de lits du NCHUM devrait être vue et optimisée à partir du **modèle de gestion de lits de Proudlove, Gordon et Boader (2003)**. Ce processus complexe devrait être confié à un professionnel de la santé capable de maintenir d'excellentes habiletés relationnelles avec une multitude d'acteurs et possédant une excellente formation clinique.
- le gestionnaire infirmier responsable de la gestion de lits devrait posséder des **compétences de pratique avancée** à la gestion de lits : santé, recherche, apprentissage, leadership, partenariat et éthique, en mettant l'accent sur les deux compétences principales, soient les compétences de leadership et de partenariat.

### Proposition d'un cadre conceptuel des compétences infirmières en gestion de lits.

Le cadre proposé à la figure 7 s'appuie sur les éléments principaux de la revue de la littérature et de son analyse. Ce modèle propose donc de combiner chaque élément du modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) avec chaque compétence du modèle afin d'obtenir 24 combinaisons permettant de décrire de façon générale les items de la compétence de l'infirmier gestionnaire de lits.

## Cadre conceptuel en gestion des lits

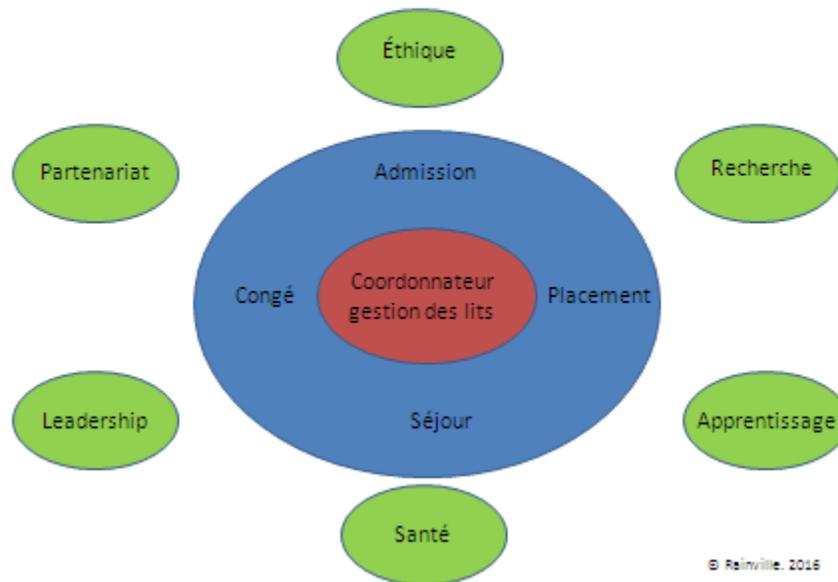


Figure 7 : Cadre conceptuel de gestion des lits de Rainville (2016)

Ce cadre embryonnaire regroupe comme point central (cercle rouge) le coordonnateur de gestion de lits. Le second niveau (cercle bleu) présente les quatre éléments principaux du modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003). Au troisième niveau (cercle verts), on retrouve les éléments du référentiel de compétence en pratique avancée.

Ce modèle permet, par exemple, de décliner les compétences en leadership infirmier à toutes les étapes du processus de gestion de lits. Il permet ainsi de décrire spécifiquement le leadership exercé par l'infirmier au moment du placement du patient ou encore au moment du séjour de celui-ci.

Ce cadre ne permet pour l'instant que de nommer ou définir les différentes composantes de la compétence infirmière en gestion de lits. L'auteur espère que d'autres recherches permettront de compléter le présent cadre conceptuel.

L'intégration des compétences incluses dans le nouveau cadre de référence promeut l'utilisation de celles-ci à toutes les étapes du processus de gestion de lits afin d'influencer et

d'optimiser la trajectoire du séjour du patient. Par exemple, la recherche en sciences infirmières pourra se faire au niveau de l'admission, du placement, pendant le séjour ou encore lors de la planification du congé.

Ce cadre souhaite guider d'autres chercheurs dans le développement d'un référentiel de compétences infirmières en gestion de lits.

## **Chapitre 5 : Discussion**

Ce travail avait pour objectif d'identifier, de mettre en lumière et d'analyser ce que la littérature considérait comme étant le meilleur modèle organisationnel de gestion de lits en centre hospitalier universitaire. L'analyse des différents modèles trouvés dans la littérature a permis de constater que peu de modèles sont présents. Cependant, le modèle de Proudlove, Gordon et Boader (2003) s'est avéré particulièrement intéressant. Ce travail dirigé visait aussi à identifier les compétences requises en gestion de lits et la valeur ajoutée de la pratique avancée de l'infirmier dans le processus de gestion de lits. En s'appuyant sur le référentiel de compétences en pratique avancée de l'Université de Montréal, l'analyse suggère que les compétences requises à la gestion de lits et trouvées dans la littérature font partie du référentiel de compétences à l'exception de la composante éthique. La section suivante présente les limites à ce présent travail dirigé ainsi que les recommandations à la pratique infirmière.

### **Limites et forces**

Une des principales limites du présent travail d'analyse est le manque de littérature et de données empiriques, tel que décrit dans d'autres études (Proudlove et Jorgensen, 2007 ; Waring et Alexander, 2015) portant sur la gestion de lits et sur les compétences associées à ce domaine spécifique dans le contexte global de l'établissement hospitalier. Le travail dirigé n'est qu'un portrait de l'état de la littérature sur un sujet précis. L'absence de données tant québécoises que mondiales limite beaucoup la portée du présent portrait. Le modèle de santé québécois est aussi très particulier et l'application de ce modèle vers d'autres milieux nécessitera plusieurs modifications.

Les forces de ce travail dirigé viennent du fait qu'il s'agit de la première étude québécoise de la littérature sur la gestion de lits. De plus, ce travail dirigé répond à des besoins contextuels, soit le déménagement vers le NCHUM.

La proposition de stratégie organisationnelle s'appuie sur la littérature, ce qui renforce sa validité. De plus, elle est particulièrement valide au contexte de transformation que vit le CHUM actuellement.

## **Recommandation pour la pratique infirmière**

Le présent travail dirigé permet d'arriver à des conclusions qui pourraient faire l'objet de recherches futures afin d'approfondir le sujet. Il serait important de poursuivre l'avancement des connaissances sur ce sujet afin d'obtenir un portrait québécois de la situation. L'auteur suggère donc d'effectuer une recherche qualitative phénoménologique permettant de décrire les compétences du gestionnaire de lits au Québec et ainsi venir compléter le cadre de référence proposé au chapitre quatre de ce travail dirigé. Pour le NCHUM, il serait intéressant d'effectuer une recherche afin de décrire spécifiquement, à l'aide du cadre proposé, le rôle du gestionnaire de lits dans le contexte spécifique de centre hospitalier universitaire de troisième, voire de quatrième ligne.

## Conclusion

Un grand changement comme celui d'un déménagement d'hôpital comportant en plus une notion de fusion est une étape importante. Ce changement est l'occasion idéale pour se poser des questions sur les façons de faire précédentes. Le momentum créé par le changement au CHUM apporte avec lui une réflexion sur les façons de faire et est une occasion de penser différemment. En s'appuyant sur le modèle de Prochaska, DiClemente et Norcross (1992), ce travail dirigé s'inscrit dans la phase de contemplation ou de prise de conscience. Les cinq phases de Prochaska, DiClemente et Norcross (1992) sont dans l'ordre : la précontemplation, étape à laquelle la personne n'est pas prête à effectuer le changement; la contemplation, étape à laquelle la personne est prête à effectuer le changement; la préparation, étape à laquelle la personne se prépare au changement; l'action, étape du changement comme tel; et, finalement, la cinquième étape ou étape de la maintenance dans un état changé.

À l'étape de la contemplation, la personne, ou ici l'organisation, pense à effectuer le changement dans un avenir plus ou moins rapproché. Elle a cependant tendance à voir surtout les inconvénients et les difficultés à court terme que les avantages à court et à long terme. Pour passer à l'étape suivante, la balance doit basculer vers les avantages. L'organisation, ici le CHUM, est cependant plus motivée et intéressée à s'informer qu'à l'étape précédente du changement. Elle peut être aidée par l'information et les encouragements.

Informé, c'est exactement ce que ce travail dirigé voulait accomplir. L'auteur espère, par ce travail, encourager l'organisation à passer à l'étape suivante, soit celle de la préparation. Dans cette étape, avec en main les informations contenues dans ce travail dirigé, l'auteur espère convaincre l'organisation du bien-fondé du changement : qu'elle voit qu'il est temps d'agir, et qu'elle commence une planification du changement à partir des recommandations émises dans le présent document. Finalement, l'auteur espère que ce travail dirigé permettra au CHUM de procéder à une réflexion interne et que le cadre conceptuel proposé permettra d'orienter l'avenir des réflexions dans le réseau de la santé.

## Bibliographie

- Abraham, J. (2010). *Meta-Coordination Activities : Exploring Articulation Work in Hospitals*. Dissertation in Information Sciences and Technology, The Pennsylvania State University, 223 pages.
- Audit Commission. (1992) *Lying in wait: the use of medical beds in acute hospitals*. London : Audit Commission
- Beniuk, K., Boyle, A. A. et Clarkson, P. J. (2012). Emergency department crowding: prioritising quantified crowding measures using a Delphi study. *Emergency Medicine Journal*, 29(11), 868-871. doi : 10.1136/emmermed-2011-200646
- Cesta, T. (2013). Managing length of stay using patient flow--part 1. *Hosp Case Manag*, 21(2), 19-22.
- CHUM (2011). *Description de fonction du Coordonnateur clinique à la gestion de lits*. Direction des ressources humaines du CHUM. Document interne.
- Coulombe, K.H., Race, K.A. (2003). Centralized Bed Management by coordinating care, nurses can better serve patients and the facility. *Advanced Healthcare Network for Nurses* 3(5), 25. <http://nursing.advanceweb.com/Article/Centralized-Bed-Management.aspx>
- Davies, B., Coutu-Wakulczyk, G., & Logan, J. (2011). *Lire des textes de recherche : Guide convivial pour infirmiers et autres professionnels de la santé*. Toronto : Mosby Elsevier.
- Faculté des sciences infirmières (2014). *Référentiel de compétences à la maîtrise*. Vice-décanat aux études supérieures, Université de Montréal.
- Geary, S. C., D. D.; Quinn, B.; Winchell, J. (2009). Daily rapid rounds: decreasing length of stay and improving professional practice. *J Nurs Adm*, 39(6), 293-298. doi : 10.1097/NNA.0b013e3181a72ab8
- Hamric, A.B., Spross, J.A. & Hanson, C.M. (2014). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. (5 th ed.). Saint-Louis, Missouri : Elsevier Saunders.
- Harkins, D. B., Butz D.; Taheri, P. (2006). A new prescription for healthcare leadership. *Journal of Trauma Nursing*, 13(3), 126-130; quiz 131-122.
- Hurst, D. Lucas, B.; Stewart, C.; Worden, C. (2012). Partnering with environmental services to drive infection control excellence. *American Journal of Infection Control*, 40 (5), e41. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajic.2012.04.069>
- Khurma, N. (2009). *Analysis, Modeling and Improvement of Patient Discharge Process in a Regional Hospital*. Electronic Theses and Dissertations. University of Windsor, Paper 155.
- Law, M, Stewart, D., Pollock, N. Lettes, L. Bosch, J., & Wetstmorland, M. (n.d.). *Critical review forms*. Centre for Evidence-Based Rehabilitation. McMaster Université. Récupéré de <http://www.srs-mcmaster.ca/Default.aspx?tabid=630>

- Lepage, B. R., R.; Lebeau, M.; Aubeneau, C.; Silvain, C.; Migeot, V. (2009). Use of a risk analysis method to improve care management for outlying inpatients in a university hospital. *Quality and Safety in Health Care*, 18(6), 441-445. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.025742>
- Liu T.M. (2012). A Generic Bed Planning Model. Master of Applied Science. Graduate Department of Mechanical and Industrial Engineering University of Toronto.
- MSSS (2006). Manuel de gestion des urgences. Ministère de la santé et des services sociaux. Gouvernement du Québec
- Mintzberg, H. (2010). *Gérer (Tout simplement)*. Éditions Transcontinental. Montréal.
- Prochaska, JO, DiClemente, CC, Norcross GC. (1992). In search of How People Change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 1102-1114
- Proudlove, N. B., Gordon, K., Boader, R. (2003). Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Emerg Med J*, 20, 149-155.
- Proudlove, N. B., R.; Jorgensen, J. (2007). Developing bed managers : the why and the how. *J Nurs Manag*, 15(1), 34-42. doi : 10.1111/j.1365-2934.2006.00632.x
- Salmi, R.S. (2012). **Lecture critique et communication médicale scientifique : Comment lire, présenter, rédiger et publier une étude clinique ou épidémiologique.** 3<sup>e</sup> édition. Éditions Elsevier Masson SAS. France
- Waring, T.S., Alexander M. (2015). Innovations in inpatient flow and bed management: An action research project in a UK acute care hospital. *International Journal of Operations & Production Management*, 35(5), 751-781.
- Watson, D. (2006). Planning to ensure the safe transfer of hospital patients. *Nurs Times*, 102(9), 21-22.
- Wu, C. J. Coyer, F. (2007). Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: a case study approach. *Nurs Health Sci*, 9(1), 48-53. doi : 10.1111/j.1442-2018.2007.00294.x

### Référence Web

([http://bu.univ-avignon.fr/wp-content/uploads/2013/08/Methodo\\_documentaire.pdf](http://bu.univ-avignon.fr/wp-content/uploads/2013/08/Methodo_documentaire.pdf))

## Annexe 1 – Documents consultés

- Abedian, S. K., H.; Riazi, H.; Bitaraf, E. (2014). Cross hospital bed management system. *Stud Health Technol Inform*, 205, 126-130.
- Anonymous. (2008). Patient flow initiative reduces hours on hold, decreases length of stay. *Hospital Case Management*, 16(11), 167-168.
- Anonymous. (2008). Projects improve patient flow, shorten LOS. *Hospital Case Management*, 16(8), 121-122.
- Anonymous. (2009). Care coordinators work 24/7 to increase efficiency, decrease length of stay. *Hospital Case Management*, 17(12), 183-184.
- Anonymous. (2009). Hospital discharge process can be more efficient. *Hospital Case Management*, 17(7), 105-106.
- Audit Commission. (1992) Lying in wait: the use of medical beds in acute hospitals. London : Audit Commission
- Appleby, J. (2013). The hospital bed: on its way out? *BMJ*, 346, f1563. doi : 10.1136/bmj.f1563
- Bennett, K. (2009). Patient throughput: getting the right patient in the right bed with the right caregiver. *Professional Case Management*, 14(6), 338-339. doi : <http://dx.doi.org/10.1097/NCM.0b013e3181c3d632>
- Bhamidipati, S. A., A.; Johnson, E. (2013). Improving bed management by utilizing early interdisciplinary discharge planning. *Journal of General Internal Medicine*, 28, S105-S106.
- Borghans, I. K., S. M.; Kool, R. B.; Westert, G. P. (2012). Is the length of stay in hospital correlated with patient satisfaction? *Int J Qual Health Care*, 24(5), 443-451. doi: 10.1093/intqhc/mzs037
- Brasel, K. J. L., H. J.; Nirula, R.; Weigelt, J. A. (2007). Length of stay: an appropriate quality measure? *Arch Surg*, 142(5), 461-465; discussion 465-466. doi : 10.1001/archsurg.142.5.461
- Bryson, C. (2011). Right patient, right bed. *Journal of Hospital Medicine*, 2), S101. doi : <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.920>
- Cann, T. G., A. (2012). Change for the better: an innovative model of care delivering positive patient and workforce outcomes. *Collegian: Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 19(2), 107-113.
- Carter, J. A. C., G. (2014). Staar: Improving the reliability of care coordination and reducing hospital readmissions in an academic medical center. *Journal of General Internal Medicine*, 29, S495-S496.
- Cho, S.-H. P., Mi Hyun; Jeon, Sang Hee; Chang, Hyoung Eun; Hong, Hyun-Ja. (2014). Average Hospital Length of Stay, Nurses' Work Demands, and Their Health and Job

- Outcomes. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(3), 199-206. doi : 10.1111/jnu.12066
- Cohen, J. P., K.; Abele, D.; Bonville, D. (2013). Pilot study of nurse directed patient flow to a surgical intensive care unit on ED length of stay. *Critical Care Medicine*, 1), A22-A23. doi : <http://dx.doi.org/10.1097/01.ccm.0000439265.03241.9d>
- Coombs, M. L., V. (2007). Safety, effectiveness and costs of different models of organising care for critically ill patients: literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 115-129.
- Corbella, X. O., B.; Juan, A.; Ferre, C.; Ortega, N.; Salazar, A. (2011). Managing hospital-wide patient flow to address inpatient access block for emergency patients. *Annals of Emergency Medicine*, 1), S327. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.annemergmed.2011.06.473>
- Cowan, M. J. S., M.; Hays, R. D.; Afifi, A.; Vazirani, S.; Ward, C. R.; Ettner, S. L. (2006). The effect of a multidisciplinary hospitalist/physician and advanced practice nurse collaboration on hospital costs. *Journal of Nursing Administration*, 36(2), 79-85. doi : <http://dx.doi.org/10.1097/00005110-200602000-00006>
- Crocker, C. K., R. (2005). Nurse-led discharge to the ward from high dependency: a service improvement project. *Intensive & Critical Care Nursing*, 21(6), 363-366.
- Crockett, D. T., K.; Shull, A.; Sandt, J. (2014). Communication is the driver of an efficient health care team. *Stroke*, 45.
- Cropley, S. (2012). The relationship-based care model: evaluation of the impact on patient satisfaction, length of stay, and readmission rates. *J Nurs Adm*, 42(6), 333-339. doi : 10.1097/NNA.0b013e31825738ed
- Cullen, L. G., J.; Greiner, J.; Bombei, C.; Comried, L. (2005). Excellence in evidence-based practice: organizational and unit exemplars. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 17(2), 127-142, x.
- Cullum, N. S., K.; Richardson, G. (2005). Nurse led care. *British Medical Journal*, 330(7493), 682-683.
- Dall, T. M. C., 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 : <http://dx.doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181844da8>
- Dent, A. W. W., T. J.; Vallender, L.; Oettel, N. E. (2007). Can medical admission and length of stay be accurately predicted by emergency staff, patients or relatives? *Aust Health Rev*, 31(4), 633-641.
- Dressler, R. C., V. U.; Eppheimer, M.; Monegan, B. A.; Cunningham, J.; Talarek, D.; Alders, V. L.; Anderson, S. L. (2012). Transforming health care through a unit-based clinical leadership model. *Journal of General Internal Medicine*, 27, S571.
- Dubois, C. A. D. A., 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
- Elkhuizen, S. G. B., G.; Smeenk, M.; Klazinga, N. S.; Bakker, P. J. (2007). Capacity

- management of nursing staff as a vehicle for organizational improvement. *BMC Health Services Research*, 7, 196.
- Forster, A. J. C., H. D.; Menard, A.; Dupuis, N.; Chernish, R.; Chandok, N.; Khan, A.; Letourneau, M.; Van Walraven, C. (2005). Effect of a nurse team coordinator on outcomes for hospitalized medicine patients. *American Journal of Medicine*, 118(10), 1148-1153. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.04.019>
- Gannon, B. J., C.; Wakai, A.; O'Sullivan, R. (2014). The cost of data collection for performance monitoring in hospitals: protocol for a systematic review. *Syst Rev*, 3, 65. doi : 10.1186/2046-4053-3-65
- Goossen, W. (2009). Sending electronic nursing discharge messages using the HL7 v3 Care Provision standard. *Stud Health Technol Inform*, 146, 269-275.
- Gulati, M. M., L.; Smith, E.; Reynolds, M.; Harrington, M.; Lambert, R.; Stevenson, G.; Bigio, D.; Cafeo, T. (2012). A systematic approach to enhance communication and optimize patient flow through the use of technology. *Journal of Hospital Medicine*, 7, S133-S134. doi : <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1927>
- Gyntelberg, F. S., P.; Rix, B. A.; Skov, P.; Nielsen, P. E.; Juhl, E. (2006). Quality of hospital care evaluated by Danish nurses and doctors - Based on experience from their own or a close family member's hospitalization. *Danish Medical Bulletin*, 53(3), 342-348.
- Hamby, L. F., S. W. (2004). Using patient waiting-time data to improve the hospital bed-assignment process. *Joint Commission Journal on Quality & Safety*, 30(1), 42-46, 41.
- Harris R, R. G. G. P. H. N. W.-B. J. (2005). Economic evaluation of a nursing-led inpatient unit: the impact of findings on management decisions of service utility and sustainability. *Journal of nursing management*, 13(5), 428-438.
- Heartfield, M. (2005). Regulating hospital use: length of stay, beds and whiteboards. *Nurs Inq*, 12(1), 21-26. doi : 10.1111/j.1440-1800.2005.00251.x
- Ho, S. M. E. P. W. (2013). Timely 1100 Hour Discharge to Free up Beds for Admission. *Annals of the Academy of Medicine Singapore. Conference: Singapore Health and Biomedical Congress, SHBC*, 42(pp S313).
- Hughes, G. (2011). Reconfiguring hospital services. *Emergency Medicine Journal*, 28(12), 1002-1003. doi : <http://dx.doi.org/10.1136/emered-2011-200709>
- Hulshof, P. J. B., R. J.; Hans, E. W.; Hurink, J. L. (2013). Tactical resource allocation and elective patient admission planning in care processes. *Health Care Manag Sci*, 16(2), 152-166. doi : 10.1007/s10729-012-9219-6
- Hung, K. Y. J., J. S. (2014). Time to have a paradigm shift in health care quality measurement. *J Formos Med Assoc*, 113(10), 673-679. doi : 10.1016/j.jfma.2014.06.003
- Jeffs, L. J., D.; Wilson, G.; Ferris, E.; Cardiff, B.; Lanceta, M.; White, P.; Pringle, D. (2012). Linking HOBIC measures with length of stay and alternate levels of care: implications for nurse leaders in their efforts to improve patient flow and quality of care. *Nursing leadership (Toronto, Ont.)*, 25(4), 48-62.
- Kaboli, P. J. B., M. J.; Rosenthal, G. E. (2004). Associations with reduced length of stay and

- costs on an academic hospitalist service. *American Journal of Managed Care*, 10(8), 561-568.
- Kaitelidou, D. K., M.; Pasaloglou, S.; Letsios, A.; Tsiata, K.; Kyriazi, M.; Galanakis, D.; Maltezaki, E.; Asithianakis, P.; Liaropoulos, L. (2012). Efficiency of greek hospitals: Best practices of three topperforming hospitals. *Value in Health*, 15 (7), A305. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jval.2012.08.637>
- Kar, S. B., R. (2013). Increasing productivity by reducing average length of stay (ALOS) in Apollo Gleneagles Hospitals, Kolkata, India. *World Hosp Health Serv*, 49(2), 16-17.
- Kim, C. S. H., A. L.; Paretto, R. F.; Kuhn, L.; Dowling, A. E.; Benkeser, J. L.; Spahlinger, D. A. (2011). Excess hospitalization days in an academic medical center: perceptions of hospitalists and discharge planners. *American Journal of Managed Care*, 17(2), e34-42.
- Kowinsky, A. G., P. K.; Zombek, V. L.; Rader, S. L.; Reidy, M. E. (2009). Care management redesign: increasing care manager time with patients and providers while improving metrics. *Journal of Nursing Administration*, 39(9), 388-392. doi : <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3181b3b617>
- Kravet, S. J. L., R. B.; Rubin, H. R.; Wright, S. M. (2007). Discharging patients earlier in the day: a concept worth evaluating. *Health Care Manag (Frederick)*, 26(2), 142-146. doi : [10.1097/01.hcm.0000268617.33491.60](http://dx.doi.org/10.1097/01.hcm.0000268617.33491.60)
- Kuusisto, A. A., P.; Lukka, H.; Tantt, K. (2009). Experiences with the electronic nursing discharge summary. *Stud Health Technol Inform*, 146, 226-230.
- Lagoe, R. J. W., G. P.; Kendrick, K.; Morreale, G.; Mnich, S. (2005). Managing hospital length of stay reduction: a multihospital approach. *Health Care Manage Rev*, 30(2), 82-92.
- Lee, K. H. A., Y. M. (2007). The association between clinical pathways and hospital length of stay: a case study. *J Med Syst*, 31(1), 79-83.
- Lepage, B. R., R.; Lebeau, M.; Aubeneau, C.; Silvain, C.; Migeot, V. (2009). Use of a risk analysis method to improve care management for outlying inpatients in a university hospital. *Quality and Safety in Health Care*, 18(6), 441-445. doi : <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2007.025742>
- Leu, J. D. H., Y. T. (2011). An application of business process method to the clinical efficiency of hospital. *Journal of Medical Systems*, 35(3), 409-421. doi : <http://dx.doi.org/10.1007/s10916-009-9376-4>
- Lianne, J. D., Jiang; Gail, Wilson; Ella, Ferris; Brenda, Cardiff; Mary, Lanceta; Peggy, White; Dorothy, Pringle. (2012). Linking HOBIC Measures with Length of Stay and Alternate Levels of Care: Implications for Nurse Leaders in Their Efforts to Improve Patient Flow and Quality of Care. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 25(4), 48-62.
- Littig, S. J. I., M. W. (2007). Short term hospital occupancy prediction. *Health Care Management Science*, 10(1), 47-66.
- Lotfi, F. K., R.; Bastani, P.; Shaarbafchi Zadeh, N.; Eslamian, M.; Dehghani, M. R.; Kiaee,

- M. Z. (2014). Various indicators for the assessment of hospitals' performance status: differences and similarities. *Iran Red Crescent Med J*, 16(4), e12950. doi : 10.5812/ircmj.12950
- MacKenzie, T. D. K., T.; House, R.; Loehr, A. A.; Hirsh, J. M.; Boyle, K. A.; Sabel, A. I.; Mehler, P. S. (2012). A discharge panel at Denver Health, focused on complex patients, may have influenced decline in length-of-stay. *Health Aff (Millwood)*, 31(8), 1786-1795. doi : 10.1377/hlthaff.2012.0515
- Mathews, K. S. C., P.; Bacon, S.; Jenq, G. Y. (2014). Using the red/yellow/green discharge tool to improve the timeliness of hospital discharges. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 40(6), 243-252.
- Millar, A. N. H., C. M.; Passmore, A. P.; Ryan, C. (2014). Intermediate care: The role of medicines management. *Drugs and Aging*, 31(1), 21-31. doi : <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-013-0133-5>
- Mintzberg, H. (2010). **Gérer (Tout simplement)**. Éditions Transcontinental. Montréal.
- Nardi, R. S., G.; Tragnone, A.; Lolli, A.; Kalfus, P.; Baldini, A.; Ghedini, T.; Bombarda, S.; Fiadino, L.; Di Ciommo, S. (2007). Difficult hospital discharges in internal medicine wards. *Intern Emerg Med*, 2(2), 95-99. doi : 10.1007/s11739-007-0029-7
- Needleman, J. (2008). Is what's good for the patient good for the hospital? Aligning incentives and the business case for nursing. *Policy, Politics & Nursing Practice*, 9(2), 80-87.
- Needleman, J. H., S. (2009). The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health Affairs*, 28(4), w625-633. doi : 10.1377/hlthaff.28.4.w625
- Newbold, D. (2006). Caring about the costs. *Nurs Stand*, 20(29), 24-25.
- Packman, Z. S., P. (2007). The nurses who simplified discharge planning. Interview by Victoria Hoban. *Nursing Times*, 103(42), 20-21.
- Page, C. (2010). Nurse-led discharge. *Nurs Manag (Harrow)*, 17(8), 26-27.
- Patel, S. J., M. (2012). Boosting the discharge process- Mentored implementation of project boost to optimize the discharge process. *Journal of Hospital Medicine*, 7, S110-S111. doi : <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1927>
- Patrick, H. R., N.; Hutt, R.; Hewitt, P.; Connelly, J.; Oliver, D. (2006). Evaluation of innovations in nursing practice: report and discussion. *British Journal of Nursing*, 15(9), 520-523.
- Payne, C. O., D.; Castle, B.; Methvin, A.; Vazquez, J.; Burleson, M.; Smith, D.; Dressler, D.; Stein, J. (2012). Accountable care unit on a medical ward in a teaching hospital: A new care model designed to improve patient and hospital outcomes. *Journal of Hospital Medicine*, 7, S125. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1927>
- Perez, A. L. T., E. M.; Christian, M. (2012). Improving patient outcomes and decreasing length of stay through pharmacist participation in case management rounds. *Pharmacotherapy*, 32 (10), e270-e271. doi : <http://dx.doi.org/10.1002/j.1875-9114.2012.01219>

- Pompeo, D. A. P., M. H.; Cesarino, C. B.; de Araújo, R. R. D.; Poletti, N. A. A. (2007). Nurses » performance on hospital discharge: patients' point of view. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(3), 345-350.
- Prince, S. B. H., D. M. (2007). The role of information technology in healthcare communications, efficiency, and patient safety: application and results. *Journal of Nursing Administration*, 37(4), 184-187.
- Propp, K. M. A., J.; Ford, W. S. Z.; Wallace, N.; Serbenski, M.; Hofmeister, N. (2010). Meeting the complex needs of the health care team : identification of nurse-team communication practices perceived to enhance patient outcomes. *Qualitative Health Research*, 20(1), 15-28. doi : 10.1177/1049732309355289
- Proudlove, N. B., Gordon, K., Boader, R. (2003). Can good ned management solve the overcrowding in accident and emergency departments? *Emerg Med J*, 20, 149-155.
- Proudlove, N. B., R.; Jorgensen, J. (2007). Developing bed managers : the why and the how. *J Nurs Manag*, 15(1), 34-42. doi : 10.1111/j.1365-2934.2006.00632.x
- Rees, S. H., B.; Lavrenz, D. (2014). Enhancing capacity management. *J Nurs Adm*, 44(3), 121-124. doi : 10.1097/NNA.0000000000000036
- Reuille, R. (2004). Bed control report : A computer-based system to track patient admissions delayed or rescheduled due to a bed shortage. *Journal of Nursing Administration*, 34(12), 539-542.
- Reviews, C. f. D. (2014). Associations with reduced length of stay and costs on an academic hospitalist service (Structured abstract). *NHS Economic Evaluation Database*(3). doi : <http://dx.doi.org/10.1002/14651858>
- Rimar, J. M. D., D. (2006). Inpatient nursing unit volume, length of stay, cost, and mortality. *Nursing Economics*, 24(6), 298-307, 279.
- Rotter, T. K., Leigh; James, Erica L.; Machotta, Andreas; Gothe, Holger; Willis, Jon; Snow, Pamela; Kugler, Joachim. (2010). Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(7).
- Safran, D. G. M., W.; Beckman, H. (2006). Organizational dimensions of relationship-centered care: Theory, evidence, and practice. *Journal of General Internal Medicine*, 21(SUPPL. 1), S9-S15. doi : <http://dx.doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00303.x>
- Sailhamer, E. A. S., S. M.; Chang, Y.; Rattner, D. W.; Berger, D. L. (2007). Environmental impact of accelerated clinical care in a high-volume center. *Surgery*, 142(3), 343-349. doi : 10.1016/j.surg.2007.03.015
- Sammann, C. S. (2008). *The structure and function of coordinating care delivery models: impact on patient outcomes*. (University of Rochester School of Nursing). Repéré à <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2009982767&lang=fr&site=ehost-live> Accessible par cin20.
- Santry, C. (2010). Patient recovery scheme cuts hospital stay in half. *Nurs Times*, 106(15), 1.
- Schmidt, R. G., S.; Spreckelsen, C. (2013). Decision support for hospital bed management

- using adaptable individual length of stay estimations and shared resources. *BMC Med Inform Decis Mak*, 13, 3. doi: 10.1186/1472-6947-13-3
- Sheehy, A. M. G., B.; Gangireddy, S.; Hoffman, R.; Ehlenbach, M.; Heidke, C.; Fields, S.; Liegel, B.; Jacobs, E. A. (2013). Hospitalized but not admitted: characteristics of patients with "observation status" at an academic medical center. *JAMA Intern Med*, 173(21), 1991-1998. doi : 10.1001/jamainternmed.2013.8185
- Shepperd, S. D., Helen; Broad, Joanna; Gladman, John; Iliffe, Steve; Langhorne, Peter; Richards, Suzanne; Martin, Finbarr; Harris, Roger. (2011). Hospital at home early discharge. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(8).
- Singh, S. T., S.; Rana, V.; Marks, D. S.; Conti, M.; Idstein, K.; Biblo, L. A.; Fletcher, K. E. (2012). Impact of localizing general medical teams to a single nursing unit. *J Hosp Med*, 7(7), 551-556. doi : 10.1002/jhm.1948
- Skillings, L. N. M., D. (2009). The patient care coordinator role: an innovative delivery model for transforming acute care and improving patient outcomes. *Nurs Adm Q*, 33(4), 296-300. doi : 10.1097/NAQ.0b013e3181b9dd09
- Snively, V. R., J.; Dunivan, J. (2009). Utilization of a multi-disciplinary collaborative practice model yields improved outcomes and cost efficiencies. *Critical Care Medicine*, 37 (12 SUPPL.), A374. doi : <http://dx.doi.org/10.1097/01.ccm.0000365439.11849.a2>
- Staples, A. C., L.; Wassel, Y.; Moore, S.; Firth, J.; Ripley, J. (2010). Improving the discharge process from surgical wards within a teaching hospital. *Clinical Pharmacist*, 2 (9), S9-S10.
- Suzuki, S. N., S.; Zerwekh, J.; Yamaguchi, T.; Tomura, H.; Takemura, Y.; Murashima, S. (2012). Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 9(2), 201-215. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1742-7924.2011.00203.x>
- Tarling, M. J., H. (2006). Improving team meetings to support discharge planning. *Nurs Times*, 102(26), 32-35.
- Terra, S. M. (2007). An evidence-based approach to case management model selection for an acute care facility: is there really a preferred model? *Prof Case Manag*, 12(3), 147-157; quiz 158-149. doi : 10.1097/01.PCAMA.0000271365.01171.b6
- Thomas, P. L. (2008). Case manager role definitions: do they make an organizational impact? *Prof Case Manag*, 13(2), 61-71; quiz 72-63. doi : 10.1097/01.PCAMA.0000314175.16908.c5
- Thomas, P. M., K.; Watkins, W.; Gupta, G. (2007). Acute medical assessment/admission units: Clinical performance indicators. *Clinical Governance*, 12(4), 222-232. doi : <http://dx.doi.org/10.1108/14777270710828892>
- Tormey, W. (2004). The impact of inpatient bed mismanagement on the Irish health service. *Irish Journal of Medical Science*, 173(3), 124.
- Tortorella, F. U., D.; Douglas-Ntagha, P.; Ray, R.; Triller, M. (2013). Improving bed turnover time with a bed management system. *J Nurs Adm*, 43(1), 37-43. doi :

10.1097/NNA.0b013e3182785fe7

- Toussaint, J. S. B., L. L. (2013). The promise of lean in health care. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(1), 74-82. doi : <http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2012.07.025>
- Tsai, T. C. J., A. K. (2014). Hospital consolidation, competition, and quality: is bigger necessarily better? *JAMA*, 312(1), 29-30. doi : 10.1001/jama.2014.4692
- Tschannen, D. K., B. J. (2009). The effect of variations in nurse staffing on patient length of stay in the acute care setting. *Western Journal of Nursing Research*, 31(2), 153-170. doi : 10.1177/0193945908321701
- Tschannen, D. K., B. J. (2009). The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *J Nurs Manag*, 17(7), 796-803. doi : 10.1111/j.1365-2834.2008.00926.x
- Van Bogaert, P. V. h., Danny; Somers, Annemie; Tegenbos, Muriel; Wouters, Kristien; Van der Straeten, Johnny; Van Aken, Paul; Havens, Donna Sullivan. (2014). The Productive Ward Program™. *Journal of Nursing Administration*, 44(9), 452-461. doi : 10.1097/NNA.0000000000000100
- Van Vaerenbergh, C. (2009). Using mixed methods to identify factors influencing patient flow. *Health Serv Manage Res*, 22(4), 170-175. doi : 10.1258/hsmr.2009.009006
- Villa, S. B., M.; Lega, F. (2009). Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases. *Health Care Manag Sci*, 12(2), 155-165.
- Walani, L. (2006). Nurse case managers : patient care implications at a Pakistani university. *Br J Nurs*, 15(17), 912-913.
- Walker, C. H., M. O.; Curry, L. C. (2007). Hospital discharge of older adults. *American Journal of Nursing*, 107(6), 60-71.
- Walker, K. A., J.; Andrews, R. (2011). Optimizing quality, service, and cost through innovation. *Nurs Adm Q*, 35(1), 68-71. doi : 10.1097/NAQ.0b013e3182032208
- Watkins N, K. M. D. M. P. C. (2011). Same-handed and mirrored unit configurations: is there a difference in patient and nurse outcomes? *Journal of nursing administration*, 41(6), 273-279.
- Weiss, M. E. Y., O.; Bobay, K. L. (2011). Quality and cost analysis of nurse staffing, discharge preparation, and postdischarge utilization. *Health Services Research*, 46(5), 1473-1494. doi : <http://dx.doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01267.x>
- Welton, J. M. (2011). Hospital nursing workforce costs, wages, occupational mix, and resource utilization. *Journal of Nursing Administration*, 41(7-8), 309-314. doi : <http://dx.doi.org/10.1097/NNA.0b013e3182250a2b>
- Williams, T. A. L., G. D.; Brearley, L.; Leen, T.; O'Brien, K. (2010). Discharge delay, room for improvement? *Aust Crit Care*, 23(3), 141-149. doi : 10.1016/j.aucc.2010.02.003
- Wolf D, L. L. Q. R. R. M. F. S. Z. T. H. L. (2008). Can nurses impact patient outcomes using a patient-centered care model? *Journal of nursing administration*, 38(12), 532-540.
- Wong, W. H. (2004). Caring holistically within new managerialism. *Nursing Inquiry*, 11(1), 2-

13.

- Yamamoto, L. L., C. (2005). Case management "within the walls": a glimpse into the future. *Crit Care Nurs Q*, 28(2), 162-178.
- Yu, D. S., S. (2012). Lean inpatient unit base care model. *Journal of Hospital Medicine*, 7, S107. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/jhm.1927>
- Yu, S. Y. K., I. S.; Lee, S. M.; Park, Y. W.; Lee, C. (2011). A unit-coordinator system : an effective method of reducing inappropriate hospital stays. *Int Nurs Rev*, 58(1), 96-102. doi : 10.1111/j.1466-7657.2010.00850.x
- Zwarenstein, M. G., J.; Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*(3), Cd000072. doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2
- Zwarenstein, M. R., Scott; Straus, Sharon E.; Pinfold, Patricia; Goldman, Joanne. (2011). Case management : effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(10).

## Annexe 2 - Stratégies de recherche originales AVANT retrait des doublons

### Banque de données

Banque de données	CINAHL
Interface de recherche	EBSCO
Date de la recherche	9 septembre 2015
Limites appliquées	2005-2015, anglais et français

### Légende de la syntaxe utilisée

MH	«Exact Subject Headings », descripteur du vocabulaire contrôlé
N2	Opérateur de proximité
TI	«Title», Titre
AB	«Abstract», Résumé
S (1, 2, 3...)	«Search», Recherche
OR, AND	OU, ET — Opérateurs booléens

### Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe de CINAHL

#	Question	Résultats
S1	( (MH "Bed Occupancy") OR (MH "Transportation of Patients") OR (MH "Length of Stay") OR (MH "Transfer, Discharge") ) OR ( TI ( (bed or beds or (patient* N2 transportation) or (patient* N2 transfer)) ) OR AB ( (bed or beds or (patient* N2 transportation) or (patient* N2 transfer)) ) )	47,972
S2	( (MH "Nursing Administration Research") OR (MH "Nurse Administrators") OR (MH	0

	"Nursing Staff, Hospital") OR (MH "Nursing Care") OR (MH "Nurses") OR (MH "Administrative Personnel") ) OR ( TI ( ((nurse* N2 administrator*) or (nursing N2 care) or (nurse* N2 manager*) or (nurse* N2 executive*) or (nurse* adj coodinator) or (nurse N2 workload)) ) OR AB ( ((nurse* N2 administrator*) or (nursing N2 care) or (nurse* N2 manager*) or (nurse* N2 executive*) or (nurse* adj coodinator) or (nurse N2 workload)) ) )	
S3	(MH "Competency Assessment") OR (MH "Education, Competency-Based") OR (MH "Professional Competence") OR (MH "Clinical Competence") OR (MH "Credentialing")	44,175
S4	TI ( competenc* or competent* or credentialing or expertise or proficien* ) OR AB ( competenc* or competent* or credentialing or expertise or proficien* )	41,953
S5	<b>S3 OR S4</b>	<b>74,730</b>
S6	<b>S1 AND S2 AND S5</b>	<b>131</b>
S7	<b>S1 AND S2 AND S5</b> Date de publication : 20050101-20151231	<b>92</b>
S8	<b>S1 AND S2 AND S5</b> Date de publication : 20050101-20151231; Langue : English, French	<b>84</b>

### **Stratégie de recherche EBM reviews (OvidSP)**

Banques de données	Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 to July 2015, ACP Journal Club 1991 to August 2015, Database of Abstracts of Reviews of Effects 2nd Quarter 2015 Cochrane Central Register of Controlled Trials August 2015, Cochrane Methodology Register 3rd Quarter 2012, Health Technology Assessment 3rd Quarter 2015, NHS Economic Evaluation Database 2nd Quarter 2015
Interface de recherche	OvidSP
Date de la recherche	9 septembre 2015
Limites appliquées	2005-2015, anglais et français

### **Légende de la syntaxe utilisée**

/	employé à la fin d'un terme ou d'une expression signifie que le terme ou l'expression est un descripteur du vocabulaire contrôlé
ti	«Title», Titre

ab	«Abstract », Résumé
kw	«Keywords», Mots-clés
*	troncature permet de faire une recherche à partir de la racine ou d'une partie d'un terme
OR, AND	OU, ET — Opérateurs logiques
yr	«Year», Année
limit	Limite

### **Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe d'EBM reviews (OvidSP)**

1. Hospital Bed Capacity/ (16)
2. Patients' Rooms/(45)
3. "Transportation of Patients"/(90)
4. "Length of Stay"/(6173)
5. Beds/(252)
6. Patient Transfer/(116)
7. (bed or beds or (patient\* adj2 transportation) or (patient\* adj2 transfer)).tw,kw. (6394)
- 8. or/1-7 (12534)**
9. Nursing Administration Research/or Nursing Care/or Nursing/or Nursing Staff, Hospital/(591)
10. Nurse Administrators/(27)
11. ((nurse\* adj2 administrator\*) or (nursing adj2 care) or (nurse\* adj2 manager\*) or (nurse\* adj2 executive\*) or (nurse\* adj2 coordinator) or (nurse adj2 workload)).tw,kw. (1802)
- 12. or/9-11 (2306)**
13. Competency-Based Education/ (64)
14. Professional Competence/ (200)
15. Clinical Competence/ (1924)
16. Credentialing/(9)
17. (competenc\* or competent\* or credentialing or expertise or proficien\*).tw,kw. (5378)
- 18. or/13-17 (7059)**
- 19. 8 and 12 and 18 (33)**
- 20. remove duplicates from 19 (33)**
- 21. limit 20 to (yr="2005 -Current" and (english or french)) [Limit not valid in CDSR,ACP Journal Club,DARE,CLCMR,CLEED; records were retained] (27)**

### **Banque de données**

Banque de données	Ovid MEDLINE(R) 1946 to September Week 1 2015, Ovid MEDLINE(R) In-Process & Other Non-Indexed Citations September 09, 2015
Interface de recherche	OvidSP
Date de la recherche	9 septembre 2015
Limites appliquées	2005-2015, anglais, français

### **Légende de la syntaxe utilisée**

/	employé à la fin d'un terme ou d'une expression signifie que le terme ou l'expression est un descripteur du vocabulaire contrôlé (MESH)
*/	employé à la fin d'un terme ou d'une expression signifie que le terme ou l'expression est un <b>descripteur principal</b> du vocabulaire contrôlé
tw	le champ «Text word» inclut les champs <b>titre et résumé</b>
kw	«Keywords» — mots-clés
or, and	OU, ET — opérateurs booléens
adj2	l'opérateur d'adjacence
*	troncation

### **Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe de MEDLINE (OvidSP)**

1. Hospital Bed Capacity/(3706)
2. Patients' Rooms/(2215)
3. "Transportation of Patients"/(8324)
4. "Length of Stay"/(64426)
5. Beds/(3828)
6. Patient Transfer/(6241)
7. (bed or beds or (patient\* adj2 transportation) or (patient\* adj2 transfer)).tw,kw. (88945)
8. **or/1-7 (167992)**

9. Nursing Administration Research/or Nursing Care/or Nursing/or Nursing Staff, Hospital/(112988)
10. Nurse Administrators/(11730)
11. ((nurse\* adj2 administrator\*) or (nursing adj2 care) or (nurse\* adj2 manager\*) or (nurse\* adj2 executive\*) or (nurse\* adj2 coodinator) or (nuse adj2 workload)).tw,kw. (31593)
- 12. or/9-11 (144375)**
13. Competency-Based Education/ (2997)
14. Professional Competence/ (21219)
15. Clinical Competence/ (70351)
16. Credentialing/(3735)
17. (competenc\* or competent\* or credentialing or expertise or proficien\*).tw,kw. (130218)
- 18. or/13-17 (206177)**
- 19. 8 and 12 and 18 (241)**
20. remove duplicates from 19 (239)
21. limit 20 to (yr="2005 — Current" and (english or french)) (143)

<b><u>Banque de données</u></b>	
Banque de données	Embase 1980 to 2015 Week 36
Interface de recherche	Ovid
Date de la recherche	9 septembre 2015
Limites appliquées	2005-2015; français et anglais

<b><u>Légende de la syntaxe utilisée</u></b>	
/	employé à la fin d'un terme ou d'une expression signifie que le terme ou l'expression est un descripteur du vocabulaire contrôlé (EMTREE)
ti	«Title», Titre
ab	«Abstract », Résumé
pt	«Publication type», type de publication
*	troncature permet de faire une recherche à partir de la racine ou d'une partie d'un terme
OR, AND	OU, ET — Opérateurs logiques
yr	«Year», Année
limit	Limite

## **Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe d'EMBASE (OvidSP)**

1. nursing administration research/or nursing management/or nursing care/or nursing assistant/or nursing staff/or nursing/(275154)
2. nurse administrator/(11199)
3. administrative personnel/(16742)
4. nurse manager/(474)
5. ((nurse\* adj2 administrator\*) or (nursing adj2 care) or (nurse\* adj2 manager\*) or (nurse\* adj2 executive\*) or (nurse\* adj2 coordinator) or (nurse adj2 workload)).tw,kw. (34964)
- 6. or/1-5 (309157)**
7. bed/or hospital bed utilization/or hospital bed/or hospital bed capacity/(29132)
8. patient transport/(20625)
9. "length of stay"/(103145)
10. (bed or beds or (patient\* adj2 transportation) or (patient\* adj2 transfer)).tw,kw. (119181)
11. length of stay.tw,kw. (54749)
12. (bed adj2 management).tw,kw. (283)
13. (bed adj2 organization).tw,kw. (13)
- 14. or/7-13 (264774)**
15. clinical competence/or professional competence/(72615)
16. (competenc\* or competent\* or credentialing or expertise or proficien\*).tw,kw. (160821)
- 17. or/15-16 (217518)**
- 18. 6 and 14 and 17 (518)**
- 19. limit 18 to (embase and (english or french) and yr="2005 -Current") (154)**

## **Stratégie de recherche MEDLINE (PubMed)**

Banque de données	MEDLINE
Interface de recherche	PubMed
Date de la recherche	9 septembre 2015
Limites appliquées	2005-2015, anglais et français

## **Légende de la syntaxe utilisée**

[MeSH Terms]	«Medical Subject Heading» employé à la fin d'un terme ou d'une expression signifie que le terme ou l'expression est un descripteur du vocabulaire contrôlé MEDLINE
[Title/Abstract]	«Title», Titre/«Abstract », Résumé
*	troncature permet de faire une recherche à partir de la racine ou d'une partie d'un terme
OR, AND	OU, ET — Opérateurs logiques
[lang]	«Language», Langage
[PDat]	«Publication Date», Date de publication

## **Stratégie de recherche adaptée à la syntaxe de PubMed**

"Competency-Based Education"[Mesh] OR "Professional Competence"[Mesh] OR "Clinical Competence"[Mesh] OR "Credentialing"[Mesh] OR Competenc\*[Title/Abstract] OR Competent\*[Title/Abstract] OR "Competency-Based Education"[Mesh] OR "Professional Competence"[Mesh] OR "Clinical Competence"[Mesh] OR "Credentialing"[Mesh] OR expertise[Title/Abstract]) OR proficien\*[Title/Abstract]

### **AND**

"Hospital Bed Capacity"[Mesh] OR "Hospital Bed Capacity, 500 and over"[Mesh] OR "Length of Stay"[Mesh] OR "Beds/organization and administration"[Mesh] OR «Patient Transfer"[Mesh] OR Bed management [Title/Abstract] OR Length of Stay[Title/Abstract] OR Patient Transfer[Title/Abstract] OR Bed organization [Title/Abstract]

### **AND**

Nursing"[Mesh] OR "nursing" [Subheading] OR "Nursing Administration Research"[Mesh] OR "Nursing Staff, Hospital"[Mesh] OR "Nursing Care"[Mesh] OR "Nurse Administrators"[Mesh] OR nursing[Title/Abstract] OR nurse administrators[Title/Abstract] OR nurse managers[Title/Abstract] OR nurse executives[Title/Abstract] OR nurse patient coordinator[Title/Abstract] OR nurse flow manager[Title/Abstract] OR nurse workload[Title/Abstract]

## Annexe 3 - Documents trouvés dans les bases de données soumis à la lecture complète

Auteurs	Année	Titre
Abraham, J.; Reddy, M. C.	2010	Challenges to inter-departmental coordination of patient transfers: a workflow perspective
Banks, D. E.; Shi, R.; Timm, D. F.; Christopher, K. A.; Duggar, D. C.; Comegys, M.; McLarty, J.	2007	Decreased hospital length of stay associated with presentation of cases at morning report with librarian support
Barginere, C.; Franco, S.; Wallace, L.	2013	Succession planning in an academic medical center nursing service
Beniuk, K.; Boyle, A. A.; Clarkson, P. J.	2012	Emergency department crowding: prioritising quantified crowding measures using a Delphi study

Biber, R.; Bail, H. J.; Sieber, C.; Weis, P.; Christ, M.; Singler, K.	2013	Correlation between age, emergency department length of stay and hospital admission rate in emergency department patients aged $\geq 70$ years
Bird, D.; Morris, T.	2006	Using community matrons to target long-term conditions
Bonis, P. A.; Pickens, G. T.; Rind, D. M.; Foster, D. A.	2008	Association of a clinical knowledge support system with improved patient safety, reduced complications and shorter length of stay among Medicare beneficiaries in acute care hospitals in the United States
Borghans, I.; Kleefstra, S. M.; Kool, R. B.; Westert, G. P.	2012	Is the length of stay in hospital correlated with patient satisfaction?
Cesta, T.	2013	Managing length of stay using patient flow--part 1
Cohen, J. D.	2010	How many nurses does your hospital need?

Dressler, R.; Collier, V. U.; Eppehimer, M.; Monegan, B. A.; Cunningham, J.; Talarek, D.; Alders, V. L.; Anderson, S. L.	2012	Transforming health care through a unit-based clinical leadership model
Fessey, E.	2005	Implementing nurse-led discharge from day surgery
Geary, S.; Cale, D. D.; Quinn, B.; Winchell, J.	2009	Daily rapid rounds: decreasing length of stay and improving professional practice
Goodwin, J. S.; Lin, Y. L.; Singh, S.; Kuo, Y. F.	2013	Variation in length of stay and outcomes among hospitalized patients attributable to hospitals and hospitalists
Harkins, D.; Butz, D.; Taheri, P.	2006	A new prescription for healthcare leadership
Hendrich, A. L.; Lee, N.	2005	Intra-unit patient transports: time, motion, and cost impact on hospital efficiency

Hunter, T.; Nelson, J. R.; Birmingham, J.	2013	Preventing readmissions through comprehensive discharge planning
Hurlen, P.; Ostbye, T.; Borthne, A. S.; Gulbrandsen, P.	2010	Does improved access to diagnostic imaging results reduce hospital length of stay? A retrospective study
Hurst, D.; Lucas, B.; Stewart, C.; Worden, C.	2012	Partnering with environmental services to drive infection control excellence
Iannuzzi, M. C.; Iannuzzi, J. C.; Holtsbery, A.; Wright, S. M.; Knohl, S. J.	2015	Comparing Hospitalist-Resident to Hospitalist-Midlevel Practitioner Team Performance on Length of Stay and Direct Patient Care Cost
Kim, S. W.; Li, J. Y.; Hakendorf, P.; Teubner, D. J.; Ben-Tovim, D. I.; Thompson, C. H.	2014	Predicting admission of patients by their presentation to the emergency department
Klein, M. G.; Reinhardt, G.	2012	Emergency department patient flow simulations using spreadsheets

<p>Kobayashi, H.; Takemura, Y.; Kanda, K.</p>	<p>2011</p>	<p>Patient perception of nursing service quality; an applied model of Donabedian's structure-process-outcome approach theory</p>
<p>Kuo, Y. F.; Goodwin, J. S.</p>	<p>2010</p>	<p>Effect of hospitalists on length of stay in the medicare population: variation according to hospital and patient characteristics</p>
<p>Lebrun, L. A.</p>	<p>2012</p>	<p>Effects of length of stay and language proficiency on health care experiences among immigrants in Canada and the United States</p>
<p>Lepage, B.; Robert, R.; Lebeau, M.; Aubeneau, C.; Silvain, C.; Migeot, V.</p>	<p>2009</p>	<p>Use of a risk analysis method to improve care management for outlying inpatients in a university hospital</p>
<p>Lindholm, M.; Hargraves, J. L.; Ferguson, W. J.; Reed, G.</p>	<p>2012</p>	<p>Professional language interpretation and inpatient length of stay and readmission rates</p>
<p>Lopez, L.; Rodriguez, F.; Huerta, D.; Soukup, J.; Hicks, L.</p>	<p>2015</p>	<p>Use of interpreters by physicians for hospitalized limited English proficient patients and its impact on patient outcomes</p>

Metnitz, B.; Metnitz, P. G.; Bauer, P.; Valentin, A.; Asdi Study Group	2009	Patient volume affects outcome in critically ill patients
O'Mahony, S.; Mazur, E.; Charney, P.; Wang, Y.; Fine, J.	2007	Use of multidisciplinary rounds to simultaneously improve quality outcomes, enhance resident education, and shorten length of stay
Perrier, L.; Farrell, A.; Ayala, A. P.; Lightfoot, D.; Kenny, T.; Aaronson, E.; Allee, N.; Brigham, T.; Connor, E.; Constantinescu, T.; Muellenbach, J.; Epstein, H. A.; Weiss, A.	2014	Effects of librarian-provided services in healthcare settings: a systematic review
Proudlove, N.; Boaden, R.; Jorgensen, J.	2007	Developing bed managers: the why and the how
Resar, R.; Nolan, K.; Kaczynski, D.; Jensen, K.	2011	Using real-time demand capacity management to improve hospitalwide patient flow
Scotten, M.; Manos, E. L.; Malicoat, A.; Paolo, A. M.	2015	Minding the gap: Interprofessional communication during inpatient and post discharge chasm care

<p>Szary, N. M.; Sarwal, A.; Boshard, B. J.; Hall, L. W.</p>	<p>2010</p>	<p>Transfer of care communication: improving communication during inter-facility patient transfer</p>
<p>Watson, D.</p>	<p>2006</p>	<p>Planning to ensure the safe transfer of hospital patients</p>
<p>Wright, K.; Ryder, S.; Gousy, M.</p>	<p>2007</p>	<p>Community matrons improve health: patients' perspectives</p>
<p>Wu, C. J.; Coyer, F.</p>	<p>2007</p>	<p>Reconsidering the transfer of patients from the intensive care unit to the ward: a case study approach</p>
<p>Yakusheva, O.; Lindrooth, R.; Weiss, M.</p>	<p>2014</p>	<p>Nurse value-added and patient outcomes in acute care</p>

## Annexe 4 - Grilles de lectures utilisées

### Grille de lecture pour étude de type quantitative<sup>1</sup>

Cette grille de lecture est une adaptation de deux ouvrages :

Davies, B., Coutu-Wakulczyk, G., & Logan, J. (2011). *Lire des textes de recherche: Guide convivial pour infirmiers et autres professionnels de la santé*. Toronto: Mosby Elsevier.

Law, M, Stewart, D., Pollock, N. Lettes, L. Bosch, J., & Wetstmorland, M. (n.d.). *Critical review forms*. Centre for Evidence-Based Rehabilitation. McMaster Université.

Récupéré de <http://www.srs-mcmaster.ca/Default.aspx?tabid=630>

<b>RÉSUMÉ DE VOTRE SUJET DE RECHERCHE</b>	
<b>RÉFÉRENCE</b>	Auteur, X., Auteur, Y, & Auteur, Z. (année). Titre de l'article. <i>Titre du périodique en italique</i> , volume(no), page de début-page de fin.
<b>But de l'étude</b>  Est-ce que le chercheur annonce clairement le but de l'étude?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Formuler le but de l'étude. Comment cette dernière vous aidera-t-elle à répondre à votre question de recherche?

---

<sup>1</sup> Cette grille a été adaptée par Stéphanie Simard.

<p><b>Revue de la littérature</b></p> <p>Est-ce que le chercheur présente bien l'état des connaissances?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Quelle est la pertinence scientifique de cette étude?</p>
<p><b>DEVIS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Randomisé (RCT)</p> <p><input type="checkbox"/> Prétest et post-test</p> <p><input type="checkbox"/> Enquête</p> <p><input type="checkbox"/> Corrélational</p> <p><input type="checkbox"/> Étude de cas</p> <p><input type="checkbox"/> Étude de cohorte</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p> <p>(voir : Davies et Logan, 2011, p. 14)</p>	<p>Décrire le devis de recherche utilisé dans cette étude. Selon vous, est-ce que ce devis est approprié et pourquoi (p. ex: éthique, visée)?</p> <p>Y a-t-il des biais (manière dont les participants sont sélectionnés, questionnaire non validé, etc.)?</p>

<p><b>Échantillon</b></p> <p>N =</p> <p>Est-ce que la procédure d'échantillonnage des participants est bien décrite?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p>Est-ce que les chercheurs justifient la taille de l'échantillon?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Non rapporté</p>	<p>Échantillonnage (quelles sont les caractéristiques des participants (âge, sexe, etc.); combien; quelles sont les conditions pour le choix des participants? Est-ce que la procédure d'échantillonnage peut influencer sur les résultats de l'étude?</p> <p>Décrire la procédure d'échantillonnage :</p> <p>Est-ce que les chercheurs ont obtenu le consentement libre et éclairé des participants?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Non rapporté</p> <p>Les participants sont-ils similaires à votre projet de recherche?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p><b>COLLECTE DES DONNÉES</b></p> <p><input type="checkbox"/> Questionnaire</p> <p><input type="checkbox"/> Observation</p> <p><input type="checkbox"/> Entrevue</p> <p><input type="checkbox"/> Procédure</p> <p><input type="checkbox"/> Dossier</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>Décrire la méthode ou l'instrument utilisé pour la collecte des données.</p> <p>Des méthodes ont-elles été utilisées pour assurer la validité des données?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>

	Si oui, quelles étaient ces méthodes?
<p><b>ANALYSE DES DONNÉES</b></p>	<p>Décrire la méthode ou les méthodes statistiques utilisées pour l'analyse des données :</p> <p><b>Statistiques descriptives</b></p> <p><input type="checkbox"/> Moyenne</p> <p><input type="checkbox"/> Médian</p> <p><input type="checkbox"/> Écart-type</p> <p><b>Statistiques inférentielles</b></p> <p><input type="checkbox"/> Corrélacion</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse de régression</p> <p><input type="checkbox"/> Test du Khi-carré</p> <p><input type="checkbox"/> Comparaison de moyenne t-test</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse de la variance (ANOVA)</p> <p><input type="checkbox"/> Analyse de variance multivariée</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (voir Davis et Logan, p.23)</p>
<p><b>RÉSULTATS</b></p> <p>Est-ce que les résultats sont statistiquement significatifs?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Incertain</p>	<p>Quelles informations sont présentées?</p> <p>Par quel moyen l'auteur présente-t-il les informations?</p>

<b>DISCUSSION</b>	<p>Êtes-vous d'accord avec les opinions du chercheur?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Pourquoi?</p>
<b>IMPRESSION GLOBALE</b>	<p>En somme, pouvez-vous utiliser cette recherche?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Incertain</p> <p>Pourquoi?</p>

### **Grille de lecture pour étude de type qualitative<sup>2</sup>**

Cette grille de lecture est une adaptation de deux ouvrages :

Davies, B., Coutu-Wakulczyk, G., & Logan, J. (2011). *Lire des textes de recherche: Guide convivial pour infirmiers et autres professionnels de la santé*. Toronto: Mosby Elsevier.

---

<sup>2</sup> Cette grille a été adaptée par Stéphanie Simard.

Law, M, Stewart, D., Pollock, N. Lettes, L. Bosch, J., & Wetstmorland, M. (n.d.). *Critical review forms*. Centre for Evidence-Based Rehabilitation. McMaster Université.

Récupéré de <http://www.srs-mcmaster.ca/Default.aspx?tabid=630>

<p><b>RÉSUMÉ DE VOTRE SUJET DE RECHERCHE</b></p>	
<p><b>RÉFÉRENCE</b></p>	<p>Auteur, X., Auteur, Y, &amp; Auteur, Z. (année). Titre de l'article. <i>Titre du périodique en italique</i>, volume(no), page de début-page de fin.</p>
<p><b>But de l'étude</b></p> <p>Est-ce que le chercheur annonce clairement le but de l'étude?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Formuler le but de l'étude. Comment cette dernière vous aidera-t-elle à répondre à votre question de recherche?</p>
<p><b>Revue de la littérature</b></p> <p>Est-ce que le chercheur présente bien l'état des connaissances?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>La majorité des références sont-elles récentes (moins de 5 ans)?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

<p><b>DEVIS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Phénoménologique</p> <p><input type="checkbox"/> Théorisation ancrée</p> <p><input type="checkbox"/> Ethnographique</p> <p><input type="checkbox"/> Recherche-action</p> <p><input type="checkbox"/> Étude de cas</p> <p><input type="checkbox"/> Autre</p>	<p>Décrire le devis de recherche utilisé dans cette étude. Selon vous, est-ce que ce devis est approprié et pourquoi (ex: éthique, visée)?</p> <p>(pour une définition des devis qualitatifs voir Davies et Logan, 2011, p. 9)</p>
<p><b>Échantillon</b></p>	<p>Quelles sont les caractéristiques des participants sélectionnés?</p> <p>Critères d'inclusion</p> <p>Critères d'exclusion</p> <p>Est-ce que les chercheurs ont obtenu le consentement libre et éclairé des participants?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p> <p><input type="checkbox"/> Non rapporté</p> <p>Les participants sont-ils similaires à votre projet de recherche?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>
<p><b>COLLECTE DES DONNÉES</b></p>	<p>Quel était le milieu dans lequel les données ont été collectées (p. ex. domicile, hôpital)?</p>

<input type="checkbox"/> Entrevue dirigée <input type="checkbox"/> Entrevue semi-dirigée <input type="checkbox"/> Entrevue ouverte <input type="checkbox"/> Observation <input type="checkbox"/> Focus group <input type="checkbox"/> Autre	<p>Le chercheur a-t-il expliqué son rôle dans le processus de collecte des données?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p><b>ANALYSE DES DONNÉES</b></p>	<p>Quelles méthodes d'analyse des données ont été utilisées (p. ex. comment les catégories ou les thèmes sont-ils générés)?</p> <p>(voir Davis et Logan, p.23)</p>
<p><b>RÉSULTATS ET DISCUSSION</b></p>	<p>Quelles informations sont présentées?</p> <p>Êtes-vous d'accord avec l'interprétation des résultats du chercheur?</p> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain
	<p>Quelles sont les principales limites de l'étude?</p>

<b>IMPRESSION GLOBALE</b>	En somme, pouvez-vous utiliser cette recherche?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Incertain  Pourquoi?
-------------------------------	--

