

La gestion de l'information dans une unité de chirurgie ambulatoire

Une revue de littérature sur le rôle infirmier

Travail de Bachelor

Par

Mélie Brandão et Laura Delley

Promotion 2012-2015

Sous la direction de : Danielle Buillard Verville

Haute Ecole de Santé, Fribourg

Filière soins infirmiers

09 juillet 2015

Résumé

Contexte : la chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge de plus en plus répandu et en constante augmentation. Le virage ambulatoire impose aux professionnels de la santé, notamment aux infirmières, de nombreux défis. En effet, le court séjour du patient implique une gestion efficace et rapide de l'information de la part des soignants au niveau des différents professionnels et au niveau du patient et de ses proches, qui devront être capables de gérer l'état de santé de la personne opérée de manière autonome à domicile.

But : l'objectif de cette revue de littérature est de comprendre comment fait l'infirmière pour ajuster son rôle d'experte en lien avec la gestion de l'information dans un service de chirurgie orthopédique ambulatoire.

Méthode : le devis est une revue de littérature et neuf articles scientifiques ont été analysés. En vue d'appréhender de manière plus fine le rôle d'infirmière experte dans la gestion de l'information, un cadre théorique a été construit autour du modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot et des concepts d'empowerment, de culture sanitaire et de sécurité des patients.

Résultats : les résultats ont reflété la complexité du rôle infirmier dans la gestion de l'information. Les articles ont apporté des données concernant le rôle infirmier spécifique en chirurgie ambulatoire, les interventions en lien avec l'information ainsi que le vécu du patient au sujet de l'information. Les interventions infirmières mises en place pour favoriser une bonne gestion de l'information sont les appels téléphoniques aux patients en préopératoire et en postopératoire, l'éducation préopératoire à l'aide d'un site Internet ainsi que l'établissement de protocoles informatifs.

Discussion et conclusion : les appels téléphoniques infirmiers en préopératoire et en postopératoire pourraient être appliqués dans la pratique. Pour que cette solution soit envisageable, il faudrait rajouter une infirmière hors-effectif ou modifier un horaire, former les infirmières à cette intervention et mettre en place un protocole d'informations à donner et de questions à poser aux patients. Les infirmières pourraient également faciliter l'accès aux brochures informatives et aux sites Internet existants consacrés à l'information du patient en périopératoire. Pour favoriser l'intégration de l'information au patient et à ses proches les professionnels de la santé pourraient prendre plus de temps pour lire les informations avec eux en leur donnant ainsi la possibilité de poser des questions.

Mots-clés : ambulatory surgery, ambulatory care, nurse's role, nursing, patient teaching, education, health information management, information system

Tables des matières

Résumé	ii
Remerciements	vi
Introduction.....	1
1. Recension des écrits.....	2
1.1. Problématique et question de recherche	2
1.2. Cadre théorique.....	4
1.2.1. Le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot.....	4
<i>SC1 : fonction d'institutionnalisation</i>	4
<i>SC2 : fonction médico-déleguée</i>	5
<i>SC3 : fonction indépendante</i>	5
<i>SC4 : intermédiaire culturel</i>	6
1.2.2. Le rôle infirmier dans une unité de chirurgie ambulatoire	7
1.2.3. L'empowerment en soins infirmiers	9
1.2.4. La culture sanitaire.....	12
1.2.5. La sécurité des patients	14
2. Méthode.....	19
2.1. Critères d'inclusion	19
2.2. Critères d'exclusion.....	19
2.3. Stratégies de recherche	20
2.3.1. Stratégie 1	20
2.3.2. Stratégie 2.....	21
2.3.3. Stratégie 3.....	21
2.3.4. Stratégie 4.....	21
2.3.5. Stratégie 5.....	22
2.3.6. Stratégie 6.....	22
3. Résultats	24
3.1. SC1 : fonction d'institutionnalisation.....	24
3.1.1. Système d'informations informatisées	26
3.2. SC2 : fonction médico-déleguée.....	27
3.2.1. Sécurité des patients	28
3.3. SC3 : fonction indépendante	32
3.3.1. Empowerment et culture sanitaire	33

4. Discussion	38
4.1. Evaluer les résultats.....	38
4.2. Interpréter les résultats	42
4.2.1. Sécurité des patients	43
4.2.2. Empowerment et culture sanitaire	44
4.3. Implications pour la pratique.....	46
Conclusion	49
Liste des références bibliographiques	51
Annexes	55
Annexe A : déclaration d'authenticité.....	56
Annexe B : tableau de présentation des résultats.....	57
Annexe C : analyse des articles scientifiques.....	63

Remerciements

Nous tenons tout d'abord à remercier notre directrice de Bachelor Thesis, Madame Danielle Buillard Verville pour son soutien, sa disponibilité, ses conseils et sa patience tout au long de la réalisation de notre travail.

Nous aimerions également remercier Mesdames Isabel Simone et Céline Lüthi pour leur lecture rigoureuse et pour leurs corrections apportées à notre revue de littérature.

Introduction

Durant nos stages et particulièrement en chirurgie ambulatoire, nous avons constaté diverses problématiques en lien avec la gestion de l'information. Dans ce type d'unité, les patients arrivent le matin pour se faire opérer, subir une investigation ou un traitement et repartent le soir même. De ce fait, l'infirmière doit composer avec un délai d'hospitalisation très court pour réaliser des tâches multiples comme préparer le patient à son opération, assurer les surveillances périopératoires, prodiguer des soins, donner l'information au patient, à ses proches ainsi qu'aux autres professionnels, etc. Nous avons remarqué que parfois le patient n'avait pas bien compris l'intervention, minimisait les suites postopératoires et pensait pouvoir retourner au travail dès le lendemain. Certains n'avaient pas respecté les consignes préopératoires et avaient mangé ou bu avant de venir.

Cette revue de littérature s'intéresse à la façon dont l'infirmière gère son rôle d'experte en lien avec l'information. Le premier chapitre présente la recension des écrits, conduisant à la formulation de la problématique et de la question de recherche ainsi qu'à l'exposition du cadre théorique. Ensuite, le devis, les stratégies de recherche des articles et les critères d'inclusion et d'exclusion sont mis en évidence dans le chapitre méthode. La troisième partie concerne la présentation des résultats identifiés dans les articles scientifiques. Au travers de la discussion, l'interprétation critique des résultats ainsi que la réponse à la question de recherche ont permis de formuler des implications pour la pratique. Enfin, la conclusion met en avant que le manque de connaissance des patients observé dans nos expériences pratiques n'est pas dû à un manque d'information en lien avec leur chirurgie mais plutôt à une difficulté d'intégration et de gestion de cette information de la part du patient.

1. Recension des écrits

1.1. Problématique et question de recherche

Actuellement, en Suisse et comme dans beaucoup d'autres pays développés, la chirurgie ambulatoire est de plus en plus répandue. Depuis 1996, la prestation ambulatoire inscrit une augmentation constante : de 13% à 26% en 2012 (Moniteur des hôpitaux et cliniques de H+, 2014).

Les bénéfices attendus et les raisons du développement de ce mode de prise en charge sont divers. Premièrement, l'hospitalisation ambulatoire a un impact positif sur les coûts de la santé : elle raccourcit les délais d'attente de l'intervention chirurgicale et permet un retour plus rapide à l'activité professionnelle. De plus, elle diminue les risques de contracter une infection nosocomiale. Ensuite, il y a différents avantages notables pour le patient, tels que la diminution des impacts de l'intervention sur la vie quotidienne et sur l'aspect psychologique, qui se trouve moins affecté que lors d'une hospitalisation traditionnelle (Charbonnet, Ott, Schiffer, Berney & Morel, 2010, p.1302).

Le développement de cette prise en charge est aussi influencé par des raisons socio-culturelles : l'accent est porté sur l'efficacité, la rapidité et l'intolérance au handicap ou à la maladie (temps de réhabilitation diminué) (Buillard Verville & Loetscher, 2009). L'avancée de la chirurgie ambulatoire a également été permise par les progrès médicaux (Engler & Fivaz, 2014).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2014, la chirurgie ambulatoire se définit comme suit :

La chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant

impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention (p. 7).

L'hospitalisation ambulatoire amène une nouvelle problématique pour les professionnels de la santé, notamment les infirmières. En effet, les différents intervenants doivent ajuster leur prise en charge sur un temps considérablement raccourci, tout en veillant à la sécurité du patient, à la qualité des soins et de l'information à délivrer (Pretto, 2000). Le rôle infirmier dans ce type de service consiste principalement à l'accueil de la personne soignée, aux surveillances périopératoires, à l'information du patient et de ses proches ainsi qu'à une collaboration interdisciplinaire (Charbonnet, 2010). Les infirmières qui travaillent dans un service ambulatoire sont donc confrontées à des difficultés liées au manque de temps pour se consacrer à ces diverses activités. C'est pour cette raison qu'elles risquent de ne pas donner toute l'information nécessaire aux besoins du patient. Ceci peut avoir pour conséquence une insatisfaction des patients, une mise en danger de la sécurité de la personne soignée au travers du manque de capacité et de connaissance nécessaire à l'autogestion à domicile, ou encore, le manque de connaissance dans la reconnaissance et la prévention des complications, ou dans la gestion des symptômes secondaires comme la douleur (Pretto, 2000). Ces différents constats nous amène à nous poser la question suivante :

Quel est l'impact du virage ambulatoire sur le rôle infirmier :

comment font les infirmiers-ères, pour ajuster leur rôle d'expert-e en lien avec la gestion de l'information auprès des patients adultes ayant subi une chirurgie orthopédique dans un service ambulatoire ?

1.2. Cadre théorique

Un cadre théorique regroupe plusieurs modèles et concepts autour d'un thème commun (Loiselle, 2007, p. 161). Il permet de définir la façon dont le problème sera étudié et les résultats interprétés (Klingshirn & Serena, 2013, p. 6). Un modèle théorique du rôle professionnel infirmier (le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot) et trois concepts de soins ont été choisis pour appréhender de manière plus fine le rôle d'infirmière experte dans la gestion de l'information dans le contexte de la chirurgie orthopédique ambulatoire.

1.2.1. Le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot

Selon Dallaire (2008), le modèle d'intermédiaire culturel de Michel Nadot met en évidence l'activité professionnelle de l'infirmière. Il permet de prendre conscience de la complexité du rôle infirmier avec ses enjeux sociaux, politiques, stratégiques, scientifiques et économiques. Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, l'information tient une place importante dans la satisfaction des patients et dans les résultats de soins (Pretto, 2000, p. 1). Selon Nadot, trois systèmes culturels (SC) structurent les pratiques infirmières et guident l'action soignante à travers l'information véhiculée :

SC1 : fonction d'institutionnalisation : système concernant la culture socio-sanitaire et institutionnelle qui exige de l'infirmière dans sa fonction d'institutionnalisation de connaître les missions, le fonctionnement, les protocoles, les autres partenaires du réseau et de l'institution (Busset & Gross, 2013, p. 1). Ce système culturel nécessite des compétences en communication, en transmission de renseignements à l'oral et à l'écrit, implique de savoir accueillir, rassurer et informer. Il requiert également la gestion du matériel, le contrôle des mouvements au sein de l'institution (entrées, sorties, transferts, etc.) et la préservation de l'économie

(organisation, financement, logistique) (Dallaire, 2008, p. 367). L'infirmière doit respecter et faire respecter le règlement de l'institution, participer aux mesures d'hygiène et à la prévention des infections nosocomiales. Elle doit promouvoir une image positive de son institution à travers la qualité de ses interventions et la satisfaction de ses patients (Busset & Gross, 2013, p. 1). Le personnel infirmier permet ainsi à l'institution de fonctionner.

SC2 : fonction médico-déléguée : ce système concerne la culture et les valeurs défendues par le corps médical. L'infirmière dans sa fonction médico-déléguée, transmet les informations et les observations au médecin par une collecte de données afin que celui-ci puisse formuler un diagnostic, surveiller l'évolution de la pathologie et décider d'une action préventive ou d'un traitement qui sera réadapté au besoin. L'infirmière doit aussi appliquer les ordres médicaux (Busset & Gross, 2013, p. 1). Les infirmières ont des responsabilités telles que l'observation et l'action, dans le but de ne pas nuire à la personne ou de la mettre en danger et afin de mesurer l'efficacité des mesures thérapeutiques (Busset & Gross, 2013, p. 1). Les actions professionnelles attendues des infirmières consistent à évaluer et à soulager les symptômes, à repérer les complications de l'évolution de la maladie, à évaluer l'efficacité des traitements en ayant connaissance des effets attendus et des effets indésirables à surveiller ainsi qu'à connaître et respecter les conditions d'administration des traitements (Busset & Gross, 2013, p. 1).

SC3 : fonction indépendante : ce système culturel correspond aux responsabilités que la profession infirmière s'est donnée et qu'elle défend en toute autonomie. Cela implique d'aider le patient et ses proches à surmonter les moments de crise dans les différentes étapes de leur vie, de les assister dans leurs activités quotidiennes, de les aider à donner un sens à ce qu'ils vivent et de promouvoir leur autonomie (Busset & Gross, 2013, p. 1). Ce système permet de donner un sens à

l'activité infirmière et permet de s'appuyer sur un ensemble de connaissances réalisé par la recherche ancrée dans la discipline infirmière. Le personnel soignant établit continuellement des relations, capte des émotions, de l'information et les transforme en actes ou en paroles (Dallaire, 2008, p. 367). Les interventions infirmières découlant du rôle autonome dépendent des attentes, des demandes, des besoins, des ressources et des difficultés de la personne soignée et de ses proches ainsi que de la façon dont ils vivent la situation. Cependant, ces interventions dépendent aussi des ressources personnelles et collectives des infirmières pour reconnaître et relever ces attentes et ces besoins. L'organisation du travail, la délégation à du personnel moins formé et la déontologie infirmière sont donc des éléments clés de ce système (Busset & Gross, 2013, p. 1).

SC4 : intermédiaire culturel : ce système concerne le positionnement professionnel que va défendre l'infirmière puisque les trois systèmes précités ne sont pas toujours en synergie. Ce rôle d'intermédiaire culturel exige une réflexion et une priorisation des activités à réaliser entre les prestations de services pour le SC1, le SC2 et le SC3. Il implique d'agir en fonction de son statut, de la déontologie, de la situation du patient et du référentiel des 14 groupes de pratique¹ (Busset & Gross, 2014).

Selon Dallaire (2008), les compétences requises pour être en mesure d'exercer ce rôle d'intermédiaire culturel exigent que l'infirmière perçoive, diffuse, gère et utilise l'information (p. 370). La complexité du rôle infirmier est ainsi déterminée par la gestion des différents types d'informations. Dans le milieu ambulatoire, les

¹ 1A : pratique complexe de gestion de l'information (SC123), B : pratique de récolte de l'information (SC123), C : pratique d'ordre et discipline (SC13) nommée par la suite pratique de gestion et de coordination, D : pratique de régulation (SC123), E : pratique de déplacement (SC123), F : pratique hôtelière (SC1), G : pratique d'hygiène collective (SC1), H : pratique de réapprovisionnement et de rangement (SC123), I : pratique d'élimination (SC1), J : pratique d'assistance (SC123), K : pratique professionnelle de la relation (SC3), L : pratique technologique du soin (SC2), M : Pratique de formation (SC3), N : pratique d'inactivité (SC1) (Dallaire, 2008, pp. 374-375)

différents types d'informations peuvent concerner l'intervention, la sécurité du patient, l'aspect organisationnel, le bien-être de la personne soignée, la gestion du quotidien et les comportements conseillés (Pretto, 2000). Les infirmières sont exposées quotidiennement à différents modes et sources d'expression d'information. Elles peuvent être verbales ou non verbales, audibles, visuelles, olfactives, gustatives, kinesthésiques / téléphoniques, bureautiques, documentaires, informatiques, sonores, musicales / en provenance d'un espace précis, d'un groupe (colloque, visite médicale, etc.), d'un individu, d'un positionnement égalitaire ou hiérarchique, de l'environnement de travail ou externe à celui-ci (Dallaire, 2008, p. 372).

Nadot divise l'activité soignante en 14 groupes de pratique. Un des groupes se réfère à la pratique complexe de gestion de l'information. Il intègre l'ensemble des activités impliquant de simultanément recueillir, stocker, analyser, redistribuer, diffuser et traiter l'information (Dallaire, 2008, p. 376). Cette gestion de l'information peut être déléguée par les cultures SC1, SC2 ou sur l'initiative de l'infirmière (SC3). La complexité de cette pratique est liée au mélange des données à traiter. La pratique « informationnelle » peut représenter jusqu'à 72% de la journée d'une infirmière (Dallaire, 2008, p. 376). Pour finir, le bon fonctionnement du système de santé dépend d'informations multiples, transmises, décodées, traitées et transformées en actes et en paroles par les infirmières, qui sont « les seules professionnelles à avoir un savoir et une vue globale sur tout ce système complexe » (Dallaire, 2008, p. 378).

1.2.2. Le rôle infirmier dans une unité de chirurgie ambulatoire

En chirurgie ambulatoire, l'éducation du patient occupe une place importante dans le rôle infirmier et cela consiste à l'informer sur les suites opératoires et sur la

prise en charge des symptômes désagréables dont il pourrait souffrir. L'éducation implique aussi de s'assurer que le client ait intégré les informations, au travers de l'évaluation de ses connaissances (Lossent, Fournière & Chevet, 2014, p. 2).

Selon Engler et Fivaz (H+, 2014), le nombre de patients traités en ambulatoire dans les hôpitaux suisses a augmenté de 4,3% en moyenne chaque année entre 2006 et 2009 (p. 10). Etant donné que les prestations sont devenues plus complexes, une augmentation des coûts de 8,5% a été observée. Certaines interventions autrefois pratiquées selon un mode stationnaire peuvent maintenant être effectuées en ambulatoire, grâce aux progrès des techniques médicales et chirurgicales. Cette évolution, tant du point de vue médical qu'économique est pertinente car les patients peuvent reprendre leur activité professionnelle beaucoup plus rapidement (Engler & Fivaz, 2014, p. 10). Il est important de souligner que l'augmentation des coûts des soins ambulatoires est due uniquement à une croissance massive de la demande (Engler & Fivaz, 2014, p. 10).

L'unité de chirurgie ambulatoire a plusieurs missions : délivrer des soins de qualité afin de pouvoir investiguer, donner un traitement ou permettre la réalisation d'une intervention chirurgicale en supprimant les désagréments liés à l'hospitalisation (Buillard Verville & Loetscher, 2009, p. 1). Les complications sont principalement les infections nosocomiales, les problèmes liés à l'alitement, le coût plus élevé, etc. (Buillard Verville & Loetscher, 2009, p. 1).

Selon Lossent, Fournière et Chevet (2014), en chirurgie ambulatoire l'infirmière est au centre du parcours du patient (p. 1). La prise en charge interdisciplinaire dans ce contexte commence bien avant l'arrivée du patient pour sa chirurgie. Celle-ci débute par la consultation chirurgicale et la décision d'intervention. Ensuite, la consultation anesthésique en préopératoire permet d'informer le patient et de

vérifier les critères d'inclusion à la chirurgie ambulatoire. Ce premier contact favorise la construction d'un lien avec l'équipe, qui va se maintenir jusqu'à l'appel préopératoire de l'avant-veille afin de lui communiquer l'heure de la convocation et de lui rappeler les consignes (Lossent, Fournière & Chevet, 2014, p. 2). Le jour opératoire, le rôle de l'infirmière est d'accueillir le patient et sa famille, de vérifier la complétude du dossier, la présence d'un accompagnant pour le retour à domicile et de s'assurer que le client ait respecté les consignes préopératoires. Ce moment de la prise en charge sert aussi à rassurer le patient et sa famille et à leur donner des informations sur le déroulement de la journée. Il s'agit également de préparer le patient pour son intervention : pose de voie veineuse, prémédication, etc. En raison de la courte durée de séjour, les infirmières doivent savoir profiter des contacts qu'elles auront avec leurs clients lors des soins pour construire une relation avec eux et pour leur prodiguer l'information dont ils auront besoin pour leur retour à domicile (Lossent, Fournière & Chevet, 2014, p. 2). Des brochures ou d'autres supports écrits lui sont remis avant sa sortie, dans le but de compléter l'éducation. Selon le type d'intervention, le client a rendez-vous pour la réfection du pansement. Enfin, une consultation de contrôle avec le chirurgien est programmée (Lossent, Fournière & Chevet, 2014, p. 2).

1.2.3. L'empowerment en soins infirmiers

Le terme « to empower » signifie donner du pouvoir, rendre capable (Eisen, 1994). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) stipule que dans le domaine de la promotion de la santé, l'empowerment est un processus permettant l'acquisition d'un contrôle sur les actions et les décisions, ayant un impact positif sur la santé (OMS, 1998, p.6). Ce processus permet au patient et à sa famille d'accroître leurs habilités, favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, ainsi que l'initiative et le

contrôle (Eisen, 1994). De plus, le concept d'empowerment permet l'acquisition de l'autonomie du patient par rapport à ses auto-soins et aux décisions le concernant (Phaneuf, 2013). Il donne la possibilité aux patients de développer des compétences qui leur permettront de satisfaire leurs besoins, de mobiliser leurs ressources, dans le but qu'ils se sentent capables de contrôler leur vie et d'en être maître (Longpré, Forté, O'Doherty & Vissandjée, 1998, p. 7).

L'empowerment des patients peut se manifester de différentes manières : premièrement, par une efficacité dans les prises de décision, dans la gestion des complications de la pathologie et dans l'acquisition de comportements ayant un impact positif sur la santé (OMS, 2006, p. 11). L'empowerment peut aussi se manifester par une prise de pouvoir dans les soins, par une satisfaction des relations professionnelles-patients, par une utilisation plus efficace et moins fréquente du système de santé ainsi que par un meilleur accès aux ressources, par une meilleure santé mentale et par un niveau d'éducation personnelle plus important (OMS, 2006, p. 11).

Cependant, il existe également des obstacles à l'empowerment comme le manque de temps, d'accès aux ressources nécessaires, le manque d'information et de confiance personnelle, un problème de santé mentale, ainsi que les financeurs exigeant des résultats concrets dans un laps de temps trop court (Kerspern & Déchanez, 2014). Des éléments psychosociaux, culturels et institutionnels ont aussi un impact négatif sur l'empowerment. (OMS, 2006, p. 7). Les obstacles psychosociaux comprennent la faible valeur accordée à la participation du patient et un leadership défaillant. Les obstacles culturels impliquent les populations marginalisées comme les usagers de drogue ou parfois les jeunes et les femmes. Les obstacles institutionnels peuvent être le racisme, le manque d'expérience lié à la participation, le manque de connaissance des facteurs favorisant la participation

et le manque d'expérience dans l'organisation et l'utilisation des ressources (OMS, 2006, p. 7). L'empowerment peut aussi être influencé négativement par la résistance des professionnels à remettre en question les relations de pouvoir ou par le manque de connaissance sur le concept (OMS, 2006, p. 7).

Dans la pratique clinique, les professionnels de la santé doivent rechercher le potentiel des patients à apporter des changements positifs dans leur vie (Longpré, Forté, O'Doherty & Vissandjée, 1998, p. 9). Ceux-ci doivent être considérés comme acteurs de leur vie, ainsi il faut leur donner l'information nécessaire aux changements à travers une relation de collaboration. L'empowerment s'inscrit dans la promotion et l'éducation de la santé et implique le partenariat ainsi que l'interdisciplinarité (Longpré, Forté, O'Doherty & Vissandjée, 1998, p. 11). Selon l'OMS (2006), la promotion de la santé doit intégrer des stratégies efficaces d'autonomisation, passant par l'augmentation des habiletés des patients, par l'accroissement de leur maîtrise des ressources et de l'accès à l'information, par la promotion de l'action, de la responsabilisation et de la prise de décision (p. 3). Le rapport de l'OMS stipule que le fait de prendre en compte les familles dans les interventions visant à promouvoir l'empowerment des patients entraîne une meilleure gestion de la maladie par l'autogestion, un usage des services de santé plus adéquat et une meilleure santé mentale (OMS, 2006, p. 11). Les interventions impliquant l'empowerment individuel comme la relation de partenariat, l'advocacy ou l'éducation, favorisent le dialogue et la création d'un environnement de soutien ayant un impact positif sur la santé et sur la qualité de vie (OMS, 2006, p. 11). Phaneuf (2013), met aussi en évidence que l'éducation thérapeutique est une priorité à l'empowerment du patient (p. 3). L'information transmise au patient et à sa famille contribue à une meilleure compréhension de la situation ou de la pathologie et leur donne la possibilité de prendre leur propre décision en matière de santé

(Phaneuf, 2013, p. 3). De plus, le code déontologique stipule qu'il est du devoir de l'infirmière de donner l'information de façon à ce qu'elle soit compréhensible. Cela favorise le respect de la dignité humaine et des principes éthiques (Phaneuf, 2013). La politique des courts séjours fait que l'éducation au patient devient une obligation incontournable car l'individu retournant à domicile après une intervention chirurgicale le jour même, doit être en mesure de soulager ses symptômes, de repérer tous signes de complication, d'avoir les connaissances nécessaires à la réfection éventuelle du pansement et savoir comment prendre son traitement (Phaneuf, 2013, p. 4). Dans sa pratique quotidienne, il est important que l'infirmière garde à l'esprit que la promotion de l'empowerment chez son client est une question de qualité des soins et de préparation du patient à vivre en dehors de son intervention de soin (Phaneuf, 2013, p. 6). Pour conclure Phaneuf (2013), constate que par l'obligation de se hâter, les professionnels de la santé préfèrent parfois faire à la place de la personne plutôt que de promouvoir son autonomie. Alors que le rôle d'éducation devrait devenir de plus en plus important, les courts séjours, la surcharge de travail ainsi que le manque d'habitude font que l'éducation au patient n'est pas une priorité (p. 6).

1.2.4. La culture sanitaire

La culture sanitaire, ou health literacy, est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé comme « les connaissances cognitives et sociales qui déterminent la motivation et l'aptitude des individus pour repérer, comprendre et utiliser de l'information afin de promouvoir et maintenir la santé » (OMS, 1998, p.10). L'OMS considère que la culture sanitaire permet de promouvoir l'empowerment et la participation des patients dans les soins (Delétroz, 2014, p. 17). Ainsi, le fait de disposer d'une bonne culture sanitaire permet de vivre sainement, de pouvoir se

soigner correctement en cas de maladie et de prendre de bonnes décisions en lien avec sa santé (Delétroz, 2014, p. 5). La culture sanitaire nécessite trois niveaux de compétences : les compétences fonctionnelles (savoir lire et comprendre un texte), les compétences interactives (savoir récolter, interpréter et utiliser l'information) et les compétences critiques (être capable d'adopter une approche critique des questions en lien avec la santé) (Stutz-Steiger & Spycher, 2006).

Stutz Steiger et Spycher (2006), mettent en évidence que la culture sanitaire influence de manière considérable le mode de vie des individus et leur état de santé. De ce fait, un bon niveau de culture sanitaire accélère le rétablissement et favorise le bien-être psychologique. L'état de santé de la population est impliqué dans l'économie, le système de santé, la politique et dans la société. Ainsi, une culture sanitaire faible se répercute inévitablement sur ces différents domaines (p. 2). Il existe des éléments ayant une influence négative sur le niveau de culture sanitaire. En effet, le bas niveau d'éducation, la pauvreté, l'origine ethnique et le fait de ne pas parler la langue utilisée dans le pays constituent des obstacles (Downey & Zun, 2008 ; Kutner, Greenburg, Jin & Paulsen, 2006 ; Weiss, 2007), tout comme l'âge avancé ainsi que les facteurs physiologiques, cognitifs et psychosociaux (Delétroz, 2014, p. 9). La dépression, la médication, la fatigue, les situations de crise ainsi que le stress sont aussi susceptibles d'influencer négativement la culture sanitaire (Delétroz, 2014, p. 20). Une faible culture sanitaire peut se manifester par une mauvaise compréhension des prescriptions et de l'information, un manque de connaissance au sujet des maladies, la non-compliance, le manque de connaissance en lien avec la procédure médicale, l'anxiété ou l'inquiétude ainsi que la langue étrangère (Shieh, Belcher & Habermann, 2012).

Les infirmières peuvent agir sur le développement de la culture sanitaire en trouvant les moyens d'améliorer l'accès à l'information et aux soins, en améliorant la

communication, les connaissances et en promouvant les comportements de santé (Delétroz, 2014, p. 11). La communication efficace dans le système de soins est un facteur nécessaire à la compréhension des informations liées à la santé, ainsi qu'à l'adhésion du patient à son traitement (Delétroz, 2014, p. 6). Selon la Fédération suisse pour la formation continue (FSEA), le fait de simplifier l'information et de recourir à des illustrations, d'éviter les termes techniques et d'encourager les patients à poser des questions, contribuent à améliorer les comportements de santé chez les personnes ayant de faibles connaissances (FSEA, 2013). Pour comprendre comment appliquer l'information, il est important de prendre connaissance des capacités en culture sanitaire de la personne, ainsi que le ou les domaine(s) dans lesquels l'information doit être donnée. Il en ressort qu'il est aussi de la responsabilité infirmière de contribuer au développement de la culture sanitaire car des déficits ont non seulement des conséquences sur la santé, sur la qualité des soins et sur la vie des individus concernés, mais ont aussi un lourd impact financier pour le système de santé suisse. Les conséquences s'étendent au niveau sociétal, en termes de cohésion sociale (risque d'exclusion), de productivité et de croissance économique (Nutbeam, 2000 ; Stutz-Steiger & Spycher, 2006).

1.2.5. La sécurité des patients

Dans sa récente classification internationale pour la sécurité des patients (CISP), l'OMS propose la définition suivante : « la sécurité des patients est définie comme étant l'absence, pour un patient, d'atteinte inutile ou potentielle associée aux soins de santé » (Albisetti, 2012, p. 3). Ce concept est axé sur les risques cliniques liés à l'utilisation des médicaments, aux transfusions sanguines, à l'hygiène hospitalière, aux escarres, aux incidents de chutes, aux actes chirurgicaux, aux interventions urgentes, aux défaillances matérielles, etc. (Albisetti, 2012, p. 10). La sécurité des

patients implique l'ensemble des améliorations pouvant être utilisé sur le plan de la communication, du leadership, des évolutions du système d'information, de l'équipement, de la formation, de l'enregistrement des incidents, de l'organisation et de la gestion des processus, etc. Ainsi, la gestion des risques a pour but d'assurer la sécurité des patients et de diminuer à un niveau acceptable la survenue d'événements indésirables liés aux soins (HAS, 2013).

Selon l'OMS, le plus important en matière de sécurité des patients, est de savoir comment éviter qu'ils ne subissent des atteintes négatives liées aux traitements et aux soins (OMS, 2007). Cet organisme a proposé « Neuf solutions pour la sécurité des patients » afin de contribuer à la diminution des préjudices liés aux soins. Les solutions proposées sont les suivantes : la cohérence des noms des médicaments, l'identification des patients, la communication durant le transfert des patients, l'administration du traitement selon le protocole, le contrôle des solutions d'électrolytes concentrés, la précision de la médication lors de transition dans les soins, l'évitement de mauvais branchements de cathéters ou de tuyaux, l'utilisation unique des dispositifs d'injection et la meilleure hygiène des mains pour prévenir les infections liées aux soins (OMS, 2007).

En France, la Haute Autorité de Santé lance un Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP) en 2013. Le programme est structuré en quatre axes : premièrement, renforcer l'information au patient et la relation soignant-soigné, ceci dans le but de permettre au patient d'être également acteur de sa sécurité. Deuxièmement, mettre en place un système de déclaration d'événements indésirables associés aux soins visant un apprentissage et une amélioration des pratiques. Troisièmement, améliorer la culture de la sécurité à travers la formation, les simulations, ou par l'intervention et le soutien d'experts en sécurité des patients. Enfin, la recherche associée à la sécurité des soins et l'amélioration de la sécurité

des individus participant à la recherche clinique doivent être développées (HAS, 2013).

L'étude suisse d'Ausserhofer, Schubert, Engberg, Blegen, Geest & Schwendimann (2012), s'est penchée sur la culture de sécurité des patients dans les institutions de soins. Leurs résultats mettent en évidence que des relations interprofessionnelles de qualité ainsi que la communication entre les infirmières et les médecins sont essentielles à un niveau de sécurité et de qualité des soins élevé (p. 6). De plus, le fait de pouvoir apprendre des erreurs ou des accidents évités de justesse est crucial pour la sécurité des patients. Ainsi, de nombreux pays européens dont la Suisse, ont investi dans un système de notification des incidents critiques (CIRS, expliqué ci-après). Cependant, pour profiter des avantages de ce système, les professionnels de la santé doivent être prêts à déclarer leurs erreurs, élément restant encore problématique (Ausserhofer, Schubert, Engberg, Blegen, Geest & Schwendimann, 2012, p. 6). Malgré la politique non-punitivité, le fonctionnement et le succès du CIRS dépendent aussi des capacités des professionnels de la santé dans la détection, le rapport, l'analyse et l'apprentissage à partir des erreurs.

En Suisse, la sécurité des patients constitue une mission de santé publique. La responsabilité d'assurer cette sécurité se situe au niveau cantonal au travers des soins de santé, au niveau de la Confédération par la législation, la promotion et l'initiation et pour finir, la sécurité des patients est assurée également par des partenaires impliqués dans la prévention (Sécurité des patients Suisse, S.d.). Cette fondation pour la sécurité des patients a pour mission d'analyser les problèmes de sécurité et d'assurer le développement, la diffusion et l'évaluation de solutions concrètes destinées aux prestataires de soins. De plus, elle favorise le transfert de ces solutions au sein de la pratique (Sécurité des patients Suisse, S.d.). La

fondation Sécurité des patients Suisse en collaboration avec la Société suisse d'anesthésiologie et de réanimation (SSAR), ont mis sur pied un réseau de déclaration des erreurs : CIRNET ou Critical Incident Reporting & Reacting NETwork. Depuis 2010, toutes les institutions de santé suisses peuvent accéder à CIRNET. Le réseau permet aux institutions de transmettre les notifications d'erreurs et cela anonymement, vers une banque de données (Sécurité des patients Suisse, S.d.). Cette déclaration d'erreur conduit à la reconnaissance des problématiques pertinentes et à l'élaboration par des experts, de recommandations diffusées par la fondation Sécurité des patients Suisse. Cette démarche a pour effet de promouvoir la sécurité des patients car elle permet d'apprendre des erreurs commises par d'autres et donc de prévenir la survenue d'événements indésirables à travers l'enseignement et l'amélioration des prestations (Sécurité des patients Suisse, S.d.).

Des règles strictes sont inhérentes au fonctionnement de la chirurgie ambulatoire, comme l'application de bonnes pratiques, l'information au patient, la coordination de l'équipe interdisciplinaire, la ponctualité des blocs opératoires, l'anticipation, le traitement préventif des symptômes tels que la douleur, les nausées et les vomissements (HAS, 2009, p. 15). Selon la Haute Autorité de Santé (2013), trois grandes catégories de risques peuvent avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins en chirurgie ambulatoire : en premier lieu, les risques liés à la prise en charge du patient, impliquant des facteurs techniques (protocoles, application d'EBN), humains (la coordination des professionnels issus de disciplines différentes, l'information au patient et à ses proches) et organisationnels (le respect des délais, l'organisation stricte des soins, l'anticipation des symptômes ou des diverses problématiques). Deuxièmement, les risques liés au manque d'adaptation individuelle ou collective aux changements organisationnels en lien avec la chirurgie

ambulatoire qui devient l'offre de base, par rapport à l'hospitalisation devenant la seconde option. Pour finir, les risques liés à des pressions institutionnelles fortes (en lien avec le manque de lit, les finances, etc.) exercés sur les professionnels de la santé (p. 13). Après constatation des risques associés à la chirurgie ambulatoire, la HAS a formulé des guides de bonnes pratiques pour la sécurité des soins sous forme de fiches techniques. Celles-ci permettent aux professionnels de vérifier que les actions prévues ont bien été menées et si ce n'est pas le cas, de réagir à temps dans le but de prévenir une complication ou une erreur (HAS, 2013, p. 65).

Pour finir, Pretto (2000) met en avant qu'en cas d'opération de type ambulatoire, le client doit avoir des informations sur le comportement à adopter en vue de la promotion de sa sécurité (p. 3). Il faut que le patient connaisse les conséquences ainsi que les complications de son intervention et qu'il sache comment réagir, par exemple, il doit intégrer qu'il ne pourra pas conduire. Il est également nécessaire que le patient ait une personne à contacter en cas de problème ou de question (Pretto, 2000).

2. Méthode

Notre travail de Bachelor est une revue de littérature. Ce devis permet de mieux connaître un sujet donné au travers d'une analyse critique d'articles en lien avec notre question de recherche, trouvés dans les banques de données. Le but de cette démarche est de faire une synthèse des connaissances et des pratiques en vigueur sur un sujet digne d'intérêt dans la pratique infirmière, afin de « mettre au point des façons de faire et des interventions cliniques fondées sur des résultats probants dans le but d'améliorer la pratique clinique » (Loiselle, 2007, p. 139).

2.1. Critères d'inclusion

Les articles publiés il y a moins de 5 ans, dont la population se constitue d'infirmier-ères travaillant en chirurgie ambulatoire ou de patient-es adultes à partir de 18 ans révolus, venant subir une intervention chirurgicale dans un service ambulatoire orthopédique, les patient-es retournant à domicile après l'intervention, les patient-es sans comorbidité mentale ou physique.

2.2. Critères d'exclusion

Les articles publiés depuis plus de 5 ans, les revues de littérature, toute intervention chirurgicale qui ne se pratique pas en ambulatoire, toute intervention ambulatoire qui n'est pas une chirurgie orthopédique, les enfants et les adolescents âgés de moins de 18 ans, les patient-es ayant des comorbidités mentales ou physiques, les patient-es ne vivant pas à domicile.

2.3. Stratégies de recherche

2.3.1. Stratégie 1

[« patient teaching ambulatory surgery » AND « nursing »] ("last 5 years"[PDat])
sur PubMed

Résultats : 38 articles dont les suivants ont été retenus :

- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2012). Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients' Knowledge with Internet-based Education. *Methods Inf Med*, 51, 295-300.
- Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T. & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 501-508.
- Jones, D., Duffy, M. & Flanagan, F. (2011). Randomized Clinical Trial Testing Efficacy of a Nurse-Coached Intervention in Arthroscopy Patients. *Nursing Research*, 60(2), 92-99.
- Heikkinen, K., Suomi, R., Jääskeläinen, M., Kaljonen, A., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2010). The Creation and Evaluation of an Ambulatory Orthopedic Surgical Patient Education Web Site to Support Empowerment. *Computers, Informatics, Nursing*, 28(5), 282-290.

Les autres articles n'ont pas été sélectionnés car ils étaient hors sujet soit au niveau de l'âge des patients, soit au niveau de la chirurgie ambulatoire qui concernait une autre spécialité que l'orthopédie, au niveau du traitement ambulatoire qui ne consistait pas en une chirurgie ou encore, au niveau du lieu de provenance de l'article qui n'était pas pertinent. Certains n'avaient pas de lien d'accès et n'étaient donc pas accessibles.

2.3.2. Stratégie 2

[« nurse's role » AND « ambulatory care » AND « nursing » AND « education »]
("last 5 years"[PDat]) sur PubMed

Résultats : 35 articles, dont le suivant a été retenu :

- Rondinelli, J., Omery, A., Crawford, C. & Johnson, J. (2014). Self-Reported Activities and Outcomes of Ambulatory Care Staff Registered Nurses : An Exploration. *Nursing Research & Practice*, 18(1), 108-115.

Les autres articles n'ont pas été retenus car ils étaient hors thème comme cité dans la stratégie 1, certains n'avaient pas la structure d'un article scientifique et d'autres n'avaient pas de lien et n'étaient donc pas accessibles.

2.3.3. Stratégie 3

[« ambulatory surgery » AND « impact » AND « nursing »] ("last 5 years"[PDat])
sur PubMed

Résultats : 7 articles dont le suivant a été retenu :

- Berg, k., Arestedt, k. & Kjellgren, k. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients : a phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1630-1638.

Les autres articles n'ont pas été sélectionnés car ils étaient hors sujet soit au niveau de l'âge des patients, soit au niveau de la chirurgie ambulatoire qui concernait une autre spécialité que l'orthopédie. Certains n'avaient pas de lien d'accès et n'étaient donc pas accessibles.

2.3.4. Stratégie 4

[« health information management » AND « nursing » AND « ambulatory surgery »] ("last 5 years"[PDat]) sur PubMed

Résultats : 6 articles dont le suivant a été retenu :

- Mitchell, M. (2014). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 1-13.

Les autres articles n'ont pas été sélectionnés car ils étaient hors sujet au niveau de la chirurgie ambulatoire qui concernait une autre spécialité que l'orthopédie. Certains n'avaient pas de lien d'accès et étaient donc inaccessibles.

2.3.5. Stratégie 5

[« Ambulatory surgical information » AND « nursing »] ("last 5 years"[PDat]) sur PubMed

Résultat : 25 articles dont le suivant a été retenu :

- Moore, A. & Fisher, K. (2012). Healthcare information technology and medical-surgical nurses : the emergence of a new care partnership. *Computers, informatics, nursing : CIN*, 30(3), 157-163.

Les autres articles n'ont pas été retenus car ils étaient hors thème, ne concernaient pas une chirurgie ambulatoire ou ne concernaient pas les patients adultes et l'information.

2.3.6. Stratégie 6

[« Ambulatory surgery » AND « information system » AND « nurse »] ("last 5 years"[PDat]) sur PubMed

Résultats : 8 articles dont le suivant a été retenu :

- Hauffer, K. & Harrington, M. (2011). Using nurse-to-patient telephone calls to reduce day-of-surgery cancellations. *AORN Journal*, 94(1), 19-26.

Les autres articles n'ont pas été retenus car ils ne concernaient pas une chirurgie ambulatoire, se rapportaient à une autre spécialité que l'orthopédie ou n'étaient pas en rapport avec le thème de l'information.

Articles sélectionnés					
Articles	Date	Auteurs	Titre	Type	Journal
	2014	Rondinelli, J., Omery, A., Crawford, C. & Johnson, J.	Self-Reported Activities and Outcomes of Ambulatory Care Staff Registered Nurses : An Exploration	mixte	Nursing Research & Practice
	2014	Mitchell, M.	Home recovery following day surgery : a patient perspective	quantitatif	Journal of Clinical Nursing
	2013	Berg, k., Arestedt, k. & Kjellgren, k.	Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study	qualitatif	International Journal of Nursing Studies
	2012	Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S.	Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients' Knowledge with Internet-based Education	quantitatif	Methods Inf Med
	2012	Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T. & Meretoja, R.	Short hospital stays and new demands for nurse competencies	quantitatif	International Journal of Nursing Practice
	2012	Moore, A. & Fisher, K.	Healthcare information technology and medical-surgical nurses : the emergence of a new care partnership	qualitatif	Computers, Informatics, Nursing : CIN
	2011	Jones, D., Duffy, M. & Flanagan, F.	Randomized Clinical Trial Testing Efficacy of a Nurse-Coached Intervention in Arthroscopy Patients	quantitatif	Nursing Research
	2011	Haufler, K. & Harrington, M.	Using nurse-to-patient telephone calls to reduce day-of-surgery cancellations	quantitatif	AORN Journal
	2010	Heikkinen, K., Suomi, R., Jääskeläinen, M., Kaljonen, A., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S.	The Creation and Evaluation of an Ambulatory Orthopedic Surgical Patient Education Web Site to Support Empowerment	quantitatif	Computers, Informatics, Nursing : CIN

3. Résultats

Les résultats de notre revue de littérature ont été catégorisés en référence au modèle de Michel Nadot (Annexe B). Comme relevé précédemment, l'infirmière dans son activité professionnelle joue un rôle d'intermédiaire culturel entre trois systèmes et assume plusieurs fonctions : une fonction d'institutionnalisation, une fonction médico-déléguée et une fonction autonome centrée sur l'accompagnement du patient et de ses proches et la gestion du travail en équipe. En chirurgie ambulatoire, la gestion des informations occupe une place centrale et pour mettre en évidence les différentes facettes de cette activité et donner forme à nos résultats, nous avons choisi de les classer comme suit :

3.1. SC1 : fonction d'institutionnalisation

Un élément fondamental du rôle infirmier dans sa fonction d'institutionnalisation consiste à prendre en compte et préserver l'économie de l'institution (Dallaire, 2008, p. 367). C'est particulièrement le cas dans le milieu des soins ambulatoires car ce domaine est en plein essor. (Engler & Fivaz, 2014, p. 10). Dans ce contexte, Hauflier et Harrington (2011), ont mené une étude dans un centre universitaire de chirurgie ambulatoire en Caroline du Nord, où les infirmières appellent le patient trois jours ouvrables avant son opération. Cette intervention a pour but de diminuer le taux d'annulation de la chirurgie le jour opératoire lié à la non-présentation du patient, au non-respect des directives nihil per os et à l'absence d'un adulte pour le retour à domicile. Cet appel permettait de rappeler les consignes au patient, de l'informer et de répondre à ses questions. Cette conversation téléphonique a diminué le taux d'annulation quotidien de 53% (n=2124 chirurgies programmées), augmenté les scores de satisfaction des patients et l'utilisation de la salle d'opération. De plus, ce

projet a fait économiser au centre de chirurgie ambulatoire environ 102'983\$ (pp.19, 24). Comme l'affirme Nutbeam (2000) et Stutz-Steiger & Spycher (2006), l'infirmière a pour responsabilité de contribuer au développement de la culture sanitaire car des déficits ont des conséquences sur la santé, sur la qualité des soins et sur la vie des patients, mais ont aussi un lourd impact financier pour le système de santé suisse. En outre, l'étude de Haufler & Harrington (2011), mentionne que le manque de communication entre les professionnels de la santé augmentait le nombre d'annulation le jour opératoire (p. 23). Ainsi, cela confirme l'importance des compétences en communication, en transmission de renseignements à l'oral et à l'écrit de l'infirmière pour permettre à l'institution de fonctionner (Dallaire, 2008, p. 367).

Un autre élément important du rôle infirmier dans ce système culturel est la nécessité de connaître les missions, le fonctionnement, les protocoles ainsi que les autres partenaires de l'institution et du réseau (Busset & Gross, 2013, p. 1). Les résultats d'une recherche finlandaise dont le but était de décrire le niveau d'auto-évaluation des compétences des infirmières (n=84) dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, montre que le travail en multidisciplinarité et la possibilité d'effectuer différentes fonctions et tâches spécifiques au service, permet le développement professionnel pour plus de 60% des infirmières (Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012, pp. 501, 503). Le bon fonctionnement du système de santé dépend d'informations transmises par les infirmières, qui sont « les seules professionnelles à avoir un savoir et une vue globale sur tout ce système complexe » (Dallaire, 2008, p. 378).

3.1.1. Système d'informations informatisées

Le SC1 nécessite des compétences en communication, en transmission, ainsi qu'en organisation (Dallaire, 2008, p. 367). L'information peut être verbale ou non verbale ainsi qu'être diffusée de différentes façons : sous forme de documents, d'E-mails et de brochures (Dallaire, 2008, p. 372). Dans le même ordre d'idée, les américains Moore et Fisher (2012), ont réalisé une étude visant à explorer comment les infirmières faisaient usage du système d'informations informatisées dans leur pratique clinique. Ils souhaitaient également examiner l'influence de cette technologie sur la prise de décision clinique des huit infirmières concernées par l'étude. Les résultats ont révélé certains aspects positifs de ce système tels que l'accessibilité de l'information du patient, la visibilité des ordres de soins et la planification des tâches (p. 161). Le système informatisé de cette étude contenait une composante de soutien à la décision clinique, qui suggérait des interventions aux soignants. Les participants ont affirmé que l'information donnée par ce système était utile dans leur coordination des soins. Ainsi, les infirmières disent que cet élément joue un rôle de soutien aux connaissances et au jugement clinique, mais ne les remplace pas (Moore & Fisher, 2012, p. 161).

Selon l'étude de Moore et Fisher (2012), l'apparition du dossier électronique a favorisé la pertinence et la clarté des informations, étant donné que ces dernières sont signées par les professionnels. De plus, le système d'informations informatisées, augmente la sécurité car il est plus compréhensible et plus précis (p. 161). En effet, la sécurité des patients implique l'ensemble des améliorations pouvant être utilisées sur le plan de la communication, du leadership, des évolutions du système d'information, de l'équipement, de la formation, de l'enregistrement des incidents, de l'organisation et de la gestion des processus, etc. (HAS, 2013). En outre, les résultats d'une étude suisse mettent en évidence que la communication

entre les professionnels est essentielle à un niveau de sécurité et de qualité des soins élevé (Ausserhofer et al., 2012, p. 6).

Cependant, beaucoup de soignants disaient que le système d'information ne leur permettait pas de documenter les soins de manière individualisée, ne reflétant donc pas entièrement leur intention (Moore & Fisher, 2012, p. 161). Il est intéressant de souligner que les infirmières expérimentées étaient mal à l'aise avec la transparence fournie par l'utilisation du système, étant donné que les informations entrées dans le système sont signées. Il en est également ressorti que les participants (sans pourcentage indiqué) éprouvaient du mépris par rapport à ces tâches de documentation qui prenaient parfois plus d'importance que de soigner le patient (Moore & Fisher, 2012, p. 162).

3.2. SC2 : fonction médico-déléguée

L'infirmière dans sa fonction médico-déléguée transmet les informations et les observations au médecin afin que celui-ci puisse formuler un diagnostic, surveiller l'évolution de la pathologie et décider d'une action préventive ou d'un traitement. L'infirmière applique également les ordres médicaux et retraduit aux patients et à leurs proches le discours médical (Busset & Gross, 2013, p. 1). Les américains Rondinelli, Omery, Crawford & Johnson ont réalisé une étude en 2014 concernant les activités et les résultats de soins les plus fréquemment réalisés en ambulatoire. Les infirmières (n=187) interviewées à l'aide d'une grille d'auto-évaluation ont rapporté que pour elles, les activités dans lesquelles elles se sentaient avoir le plus souvent une influence étaient l'information claire par rapport aux traitements médicaux et aux besoins spécifiques du patient ainsi que dans la prévention des complications (pp. 108, 112). En 2013, en France, la Haute Autorité de Santé stipule d'ailleurs dans son Programme National pour la Sécurité des Patients qu'il est

important de renforcer l'information et la relation soignant-soigné, dans le but de permettre au patient d'être acteur de sa sécurité (HAS, 2013).

3.2.1. Sécurité des patients

La HAS a formulé des guides de bonnes pratiques pour la sécurité des soins permettant aux professionnels de vérifier que les actions prévues ont bien été menées et si ce n'est pas le cas, de réagir à temps dans le but de prévenir une complication ou une erreur (HAS, 2013, p. 65). Preto (2000), a réalisé une recherche dans une unité de chirurgie ambulatoire et mentionne lui aussi que le client doit avoir des informations sur le comportement à adopter en vue de promouvoir sa sécurité (p. 3). La HAS insiste encore sur le fait que les risques liés à la prise en charge du patient et impliquant des facteurs techniques (protocoles, application d'EBN), humains (information au patient et à ses proches) et organisationnels (anticipation des symptômes ou des diverses complications) peuvent avoir un impact sur la qualité et la sécurité des soins en chirurgie ambulatoire (p. 13). En 2013, les auteurs suédois Berg, Arestedt & Kjellgren explorent les différentes perceptions des patients (n=31) lors du rétablissement en postopératoire d'une chirurgie ambulatoire et mettent en évidence que l'efficacité et la standardisation des procédures (chaque patient a été informé à l'avance de la procédure chirurgicale et des suites postopératoires) leur ont permis de se sentir en sécurité en chirurgie ambulatoire. Ces derniers ont reconnu que leur responsabilité impliquait de prendre au sérieux le processus postopératoire, en étant concentrés et en ayant le courage de poser des questions s'ils se sentaient en insécurité (p. 1635). En outre, les patients voulaient des instructions claires pour traiter leur plaie en postopératoire ainsi qu'une indication quant au temps de récupération normal pour leur chirurgie (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633). Pour répondre à ces

différentes attentes et en raison de la durée très courte du séjour, les infirmières devraient profiter de chaque contact et de chaque soin avec leurs patients pour leur prodiguer l'information nécessaire au retour à domicile. Dans leur recherche sur le rôle infirmier en chirurgie ambulatoire, Lossent, Fournière & Chevet (2014), rappellent que l'information et l'éducation impliquent aussi de s'assurer que le client ait intégré les informations, au travers de l'évaluation de ses connaissances (p. 2). Le jour de l'opération, l'infirmière accueille le patient et sa famille, vérifie la complétude du dossier, la présence d'un accompagnant pour le retour à domicile et s'assure que le patient ait respecté les consignes préopératoires. (Lossent, Fournière & Chevet, 2014, p. 2). En effet, sur le document de sortie figurent l'ordonnance pour les analgésiques, les bandages et la nécessité de la présence d'un proche à domicile lors de la journée de sortie (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633).

Les difficultés fréquemment relevées par les patients dans leur prise en charge ambulatoire sont le traitement des plaies, les mesures d'hygiène, le manque d'information claire quant à la procédure chirurgicale et à l'anesthésie (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633). Phaneuf (2013), insiste sur la nécessité pour le patient d'avoir toutes les connaissances nécessaires à la réfection éventuelle du pansement, à la manière dont il doit prendre son traitement et aux surveillances qu'il doit assurer à domicile (p. 4). Dans le même ordre d'idée, Preto (2000) déclare que le patient doit être en mesure de connaître les conséquences ainsi que les complications de son intervention et savoir comment il doit réagir en cas de soucis une fois rentré chez lui. Il dit également qu'il est important que le patient ait une personne à contacter en cas de problème ou de question.

Effectivement, Berg, Arestedt et Kjellgren (2013), ont trouvé que le fait que le patient puisse atteindre facilement les soignants par téléphone soulage son

sentiment d'insécurité une fois à domicile. De plus, un réseau personnel incluant des personnes ayant des connaissances médicales augmente le sentiment de sécurité à domicile, car les proches sont des interlocuteurs privilégiés et sont une source d'informations précieuses lors de la période périopératoire (p. 1634). En effet, plusieurs études ont montré (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013 ; Mitchell, 2014), que la sortie précoce et le manque d'accompagnement pour le retour à domicile, procurait un sentiment d'abandon dans le processus de rétablissement, d'autant plus que certains patients manquaient de contact avec le système de santé (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). Mitchell (2014), un auteur anglais a réalisé une étude où il a investigué les aspects des soins qui influencent le plus la convalescence à domicile des patients (n=684), suite à une chirurgie ambulatoire (p. 1). Il a découvert que la mauvaise gestion de la douleur, l'anxiété préopératoire et le manque d'aide une fois à la maison étaient des aspects des soins qui influençaient négativement le rétablissement et la perception d'être pleinement préparé à tous les événements durant la convalescence (p. 6).

Concernant la sécurité des patients et leur satisfaction, Berg, Arestedt & Kjellgren (2013), mettent en évidence qu'un personnel agréable, compétent et travaillant au sein d'une équipe unie, renforce ce sentiment de sécurité (p. 1635). Les suisses, Ausserhofer, Schubert, Engberg, Blegen, Geest & Schwendimann (2012), ajoutent que des relations interprofessionnelles de qualité sont essentielles à un niveau de sécurité et de qualité de soins élevé (p. 6).

Pour Lossent, Fournière & Chevet (2014), il est nécessaire de remettre au patient des brochures ou d'autres supports écrits avant sa sortie dans le but de compléter son éducation (p. 2). Berg, Arestedt & Kjellgren (2013), écrivent que les informations postopératoires étaient fournies au moment où les patients quittaient l'unité de chirurgie ambulatoire ou quand ils subissaient encore les effets de

l'anesthésie et par conséquent, étaient somnolents et ne se souvenaient pas de ce qui leur avait été dit (p. 1635). Selon Phaneuf, bien que le rôle d'éducation devrait devenir de plus en plus important, les courts séjours et la surcharge de travail font que l'éducation au patient n'est pas une priorité (2013, p. 6). Dans l'étude de Berg, Arestedt & Kjellgren (2013), il est mis en avant qu'au sein de l'unité ambulatoire, des patients se sont sentis stressés en raison de l'organisation du service imposant des délais serrés entre l'arrivée, la prise en charge en salle d'opération et la sortie. Ce stress a eu pour effet qu'ils ont oublié de discuter des questions essentielles postopératoires et le fait d'être insuffisamment préparé pour le retour à domicile a engendré un sentiment d'insécurité. Dans ce contexte, l'information était souvent donnée de manière rapide et contradictoire et ces recommandations disparates laissaient les patients confus. Dans le même ordre d'idée, le traumatisme du geste opératoire combiné à la rapidité des soins faisait naître un sentiment d'insécurité chez le patient une fois à domicile (p. 1634-1635).

Des auteurs finlandais (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä) ont réalisé une étude en 2010 dont le but était de décrire la création et l'utilité d'un site Web concernant l'éducation du patient en chirurgie orthopédique ambulatoire. L'évaluation est réalisée par 72 patients recevant une éducation sur le site. Les résultats montrent que 10% des patients auraient voulu des informations plus détaillées au sujet de la spécificité de leur opération (pp. 287-288). D'autres auteurs (Berg, Arestedt & Kjellgren) soulignent que les informations par rapport aux activités et aux efforts physiques à faire ou à éviter en postopératoire, étaient perçues comme vagues et les patients avaient peur d'en faire trop et d'entraîner des complications au niveau du site opératoire. Une fois à domicile, les patients avaient des doutes quant à la progression du rétablissement ; ils avaient de la peine à

différencier le normal de l'inquiétant. Ceci les a rendus inquiets et ils ont eu tendance à rester chez eux. (2013, pp. 1634-1635).

3.3. SC3 : fonction indépendante

Une part du rôle infirmier autonome implique d'aider le patient et ses proches à surmonter les moments de crise, de les assister dans leurs activités quotidiennes, de les aider à donner un sens à ce qu'ils vivent et de promouvoir leur autonomie (Busset & Gross, 2013, p. 1). Rondinelli, Omery, Crawford & Johnson (2014), ont trouvé que les activités les plus fréquemment rapportées par les infirmières et faites en chirurgie ambulatoire, étaient l'évaluation de l'histoire de santé du patient, l'évaluation de sa plainte principale et de son discours ainsi que les conseils donnés durant les temps d'informations et d'éducatives (p. 111). Les infirmières disaient également que c'est sur la satisfaction des patients et la diminution de leur niveau d'anxiété qu'elles se sentaient avoir le plus souvent une influence (Rondinelli, Omery, Crawford & Johnson, 2014, p. 112). D'autres auteurs (Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012) ont mis en évidence que les infirmières autoévaluaient leur niveau de compétences comme étant plus élevé dans les catégories relatives au rôle d'aide, à l'enseignement et à l'encadrement, à la maîtrise du contenu de l'éducation aux patients, dans la reconnaissance du temps nécessaire à cette éducation et dans la fourniture d'une guidance individuelle, l'analyse du bien-être du patient, dans la priorisation des activités d'une manière flexible, dans le fait d'agir de manière appropriée dans les situations d'urgence, dans la planification de leurs propres actions et dans la prise de décision concernant les soins du patient selon sa situation. Cependant, les infirmières autoévaluaient leur plus bas niveau de compétences dans la délégation des tâches, dans l'utilisation des résultats de la recherche et dans la proposition de sujet de

recherche et de développement, ainsi que dans le leadership d'équipe, dans la formation et l'encadrement des étudiants (pp. 503- 504).

Par rapport à la culture sanitaire, les infirmières peuvent agir en améliorant l'accès à l'information et aux soins, la communication, les connaissances et en promouvant les comportements de santé (Delétröz, 2014, p. 11). En 2011, l'étude de Haufler & Harrington, montre que l'appel infirmier au patient trois jours ouvrables avant sa chirurgie pour l'informer et répondre à ses questions, a permis de diminuer considérablement le nombre d'annulation lié à la non-présentation du patient, au fait que celui-ci ne soit pas à jeun et à l'absence d'un adulte responsable de raccompagner le patient à domicile (p. 19). De plus, l'étude de Lossent, Fournière & Chevet (2014), explique également la nécessité de l'appel préopératoire de l'avant-veille dans le but de communiquer au patient l'heure de la convocation et de lui rappeler les consignes (p. 2). Effectivement, la communication efficace est un facteur nécessaire à la compréhension des informations liées à la santé, ainsi qu'à l'adhésion du patient (Delétröz, 2014, p. 6).

3.3.1. Empowerment et culture sanitaire

Les finlandais, Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä (2012), ont réalisé une étude dont l'objectif était de comparer les connaissances acquises par les patients avec l'éducation sur Internet (n=72) et l'enseignement donné par une infirmière (n=75) auprès de patients subissant une chirurgie orthopédique en ambulatoire (p. 295). Ils ont trouvé qu'avoir eu une expérience antérieure en chirurgie ambulatoire augmente le niveau et la quantité des connaissances (Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2012, p. 298). D'autres auteurs (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013) attestent aussi que l'expérience antérieure de la chirurgie ambulatoire ainsi qu'un entraînement physique structuré en postopératoire ont été reconnus comme aidant au

rétablissement (p. 1633). Dans ce même ordre d'idée, Stutz Steiger et Spycher (2006), disent que la culture sanitaire influence le mode de vie des individus et leur état de santé. Ainsi, un bon niveau de culture sanitaire accélère le rétablissement et favorise le bien-être psychologique.

L'éducation par Internet a permis d'augmenter le niveau de connaissance des patients significativement plus que ceux ayant reçu une éducation par une infirmière (Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2012, p. 297). De plus, l'éducation préopératoire par Internet des patients en chirurgie orthopédique ambulatoire leur a permis d'acquérir un score élevé de connaissances : 79.96/100 dans le premier temps de mesure. Au deuxième temps de mesure, à deux semaines postopératoires, le score est évidemment légèrement plus faible : 78.15/100 (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010, p. 287). Les patients n'ayant pas de formation professionnelle, autoévaluaient leurs connaissances comme étant plus basses que ceux ayant une formation (Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2012, p. 298). En effet, le bas niveau d'éducation constitue un obstacle à la culture sanitaire (Downey & Zun, 2008 ; Kutner, Greenburg, Jin & Paulsen, 2006 ; Weiss, 2007). Ainsi, pour promouvoir le développement de la culture sanitaire, les infirmières doivent améliorer l'accès à l'information (Delétroz, 2014, p. 11), en renseignant les patients de l'existence de sites Internet pour leur éducation, par exemple. Cependant, les patients ne passent pas le même temps sur le site Web et n'y vont pas le même nombre de fois. Plus le patient utilise le site et plus il aura de connaissances (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010, pp. 285, 287). Pour comprendre comment appliquer l'information, il est important de prendre connaissance des domaines dans lesquels l'information doit être donnée (Nutbeam, 2000 ; Stutz-Steiger & Spycher, 2006). En effet, l'étude concernant la création du site Web pour l'éducation des patients

montre qu'un tiers de ceux-ci a dit que toutes les pages du site ont été utiles et un autre tiers a déclaré que la page Web sur les « préparations à l'opération » était la plus utile. Les autres pages ayant été les plus utiles aux patients son : « les questions les plus importantes relatives à la préparation de l'opération », « les événements de la journée de l'opération » et « le retour à domicile et les soins de suivi » (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010, p. 287).

Concernant l'empowerment des patients, l'étude de Berg, Arestedt & Kjellgren (2013), montre que le soutien par les professionnels de la santé au travers de commentaires positifs a été aidant pour les patients. Une humeur positive et une attitude optimiste quant à l'issue de la chirurgie, la confiance du patient en lien avec sa situation postopératoire à domicile, ont été perçues comme bénéfiques pour le processus de rétablissement. Il a aussi été relevé qu'une forte confiance en soi est bénéfique pour prévenir les sentiments de solitude et d'insécurité à domicile en postopératoire. De plus, le fait d'avoir bien planifié et structuré ses journées a été considéré comme une manière positive d'éviter les sentiments d'impuissance et d'inutilité (p. 1635). En effet, le processus d'empowerment permet aux patients d'accroître leurs habiletés, favorisant l'estime de soi, la confiance en soi, ainsi que l'initiative et le contrôle (Eisen, 1994). Au contraire, lorsque le rétablissement ne se passait pas comme prévu et que les résultats n'étaient pas ceux que les patients imaginaient, cela leur provoquaient de l'anxiété par rapport à leur avenir, leur travail et leur rôle de parent. Le fait d'être catégorisé « malade » générant également le sentiment de ne plus être utile (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635).

Phaneuf en 2013, stipule que dans le contexte ambulatoire, l'éducation au patient est une obligation incontournable car l'individu retournant à domicile après une intervention chirurgicale, doit être en mesure de soulager ses symptômes, de

repérer tous signes de complication et de savoir comment prendre son traitement (p. 4). En effet selon Mitchell (2014), une information préopératoire et postopératoire de qualité était un des aspects des soins qui influençait positivement le rétablissement à domicile et la perception d'être pleinement préparé à tous les événements pouvant survenir durant le rétablissement (p. 6). De plus, d'autres auteurs américains (Jones, Duffy & Flanagan), ont réalisé une étude en 2011 dont le but était de vérifier l'hypothèse qui soutient que les patients en chirurgie arthroscopique ambulatoire recevant une intervention téléphonique d'une infirmière pour les « coacher » (n=52), auront significativement moins de symptômes de détresse et un meilleur état de santé fonctionnel que le groupe de comparaison qui reçoit la pratique usuelle (n=50) (p. 92). Les résultats montrent que les appels de coaching infirmiers, ont permis une diminution des symptômes de détresse ainsi qu'une meilleure santé physique et mentale (Jones, Duffy & Flanagan, 2011, pp. 96, 98). Dans le même registre, Berg, Arestedt & Kjellgren (2013) montrent que les patients estimaient important de suivre les conseils d'auto-soins qu'ils avaient reçus. Ces auteurs insistent sur le fait que la préparation à la chirurgie et le fait d'être prêt à agir sur ses besoins en auto-soins en postopératoire étaient des conditions essentielles à la gestion du rétablissement à domicile (pp. 1633, 1635-1636). Longpré, Forté, O'Doherty & Vissandjée (1998) disent aussi que toutes ces informations favorisent l'empowerment des patients en leur donnant la possibilité de développer des compétences leur permettant de satisfaire leurs besoins, de mobiliser leurs ressources, dans le but qu'ils se sentent capables de contrôler leur vie et d'en être maître (p. 7). À noter également que certains patients ne s'étaient pas préparés à la chirurgie car ils estimaient qu'une procédure chirurgicale ambulatoire était mineure (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633). Ainsi, une faible culture sanitaire se manifeste ici par une mauvaise compréhension des

prescriptions et de l'information, un manque de connaissance au sujet des maladies et de la procédure médicale (Shieh, Belcher & Habermann, 2012).

En 2006, l'OMS rappelle que la promotion de la santé doit intégrer des stratégies efficaces d'autonomisation, passant par l'augmentation des habiletés des patients, de leur responsabilisation, de leur capacité à prendre des décisions et par le développement d'une relation de partenariat soignant-patient, l'advocacy et l'éducation (p. 3). En effet, l'étude de Berg, Arestedt & Kjellgren (2013), montre qu'un sentiment de gratitude de la part des patients était mis en évidence quand une décision avait été prise en négociation avec eux tandis que, lorsque les patients n'étaient pas impliqués, ils se sentaient exclus et marginalisés (p. 1635).

4. Discussion

4.1. Evaluer les résultats

En vue de la réalisation de ce Bachelor Thésis, neuf articles ont été analysés selon la grille de résumé et la grille de lecture critique, figurant en Annexe C (Loiselle & Profetto-McGrath, 2007). Comme illustré dans le tableau du chapitre « Méthode », six études étaient quantitatives, deux qualitatives et une mixte. Globalement, les articles scientifiques étaient de bonne qualité et ont apporté des résultats intéressants concernant le rôle infirmier spécifique en chirurgie ambulatoire, les interventions en lien avec l'information ainsi que le vécu du patient au sujet de l'information donnée. Concernant le contexte de nos articles, quatre étaient en lien direct avec la chirurgie ambulatoire orthopédique (Jones, Duffy & Flanagan, 2011 ; Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013 ; Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2012 ; Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010). Les cinq autres recherches (Rondinelli, Omery, Crawford & Johnson, 2014 ; Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012 ; Haufler, & Harrington, 2011 ; Moore & Fisher, 2012 ; Mitchell, 2014) traitaient de la gestion de l'information dans le milieu de la chirurgie ambulatoire en général et celles qui faisaient référence à des types de chirurgie plus spécifiques (viscérales, ORL, cardiovasculaires, etc.) ont été exclues. Cette diversité nous a permis d'avoir d'avantage d'éléments concernant la gestion de l'information dans le milieu de la chirurgie ambulatoire.

Afin de nous assurer que nous n'avions pas omis de recherches intéressantes, nous avons refait un dernier survol rapide sur PubMed, CINAHL, Google Scholar, UpToDate et nous avons encore repéré deux documents intéressants. Le premier (Flanagan, 2009) s'intéresse aux appels téléphoniques infirmiers en postopératoire

auprès de 77 patients ayant subi une arthroscopie du genou en ambulatoire. Le but de cet article était de déterminer le meilleur moment pour effectuer cette intervention téléphonique afin d'aider le patient dans son rétablissement. Cette recherche montre que l'appel téléphonique infirmier est plus aidant entre 12 et 24 heures postopératoires (Flanagan, 2009, p. 41) Le second est une revue de littérature (Chan Sau-Man & Poon Chung Leung, 2012) ayant pour objectifs de résumer les données probantes traitant de l'impact de l'évaluation clinique infirmière en préopératoire auprès de patients subissant une chirurgie orthopédique en ambulatoire et d'en examiner l'efficacité en termes de satisfaction des patients, de réduction de la peur, de l'anxiété et des complications ainsi qu'en terme de rétablissement (p. 2). Cette revue de littérature met en évidence que l'évaluation clinique infirmière en préopératoire améliore l'expérience chirurgicale du patient, réduit le risque d'annulation de la chirurgie le jour opératoire, augmente la qualité des soins, engendre une utilisation plus efficace des ressources et réduit les listes d'attente (Chan Sau Man, 2014, p. 26-27).

Concernant les échantillons des recherche sélectionnées, Jones, Duffy & Flanagan ont réalisé une étude en 2011 dans le but de vérifier l'efficacité d'une intervention téléphonique de coaching infirmier en postopératoire et ont randomisé 102 patients en deux groupes : 52 patients dans le groupe intervention de coaching infirmier et 50 dans le groupe de pratique usuelle. Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä en 2012, ont voulu comparer l'éducation préopératoire du patient par Internet à celle donnée par l'infirmière. Pour ce faire, les patients ont été randomisés soit au groupe test de l'éducation préopératoire par Internet (n=72), soit au groupe contrôle avec l'éducation donnée par une infirmière (n=75) en préopératoire. Le plus grand échantillon (n=2124) concernait l'étude de Haufler, & Harrington en 2011, qui ont essayé de diminuer le nombre d'annulation le jour opératoire en instaurant des

appels infirmiers aux patients trois jours ouvrables avant leur opération. En 2013, l'étude qualitative de Berg, Arestedt & Kjellgren a tenté de mettre en évidence les perceptions des patients durant leur rétablissement en postopératoire d'une chirurgie ambulatoire. Malgré la nature qualitative impliquant un échantillon restreint, l'étude a apporté un nombre important de résultats concernant la sécurité des patients, l'empowerment et la culture sanitaire.

Concernant la population cible, elle visait les patients et les infirmières ce qui nous a permis de saisir tant le rôle infirmier en chirurgie ambulatoire que le vécu informationnel des patients.

Par rapport au choix des articles, trois auteurs (Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä) reviennent dans deux recherches. En effet, ils ont d'abord effectué une recherche sur la création et l'évaluation d'un site Internet consacré à l'éducation préopératoire des patients en chirurgie ambulatoire (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010). Puis, ils ont fait une autre étude visant à comparer l'éducation préopératoire du patient par Internet à celle donnée par l'infirmière (Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2012). Ainsi, ces deux études se complètent et apportent chacune des résultats différents.

Deux des articles scientifiques analysés (Rondinelli, Omery, Crawford & Johnson, 2014 ; Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012) mettent en évidence le rôle infirmier auto-évalué par les infirmières en chirurgie ambulatoire. Il était intéressant de pouvoir saisir le point de vue des infirmières au sujet des activités les plus fréquemment réalisées, de leurs sentiments quant à leurs compétences, des résultats de soins obtenus grâce à leurs interventions, de leurs difficultés et de leur rôle spécifique dans le contexte de la chirurgie ambulatoire. Ceci nous a permis d'aborder la problématique sous l'angle du rôle infirmier en

ambulatoire et de pouvoir avoir des informations complémentaires par rapport aux autres études qui avaient pour population les patients. Nos expériences pratiques et en 2009, Bulliard Verville & Loetscher, professeures à la Haute Ecole de Santé de Fribourg rappellent que le rôle infirmier dans un service ambulatoire implique des compétences spécifiques et complexes. En effet, l'infirmière doit assurer la pertinence, la qualité ainsi que la précision de l'information aux patients, aux proches et aux différents intervenants en préopératoire et en postopératoire (chirurgien, anesthésiste, physiothérapeute, etc.). La capacité de travailler en pluridisciplinarité et de savoir se positionner en tant qu'infirmière est indispensable car c'est elle qui est au centre du processus de soins et possède une vision globale de la situation. En tant qu'intermédiaire culturel, elle doit faire preuve de rigueur et de souplesse dans l'exécution des multiples tâches qu'implique son cahier des charges comme par exemple, la transmission d'informations à l'oral et à l'écrit, la préparation méticuleuse du patient à l'intervention et l'administration des traitements. Elle doit également faire preuve de réactivité et être rapide dans ses interventions tout en sachant gérer son stress dans les situations imprévues ou lors de la survenue d'une complication. Concernant les soins, il est de sa responsabilité d'assurer la sécurité et le confort des patients au travers de la surveillance périopératoire et de faire preuve de dextérité et d'asepsie dans l'exécution des gestes techniques. L'infirmière doit planifier son travail de manière effective en priorisant les interventions pour s'assurer du respect des délais de la prise en charge en salle d'opération et pour favoriser la coordination des soins ainsi qu'une bonne collaboration interdisciplinaire. L'acquisition et le renouvellement des connaissances physiopathologiques et pharmacologiques est primordiale par le fait de la diversité rencontrée dans ce type de service. En effet, la prise en charge ambulatoire implique des patients de tout âge, pouvant souffrir de diverses

problématiques (diabète, hypertension, psychopathologies, etc.) qu'il faut prendre en compte lors des surveillances et du temps d'information ainsi que durant la prise en charge pluridisciplinaire dans l'unité. Malgré le temps d'hospitalisation très court, elle doit être capable de créer rapidement une relation de confiance avec son patient, afin que celui-ci puisse poser des questions, dans le but de renforcer son acquisition de connaissances et de compétences déjà amorcées en préopératoire. Ceci permet au patient de gérer efficacement son état de santé à domicile (p. 6).

4.2. Interpréter les résultats

Les résultats de la revue de littérature ont été catégorisés dans un tableau (Annexe B) en fonction des concepts choisis et du modèle de Michel Nadot. Il a donc été possible de mettre en avant les différentes facettes du rôle infirmier avec le contexte de la chirurgie ambulatoire.

L'activité soignante est divisée en 14 groupes de pratique. Le groupe de la pratique complexe de gestion de l'information intègre l'ensemble des activités impliquant de simultanément recueillir, stocker, analyser, redistribuer, diffuser et traiter l'information (Dallaire, 2008, p. 376). La complexité de cette pratique est liée au mélange des données à traiter et cette pratique « informationnelle » peut représenter jusqu'à 72% de la journée d'une infirmière (Dallaire, 2008, p. 376). De plus, les infirmières sont « les seules professionnelles à avoir un savoir et une vue globale sur tout ce système complexe » (Dallaire, 2008, p. 378). Ainsi au travers de sa position d'intermédiaire culturel, l'infirmière doit gérer les prestations de soins et l'information pour assurer la collaboration interdisciplinaire, la sécurité des patients, ainsi que l'acquisition de compétences et de connaissances afin que le patient ait les moyens de gérer sa condition de manière autonome.

4.2.1. Sécurité des patients

Les résultats mettent en évidence que l'information est un élément clé de la sécurité des patients. Bien que dans le domaine de la chirurgie ambulatoire les activités s'enchaînent rapidement, il est capital que le patient et son proche aient reçu et intégré l'information qui leur permettra une fois à domicile de se sentir en sécurité et capables de suivre le traitement, prévenir toutes complications et réagir adéquatement en cas de problème. En effet Berg, Arestedt & Kjellgren (2013), établissent un constat inquiétant en montrant que les informations postopératoires peuvent être fournies lorsque certains patients subissent encore les effets de l'anesthésie, par conséquent sont somnolents et ne se souviennent pas de ce qui leur a été dit. Dans ce contexte, la présence des proches prend tout son sens et l'information doit leur être donnée de manière transparente et complète. Ils pourront ainsi la retransmettre au patient afin qu'il soit capable de gérer son quotidien tout en assurant sa propre sécurité. Nous avons observé dans nos stages la présence de protocoles et de brochures d'informations spécifiques à chaque type d'intervention distribués par les divers professionnels, permettant ainsi d'assurer un niveau d'information suffisant pour chaque patient. De ce fait, les informations disparates et les divergences en lien avec les recommandations devraient être évitées et chaque patient devrait recevoir la même information. Berg, Arestedt & Kjellgren (2013), soutiennent ces propos dans les résultats de leur étude et avancent aussi que l'information doit être donnée la première fois en préopératoire et doit être redite pour favoriser la mémorisation. Nous pouvons donc observer dans la pratique qu'il existe de nombreux protocoles et brochures ainsi que des sites Internet pour informer les patients durant la période périopératoire. Nous en déduisons que ce n'est pas l'information aux patients qui manque mais comment celle-ci est gérée. En effet, nous avons observé dans nos stages que certains patients manquaient

clairement de connaissance en lien avec leur opération. Nous pouvons formuler plusieurs hypothèses en lien avec cette problématique : les patients ont peur de ce qui les attend et ne veulent donc pas savoir ou les patients minimisent l'intervention. Selon Suva, Haller et Hoffmeyer (2011), les supports écrits donnés aux patients en complément des informations reçues par orales sont souvent difficiles à comprendre pour eux (p. 2475). Ainsi, en vue de clarifier ces informations, nous pensons qu'il serait utile que les professionnels de la santé prennent quelques minutes pour lire et commenter les documents avec le patient et pour lui donner l'occasion de poser des questions. Selon Pretto (2000), un bon support écrit doit être concis, doit faire ressortir le but et répondre à la problématique de l'intervention chirurgicale. De plus, les illustrations et les exemples favorisent la mémorisation du patient (p.5). Ensuite, un langage simple ainsi qu'un vocabulaire courant doivent être utilisés et la brochure doit être structurée de manière visible (p.6). La plupart des brochures que nous avons pu consulter sur internet étaient explicites, un langage courant était utilisé et des images favorisaient la compréhension.

4.2.2. Empowerment et culture sanitaire

En tant que professionnelle en chirurgie ambulatoire, il est du devoir de l'infirmière de donner au patient le moyen de développer des compétences et des savoirs en vue de gérer les suites opératoires de manière autonome. Ceci passe par une relation de partenariat où les décisions sont prises en négociation avec lui. De plus, un sentiment de gratitude est exprimé de la part du patient lorsque les professionnels le laisse prendre une part active aux décisions (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013). L'information en préopératoire et en postopératoire revêt une importance capitale et peut prendre diverses formes. Les sites Internet pour l'éducation ainsi que les brochures d'informations permettent au patient de se

préparer de manière individuelle et d'avoir toujours l'information à disposition. En effet, Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä (2012), trouvent que l'éducation par Internet a permis d'augmenter le niveau de connaissances des patients significativement plus que ceux ayant reçu une éducation par une infirmière. Ceci peut être dû au fait que le patient ayant reçu l'éducation par Internet avait accès à l'information quand il le désirait, comparé au temps d'éducation avec l'infirmière qui n'a lieu qu'une seule fois.

Actuellement dans la pratique professionnelle, il existe de nombreux moyens pour informer les patients mais leur manque de connaissance nous laisse penser que des facteurs individuels interviennent dans le processus d'éducation. En effet, l'attitude du patient et du soignant dans la communication ainsi que le degré de motivation de la personne soignée peut influencer ses actions et l'adoption de comportements favorables à la santé (Lacroix, 2007, pp. 274-275). Selon les recommandations de la HAS en 2007, l'éducation thérapeutique doit obligatoirement prendre en compte les besoins du patient, sa motivation ainsi que sa réceptivité à l'information afin de favoriser la mobilisation, l'acquisition et le maintien de compétences (p. 2). L'institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) met en évidence en 2007 que certains facteurs contextuels sont à prendre en compte car ils sont susceptibles d'influencer l'éducation thérapeutique et l'atteinte des objectifs. Ces facteurs sont par exemple : le stress, l'anxiété, la dépression, les caractéristiques du patient (âge, sexe, pathologie, etc.), son environnement et ses habitudes ainsi que les caractéristiques et l'environnement des professionnels, leur statut et l'organisation de l'équipe pluridisciplinaire, etc. (p. 16). Malgré que l'éducation thérapeutique au patient soit souvent appliquée dans un contexte de chronicité, nous estimons que les éléments susmentionnés sont à prendre en considération dans la pratique des soins ambulatoires durant les temps

d'information et d'éducation dans le but d'optimiser l'intégration de l'information de la part du patient.

4.3. Implications pour la pratique

Les résultats de cette revue de littérature amènent plusieurs pistes en vue d'améliorer l'information aux patients en chirurgie ambulatoire. Tout d'abord, il faudrait mieux utiliser les supports d'informations existants (brochures, protocoles, site Internet) dans le but d'optimiser l'intégration de l'information chez le patient. Un moyen serait que les professionnels de la pratique prennent du temps pour lire et commenter les informations avec le patient et pour lui donner l'occasion de poser des questions. En vue des délais serrés existants en chirurgie ambulatoire, nous sommes conscientes du défi que représente le fait de prendre un peu plus de temps pour lire les brochures avec le patient. Cependant, nous pensons que cette démarche aboutirait à un gain de temps le jour opératoire pour les professionnels et le patient ainsi qu'à une satisfaction commune (Haufler, & Harrington, 2011). Les professionnels doivent aussi évaluer l'aptitude du patient et de ses proches à retenir les renseignements. En effet, les proches sont une source d'informations précieuses lors du rétablissement du patient et ont souvent un rôle de proche aidant. C'est pour cette raison qu'il est primordial de les intégrer au processus de soins au même titre que la personne soignée et de leur donner tous les renseignements nécessaires lors des diverses interactions durant la prise en charge. Ainsi, ils pourront redire l'information au patient en cas d'oubli dû à la sédation par exemple et constituent donc une ressource. De ce fait, les infirmières et les autres professionnels intervenant dans les soins doivent favoriser l'accès à l'information en donnant les moyens au patient et à ses proches d'accéder aux supports informatifs et de les comprendre.

Les appels de la part des infirmières en préopératoire ainsi qu'en postopératoire ont amené plusieurs résultats comme la diminution du nombre d'annulations de la chirurgie le jour opératoire, l'adhésion du patient aux consignes ainsi que la diminution des symptômes de détresse, un meilleur état de santé fonctionnel et mental à domicile (Haufler, & Harrington, 2011 ; Jones, Duffy & Flanagan, 2011). En effet, il a été observé lors de nos stages en milieu ambulatoire, que de nombreux patients se présentaient dans l'unité le jour de l'intervention en n'ayant pas respecté les consignes. Par exemple, ils ne sont pas à jeun, ils sont malades (fièvre, toux, rhume, vomissements, etc.), ne respectent pas les consignes en lien avec l'arrêt des anticoagulants ou ont une blessure sur le site opératoire (hématome, écorchure) etc. L'annulation de la chirurgie le jour opératoire fait perdre du temps et de l'énergie aux professionnels et au patient ainsi que de l'argent à l'institution (Haufler & Harrington, 2011). Ainsi, la mise en place d'appels en préopératoire demanderait un investissement et de l'organisation mais sur le long terme, des bénéfices tels que la satisfaction des patients et de l'équipe interdisciplinaire, ainsi que des économies d'argent pourraient être observés de la même manière que dans l'étude de Haufler & Harrington (2011). Pour cela il serait nécessaire qu'une infirmière de l'unité appelle les patients trois jours ouvrables avant leur chirurgie en suivant un protocole d'information et en répondant à leurs questions. Pour que cette solution soit envisageable, il faudrait créer un poste ou rajouter une infirmière hors-effectif ou encore modifier un horaire, former les infirmières à cette intervention et mettre en place un protocole en lien avec les informations à donner et les questions à poser aux patients. L'infirmière aurait aussi pour fonction de transmettre les informations à l'équipe pluridisciplinaire au sujet des problèmes potentiels en lien avec la situation du patient et de réorganiser la prise en charge le cas échéant. Les appels de coaching infirmier en postopératoire ont aussi montré leur efficacité. En

effet, il est fréquemment soulevé que les patients manquent de préparation et d'information en préopératoire. Ainsi, cette intervention permettrait aux patients de se sentir soutenus et d'avoir des conseils de la part des professionnels de la santé en vue de gérer leurs symptômes. Cette intervention nécessiterait la mise en place de mesures similaires que pour les appels en préopératoire susmentionnés.

Conclusion

La question de recherche de ce travail de Bachelor était : quel est l'impact du virage ambulatoire sur le rôle infirmier : comment font les infirmiers-ères, pour ajuster leur rôle d'expert-e en lien avec la gestion de l'information auprès des patients adultes ayant subi une chirurgie orthopédique dans un service ambulatoire ? Les résultats de la recherche des articles nous ont conduit à considérer le rôle de gestion de l'information dans son ensemble et non pas seulement auprès du patient. En effet, les études analysées mettent en évidence que ce rôle s'exerce au niveau du patient mais également au niveau de ses proches, de l'équipe pluridisciplinaire et de l'institution dans ses dimensions logistiques (itinéraire clinique) et financières. Cette activité informationnelle est très complexe ; elle est faite d'activités simultanées, de ruptures, d'imprévus et englobe de nombreux interlocuteurs aux compétences et besoins divers et variés. Dans l'idéal, elle est censée s'effectuer de manière efficiente et complète malgré une charge de travail importante et la rapidité du processus de soins dans le contexte de chirurgie ambulatoire. Les résultats nous ont amené des pistes pour faciliter ce rôle de gestion de l'information en vue d'améliorer la collaboration interdisciplinaire, la satisfaction et la sécurité des patients, ainsi que la qualité des soins. Elles consistent à la mise en place d'appels téléphoniques infirmiers en préopératoire et en postopératoire, à l'accompagnement du patient et de ses proches dans la lecture de brochures informatives par les divers professionnels intervenant autour du patient, à l'intégration des proches dans les séances d'éducation et d'information et pour finir à faciliter l'accès à l'information disponible sur Internet. Au terme de ce travail, notre question de recherche se modifie et se formule comme suit : comment font les infirmiers-ères dans une unité de chirurgie ambulatoire pour ajuster leur rôle

d'expert-e dans la gestion de l'information auprès des patients adultes ayant subi une chirurgie ambulatoire, auprès des proches, des professionnels intervenant autour du patient ainsi qu'auprès de l'institution ?

Notre Bachelor Thésis nous a permis d'acquérir des compétences méthodologiques de recherche dans les bases de données PubMed, UpToDate, CINAHL et dans l'analyse critique d'articles scientifiques en anglais. Nous avons appris à construire une revue de littérature dans le but d'amener de nouveaux éléments à la pratique professionnelle des soins infirmiers. Désormais, nous sommes capables d'actualiser nos connaissances à l'aide de la littérature scientifique, nous permettant ainsi de nous adapter à l'évolution constante de la profession infirmière.

Finalement, notre revue de littérature met en évidence que le manque de connaissance des patients observé dans nos expériences pratiques n'est pas dû à un manque d'information en lien avec leur chirurgie mais plutôt à une difficulté d'intégration et de gestion de cette information de leur part. De ce fait, si ce travail était à poursuivre, il serait intéressant de se pencher d'avantage sur les facteurs agissant dans l'intégration de l'information des patients.

Liste des références bibliographiques

- Albisetti, P. (2012). *Sécurité des patients et droit dans les établissements hospitaliers : tour d'horizon* (MAS en droit de la santé, Neuchâtel). Accès http://www.fhv.ch/memoire_mas_palbisetti_biffe.pdf
- Ausserhofer, D., Schubert, M., Engberg, S., Blegen, M., De Geest, S. & Schwendimann, R. (2012). Nurse-reported patient safety climate in Swiss hospitals. *Swiss Medical Weekly SMW*, 142, 1-9. doi:smw.2012.13501
- Berg, k., Arestedt, k. & Kjellgren, k. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients: a phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1630-1638.
- Buillard Verville, D. & Loetscher, R. (2009). *Spécificité des soins ambulatoires* [Polycopié]. Accès <https://ged.hefr.ch/search/Pages/Results.aspx?k=sp%C3%A9cificité%C3%A9%20des%20soins%20ambulatoire&cs=Ce%20site&u=https%3A%2F%2Fged.hefr.ch%2Fdsfr>
- Buillard Verville, D. & Magnin, F. (S.d.). *Recherche de Pretto (2000) sur l'information au patient dans le service de chirurgie ambulatoire* [Document Word].
- Busset, F. & Gross, J. (2013). *Grille d'aide à l'analyse – SC1* [Document Word]. Accès https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/16/_layouts/WordViewer.aspx?id=/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/16/Documents%20de%20cours/Mod%C3%A8le%20de%20Nadot/Grilles/OB-IC-Grille%20SC1-analyse.docx
- Busset, F. & Gross, J. (2013). *Grille d'aide à l'analyse – SC2* [Document Word]. Accès https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/16/_layouts/WordViewer.aspx?id=/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/16/Documents%20de%20cours/Mod%C3%A8le%20de%20Nadot/Grilles/OB-IC-Grille%20SC2%20analyse.docx
- Busset, F. & Gross, J. (2013). *Grille d'aide à l'analyse – SC3* [Document Word]. Accès https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/16/_layouts/WordViewer.aspx?id=/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/16/Documents%20de%20cours/Mod%C3%A8le%20de%20Nadot/Grilles/OB-IC-Grille%20SC3%20analyse.docx
- Busset, F. & Gross, J. (2014). *Modèle d'intermédiaire culturel – Nadot schématisation « ronde »* [Document PDF]. Accès <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/16/Documents%20de%20c>

ours/Mod%C3%A8le%20de%20Nadot/Grilles/OB-
IC%20sch%C3%A9matisation%20ronde.pdf

Charbonnet, P., Ott, V., Schiffer, E., Berney, T. & Morel, P. (2010). Chirurgie ambulatoire : une voie incontournable. *Revue Médicale Suisse*, 6(254), 1302-1305.

Chau San Man, C. (2014). *Title : The effectiveness of nurse-led preoperative assessment clinics for patients receiving elective orthopaedic surgery : a systematic review.* Accès http://www.nursinglibrary.org/vhl/bitstream/10755/335585/1/1_Chan_S_p65517_1.pdf

Chau San-Man, C & Poon Chung Leung, H. (2012). *The effectiveness of nurse-led pre-operative assessment clinics for patients receiving elective orthopaedic surgery : a systematic review.* Accès <file:///C:/Users/laura/Dropbox/Bachelor%20thesis/articles%20scientifiques/systematic%20review.pdf>

Dallaire, C. (2008). *Le savoir infirmier : Au cœur de la discipline et de la profession.* Montréal : Chenelière éducation, gaëtan morin.

Delétréz, C. (2014). *Le niveau de culture sanitaire et le partenariat en soins infirmiers perçu par les personnes âgées hospitalisées : une étude descriptive corrélationnelle* (Master ès Sciences en sciences infirmières, UNIL et HES-SO, Lausanne).

Eisen, A. (1994). Survey of neighborhood-based, comprehensive community empowerment initiatives. *Health Education Quarterly*, 21(2), 235-252.

Engler, C. & Fivaz, N. (2014). Fiche d'information Prestations ambulatoires dans les hôpitaux et les cliniques. *H+ Les hôpitaux de Suisse*, 1-10.

Fédération suisse pour la formation continue. (S.d.). *Health Literacy / Compétences en matière de santé (culture sanitaire).* Accès <http://www.alice.ch/fr/themes/competences-de-base/illettrisme-lire-et-ecrire/health-literacy/>

Flanagan, J. (2009). Postoperative Telephone Calls : Timing Is Everything. *AORN J*, 90, 41-51.

Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T. & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18, 501-508.

Haufler, K. & Harrington, M. (2011). Using nurse-to-patient telephone calls to reduce day-of-surgery cancellations. *AORN Journal*, 94(1), 19-26.

- Haute autorité de santé. (2014). *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*. Accès http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-07/tc_chir_ambu_axe2_vf.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). *Gérer les risques*. Accès http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1661118/fr/gerer-les-risques
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). *Programme National pour la Sécurité des Patients (PNSP)*. Accès http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1505131/fr/programme-national-pour-la-securite-des-patients-pnsp
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2007). *Recommandation Education thérapeutique du patient définition, finalités et organisation*. Accès http://has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/etp_-_definition_finalites_-_recommandations_juin_2007.pdf
- Haute Autorité de Santé (HAS). (2013). Recommandations organisationnelles pour comprendre, évaluer et mettre en œuvre – Sécurité des patient en chirurgie ambulatoire Guide méthodologique. *Haute Autorité de Santé*. 1-113.
- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2012). Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients' Knowledge with Internet-based Education. *Methods Inf Med*, 51, 295-300.
- Heikkinen, K., Suomi, R., Jääskeläinen, M., Kaljonen, A., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2010). The Creation and Evaluation of an Ambulatory Orthopedic Surgical Patient Education Web Site to Support Empowerment. *Computers, Informatics, Nursing*, 28(5), 282-290.
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES). (2013). *Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme*. Accès <http://www.inpes.sante.fr/FormationsEps/pdf/dispenser-ETP.pdf>
- Jones, D., Duffy, M. & Flanagan, F. (2011). Randomized Clinical Trial Testing Efficacy of a Nurse-Coached Intervention in Arthroscopy Patients. *Nursing Research*, 60(2), 92-99.
- Kerspern, M-N. & Déchanez, N. (2014). *Empowerment et éducation à la santé [PowerPoint]*. Accès <https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2011/modf/13/Documents%20de%20cours/Empowerment%20et%20%C3%A9ducation%20%C3%A0%20la%20sant%C3%A9/Empowerment%20et%20%C3%A9ducation%20%C3%A0%20la%20sant%C3%A9%20PPT.pdf>

- Klingshirn, A. & Serena, A. (2013). *Le processus de recherche-ses phases et étapes* [PowerPoint]. Accès https://ged.hefr.ch/dsfr/forma/si/bsc2012/modf/archi/11/Documents%20de%20cours/Processus%20de%20recherche/2Proc%20R_%20Module%2011.pdf
- Lacroix, A. (2007). Quels fondements théoriques pour l'éducation thérapeutique. *Cairn Info*, 19(4), 271-282.
- Les hôpitaux de Suisse. (2014). *Moniteur des hôpitaux et cliniques de H+ : Prestations, structures, évolutions et tendances de la branche* [Brochure]. Accès http://www.hplus.ch/fileadmin/user_upload/Medien/Medienkonferenzen/JMK_2014/Monitor_F.pdf
- Loiselle, C & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthode de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives* (p.139). Québec : ERPI.
- Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.
- Longpré, C., Forté, D., O'Doherty, C. & Vissandjée, B. (1998). *Projet d'empowerment des femmes. Conception, application et évaluation de l'empowerment* (phase1). Accès http://www.genreenaction.net/IMG/pdf/empowerment_1_.pdf
- Lossent, A., Fournière, P., Chevet, B. (2014). Chirurgie ambulatoire, le rôle de l'infirmière. *La revue de l'infirmière*, 202, 21-22.
- Mitchell, M. (2014). Home recovery following day surgery: a patient perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 1-13.
- Moore, A. & Fisher, K. (2012). Healthcare information technology and medical-surgical nurses : the emergence of a new care partnership. *Computers, informatics, nursing : CIN*, 30(3), 157-163.
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (1998). *Health Promotion Glossary* [Glossaire]. Accès <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>
- Organisation Mondiale de la Santé (OMS). (2007). *L'OMS lance les « Neuf solutions pour la sécurité des patients » afin de sauver des vies et d'éviter les préjudices*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2007/pr22/fr/>
- Phaneuf, M. (2013). *L'empowerment une nécessité pour les clients en soins infirmiers*. Accès <http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/02/L%E2%80%99empowerment-une-n%C3%A9cessite%C3%81-pour-les-clients-en-soins-infirmiers.pdf>

- Rondinelli, J., Omery, A., Crawford, C. & Johnson, J. (2014). Self-Reported Activities and Outcomes of Ambulatory Care Staff Registered Nurses : An Exploration. *Nursing Research & Practice*, 18(1), 108-115.
- Sécurité des patients Suisse. (S.d.). *CIRNET Critical Incident Reporting & Reacting NETWORK*. Accès <http://www.patientensicherheit.ch/fr/themes/Identification-des-risques/CIRNET1.html>
- Sécurité des patients Suisse. (S.d.). *Notre mission*. Accès <http://www.patientensicherheit.ch/fr/Portrait/Notre-mission.html>
- Sécurité des patients Suisse. (S.d.). *Sécurité des patients*. Accès <http://www.patientensicherheit.ch/fr/Portrait/S-curit--des-patients.html>
- Sécurité des patients Suisse. (S.d.). *Sécurité des patients*. Accès <http://www.patientensicherheit.ch/fr/th-mes/Identification-des-risques/Grundversorgung0.html>
- Stutz-Steiger, T. & Spycher, S. (2006). La culture sanitaire, base d'une nouvelle approche de la santé. *La Vie Économique*.14–16.
- Suva, D., Haller, G & Hoffmeyer, P. (2011). Information et consentement éclairé des patients en orthopédie: mission (im)possible?. *Revue Médicale suisse*, 7, 2475-2477.
- Wallerstein, N. (2006). Dans quelle mesure, selon les bases factuelles disponibles, l'autonomisation améliore-t-elle la santé ?. *Organisation Mondiale de la Santé (OMS)*, 1-37. Accès http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/76479/E92919.pdf

Annexes

Annexe A : déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé notre Bachelor Thésis nous-même, conformément aux directives imposées par la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans ce travail sont clairement nommées et identifiées.

Laura Delley et Mélie Brandão

Annexe B : tableau de présentation des résultats

SC1 : fonction d'institutionnalisation Système d'informations informatisées & Rôle infirmier en SC1	SC2 : fonction médico-déleguée Sécurité des patients & Rôle infirmier en SC2	SC3 : fonction indépendante Empowerment/culture sanitaire & Rôle infirmier en SC3
<p>Système d'informations informatisées</p> <p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un système d'informations informatisées permet de mettre en évidence les informations du patient, les ordres de soins et les tâches planifiées (Moore & Fisher, 2012, p. 161). • Concernant la composante de soutien à la décision du système informatisé, les participants ont affirmé que l'information donnée était utile pour la coordination des soins. Les infirmières disent que cet élément joue un rôle de soutien aux connaissances et au jugement clinique (Moore & Fisher, 2012, p. 161). <p>L'apparition du dossier électronique a favorisé la pertinence et la clarté des informations, étant donné que ces dernières sont signées par les professionnels. De plus, le système d'informations informatisés augmente la sécurité</p>	<p>Sécurité des patients</p> <p>Ressources pour assurer la sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selon les patients, l'efficacité et la standardisation des procédures leur ont permis de se sentir en sécurité en chirurgie ambulatoire. Dans des conditions optimales, ils ont été informés à l'avance de la procédure chirurgicale et des suites postopératoires (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). • Les patients ont reconnu que leur responsabilité impliquait de prendre au sérieux le processus postopératoire, en étant concentrés et en ayant le courage de poser des questions s'ils se sentaient en insécurité (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). • Les patients voulaient des instructions claires pour traiter leur plaie en postopératoire ainsi qu'une indication quant au temps de récupération normal pour leur chirurgie (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633). • Le fait que le patient puisse atteindre facilement 	<p>Empowerment et culture sanitaire</p> <p>Ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le fait d'avoir eu une expérience antérieure en chirurgie ambulatoire augmente le niveau et la quantité des connaissances (Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2012, p. 298). De plus, d'autres auteurs ont trouvé que l'expérience antérieure en chirurgie ambulatoire ainsi qu'un entraînement physique structuré en postopératoire, ont été reconnus comme aidants au rétablissement (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633). • Une humeur positive et une attitude optimiste quant à l'issue de la chirurgie, la confiance du patient en lien avec sa situation postopératoire à domicile, ont été perçues comme bénéfiques pour le processus de rétablissement. Il a aussi été relevé qu'une forte confiance en soi a été bénéfique pour prévenir les sentiments de solitude et d'insécurité à domicile en postopératoire

<p>car il est plus compréhensible et plus précis (Moore & Fisher, 2012, p. 161).</p> <p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beaucoup de soignants disaient que le système d'information Cerner ne leur permettait pas de documenter les soins de manière individualisée, ne reflétant donc pas entièrement leur intention (Moore & Fisher, 2012, p. 161). • Les infirmières expérimentées étaient mal à l'aise avec la transparence fournie par l'utilisation du système d'information Cerner (Moore & Fisher, 2012, p. 162). • Les professionnels éprouvaient du mépris par rapport à ces tâches de documentation qui prenaient parfois plus d'importance que de soigner le patient (Moore & Fisher, 2012, p. 162). <p>Rôle infirmier en SC1</p> <p>Ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans un centre de chirurgie ambulatoire, les infirmières ont tenté de diminuer le taux d'annulation de la chirurgie le jour opératoire. Ainsi, le fait d'appeler le patient trois jours ouvrables avant sa chirurgie pour l'informer et répondre à ses questions a permis de 	<p>les soignants par téléphone soulage son sentiment d'insécurité une fois à domicile. De plus, un réseau personnel incluant des personnes ayant des connaissances médicales augmente le sentiment de sécurité à domicile (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1634).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le fait que le personnel soit agréable, compétent et qu'il travaille au sein d'une équipe unie favorise la satisfaction des patients ainsi que leur sentiment de sécurité (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). • Sur le document de sortie ont été ajoutés certains éléments tels que l'ordonnance pour les analgésiques, les bandages et la nécessité de la présence d'un proche à domicile lors de la journée de sortie (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633). <p>Problèmes liés à la sécurité</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les informations postopératoires ont été fournies lorsque les patients quittaient l'unité de chirurgie ambulatoire, tandis que certains d'entre eux subissaient encore les effets de l'anesthésie et par conséquent, étaient somnolents et ne se souvenaient pas de ce qui leur avait été dit (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). • Au sein de l'unité de chirurgie ambulatoire, des patients se sont sentis stressés en raison de l'organisation du service qui impose des délais serrés entre l'arrivée, la prise en charge en salle 	<p>(Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La fourniture d'informations préopératoires et postopératoires était un des aspects des soins qui influençait positivement le rétablissement à domicile et la perception d'être pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement (Mitchell, 2014, p. 6). En effet, d'autres auteurs ont mis en évidence que les appels de coaching infirmiers à domicile en postopératoire, ont permis une diminution des symptômes de détresse ainsi qu'une meilleure santé physique et mentale (Jones, Duffy & Flanagan, 2011, pp. 96, 98). • Les patients estimaient important de suivre les conseils d'auto-soins qu'ils avaient reçus. En effet, ils soulèvent que la préparation à la chirurgie et le fait d'être prêt à agir sur ses besoins en auto-soins en postopératoire sont des conditions pour la gestion du rétablissement à domicile (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, pp. 1633, 1635-1636). • Le fait d'avoir bien planifié et structuré ses journées à domicile a été considéré comme une manière positive d'éviter les sentiments d'impuissance et d'inutilité (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). • L'éducation par Internet a permis d'augmenter le niveau de connaissance des patients significativement plus que ceux ayant reçu l'éducation par une infirmière (Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2012, p. 297). • L'éducation préopératoire par Internet des
--	--	--

<p>diminuer le taux d'annulation quotidien de 53%, d'augmenter les scores de satisfaction des patients et d'augmenter l'utilisation de la salle d'opération. Ce projet a fait économiser au centre de chirurgie ambulatoire environ 102'983\$ (Haufler, Harrington, 2011, pp.19, 24).</p> <ul style="list-style-type: none"> Le travail en multidisciplinarité et la possibilité d'effectuer différentes fonctions et tâches spécifiques au service de chirurgie ambulatoire, permet le développement professionnel selon plus de la moitié des infirmières (Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012, p. 503). <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> Le manque de communication entre les professionnels de la santé augmentait le nombre d'annulation le jour opératoire (Haufler & Harrington, 2011, p. 23). 	<p>d'opération et la sortie. Ce stress a eu pour effet qu'ils ont oublié de discuter des questions essentielles postopératoires. De plus, le fait d'être insuffisamment préparé pour le retour à domicile engendre un sentiment d'insécurité. En outre, l'information peut être donnée rapidement et de manière contradictoire. Ces recommandations disparates laissent les patients confus (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, pp. 1634-1635).</p> <ul style="list-style-type: none"> Les patients auraient voulu des informations plus détaillées au sujet de la spécificité de leur opération (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010, pp. 287-288). En effet, d'autres auteurs soulignent que les informations par rapport aux activités et aux efforts physiques à faire ou à éviter en postopératoire étaient perçues comme vagues, ainsi les patients avaient peur d'en faire trop et d'entraîner des complications au niveau du site opératoire. Une fois à la maison, les patients avaient des doutes quant à la progression du rétablissement; ils avaient de la peine à différencier le normal de l'inquiétant. Ceci les a rendus inquiets et solitaires (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, pp. 1634-1635). Le traitement des plaies et ses aspects d'hygiène étaient difficiles. Les procédures de la chirurgie et d'anesthésie n'étaient pas claires et les patients voulaient être mieux informés (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633). La sortie précoce et le manque 	<p>patients en chirurgie orthopédique ambulatoire leur a permis d'acquérir un score élevé de connaissances : 79.96/100 dans le premier temps de mesure. Au deuxième temps de mesure, à deux semaines postopératoires, le score est évidemment légèrement plus faible 78.15/100 (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010, p. 287).</p> <ul style="list-style-type: none"> Un tiers des patients a dit que toutes les pages du site Web ont été utiles et un autre tiers a déclaré que la page Web sur les « préparations à l'opération » était la plus utile. Les autres pages ayant été les plus utiles aux patients sont : « les questions les plus importantes relatives à la préparation de l'opération », « les événements de la journée de l'opération » et « le retour à domicile et les soins de suivi » (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010, p. 287). Le soutien par les professionnels de la santé au travers de commentaires positifs a été aidant pour les patients (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). Un sentiment de gratitude de la part des patients est mis en évidence quand une décision a été prise en négociation avec eux (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). Les proches sont des interlocuteurs privilégiés et sont une source d'informations précieuses lors de la période périopératoire (Berg,
--	--	--

	<p>d'accompagnement pour le retour à domicile, procurait un sentiment d'abandon dans le processus de rétablissement, d'autant plus que certains patients manquaient de contact avec le système de santé (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). De plus, un autre auteur a découvert que la mauvaise gestion de la douleur, l'anxiété préopératoire et le manque d'aide une fois à la maison étaient des aspects des soins qui influençaient négativement le rétablissement et la perception d'être pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement (Mitchell, 2014, p. 6).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le traumatisme du geste opératoire combiné à la rapidité des soins fait naître un sentiment d'insécurité chez le patient une fois à domicile (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1634). <p>Rôle infirmier en SC2</p> <p>Ressources</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats où les infirmières ont perçu avoir eu le plus souvent une influence étaient la prévention des complications et l'information claire en lien avec le traitement médical en fonction des besoins du patient (Rondinelli, Omery, Crawford & Johnson, 2014, p. 112). 	<p>Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635).</p> <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lorsque les patients n'étaient pas impliqués dans la prise de décision, ils se sentaient exclus et marginalisés (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). • Certains patients ne se sont pas préparés à la chirurgie car ils estimaient qu'une procédure chirurgicale ambulatoire serait mineure et ne devrait pas nécessiter de préparation (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1633). • Lorsque le rétablissement ne se passait pas comme prévu et que les résultats n'étaient pas ceux qu'ils imaginaient, cela provoquait chez les patients de l'anxiété par rapport à leur avenir, leur travail et leur rôle de parent. Le fait d'être catégorisé « malade » génère des sentiments tels que de ne plus être utile (Berg, Arestedt & Kjellgren, 2013, p. 1635). • Les patients n'ayant pas de formation professionnelle, autoévaluaient leurs connaissances comme étant plus basses que ceux ayant une formation (Heikkinen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2012, p. 298). • Les patients ne passent pas le même temps sur le site Web et n'y vont pas le même nombre de fois. Plus le patient utilise le site Web et plus il aura de connaissances (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä, 2010, pp. 285, 287).
--	--	--

		<p>Rôle infirmier en SC3</p> <p>Ressources</p> <ul style="list-style-type: none">• Selon les infirmières, la diffusion d'information entre elles permet d'améliorer significativement le développement du rôle professionnel (Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012, p. 503).• Le fait que l'infirmière appelle le patient trois jours ouvrables avant sa chirurgie pour l'informer et répondre à ses questions a permis de diminuer considérablement le nombre d'annulation lié à la non-présentation du patient, au non-respect des directives nihil per os et à l'absence d'un adulte responsable (Haufler & Harrington, 2011, p. 19).• Les activités les plus fréquemment rapportées par les infirmières en chirurgie ambulatoire sont : l'évaluation de l'histoire de santé du patient, l'évaluation de sa plainte principale et de son histoire subjective et les conseils durant les temps d'informations et d'éducatifs (Rondinelli, Omery, Crawford & Johnson, 2014, p. 111). En outre, d'autres auteurs soulèvent que les infirmières autoévaluaient leur niveau de compétences comme étant plus important dans les catégories relatives au rôle d'aide, à la gestion des situations, à l'enseignement et à
--	--	--

		<p>l'encadrement, ainsi que dans la maîtrise du contenu de l'éducation au patient, dans la reconnaissance du temps nécessaire à cette éducation et dans la fourniture d'une guidance individuelle, dans l'analyse du bien-être du patient, dans la priorisation des activités d'une manière flexible, dans le fait d'agir de manière appropriée dans les situations d'urgence, dans la planification de leurs propres actions et dans la prise de décision concernant les soins du patient selon sa situation (Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012, pp. 503-504).</p> <ul style="list-style-type: none">• Les résultats où les infirmières ont perçu avoir eu le plus souvent une influence étaient la satisfaction des patients et la diminution de leur niveau d'anxiété (Rondinelli, Omery, Crawford & Johnson, 2014, p. 112). <p>Obstacles</p> <ul style="list-style-type: none">• Les infirmières autoévaluaient leur plus bas niveau de compétence dans l'évaluation des résultats de l'éducation au patient avec l'équipe de soins ou avec ses proches, dans la délégation des tâches, dans l'utilisation de résultats de la recherche et dans la proposition de sujet de recherche et de développement, ainsi que dans le leadership d'équipe, dans la formation et l'encadrement des étudiants (Hamström, Kankkunen, Suominen & Meretoja, 2012, p. 504)
--	--	--

Annexe C : analyse des articles scientifiques

Grille de lecture d'un article scientifique Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2012). Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients' Knowledge with Internet-based Education. <i>Methods Inf Med</i> , 51, 295-300.
Résumé	<p>Contexte : un besoin croissant d'éducation au patient et de l'évaluation de ses résultats a été jugé nécessaire.</p> <p>Objectif : l'objectif est de comparer les connaissances acquises avec l'éducation sur Internet (groupe test) et l'enseignement donné par une infirmière (groupe contrôle) auprès des patients subissant une chirurgie orthopédique en ambulatoire. L'hypothèse formulée est la suivante : l'éducation par Internet du patient est aussi efficace que l'enseignement donné par une infirmière. Les deux méthodes d'éducation augmenteraient le niveau et la quantité des connaissances des patients.</p> <p>Méthode : les patients ont été randomisés soit au groupe test (n=72) ou soit au groupe contrôle (n=75). Les deux instruments de l'étude ont permis de recueillir les données.</p> <p>Résultats : les deux groupes ont démontré une amélioration de leurs connaissances. Les patients du groupe test ont amélioré leur niveau de connaissances significativement plus que les patients du groupe contrôle. Aucune différence entre les groupes n'a été constatée au niveau de la quantité des connaissances. Ces dernières ont été corrélées avec l'âge, le sexe des patients et avec les interventions chirurgicales ambulatoires antérieures.</p> <p>Conclusion : l'éducation par Internet permettrait d'atteindre des bons résultats concernant les connaissances des patients. C'est une méthode qui peut être exploitée dans les unités ambulatoires.</p> <p>Mots-clés : éducation des patients avec Internet, évaluation des résultats</p>
Introduction Enoncé du problème et objectif	Un manque d'étude au sujet des patients en chirurgie ambulatoire a été relevé. C'est pour cette raison, qu'il est primordial de déterminer l'utilité d'Internet dans l'enseignement aux patients. Cette étude se concentre sur l'éducation fournie par Internet auprès des patients en chirurgie orthopédique ambulatoire. Cette recherche a été faite car l'éducation des patients en chirurgie orthopédique ambulatoire est différente de celle des patients hospitalisés sur une longue durée. Le contenu de l'enseignement et

	les connaissances diffèrent selon les patients. Les personnes soignées ayant subi une chirurgie orthopédique en ambulatoire sont généralement jeunes et en bonne santé. Elles ont besoin de connaissances et d'être capables de gérer leurs soins en étant indépendantes.
Recension des écrits	La quantité d'information médicale sur Internet est en développement. Un intérêt croissant a été constaté dans l'évaluation de l'efficacité de l'éducation par Internet auprès des patients. L'efficacité de l'éducation sur Internet a été prouvée. Des études ont été faites au sujet des effets de l'éducation par Internet sur les connaissances des patients. De plus, il existe des études sur l'utilisation d'Internet dans l'éducation des personnes soignées en chirurgie orthopédique ambulatoire. Hering et al., étudient l'impact d'un site Web sur les connaissances des patients en utilisant un essai contrôlé randomisé (n=164) avec une intervention contrôlée de l'éducation par des infirmières. Ils ont constaté que l'emploi d'un site était plus efficace pour l'amélioration des connaissances du patient relatives à l'anesthésie.
Cadre théorique ou conceptuel	Il n'y pas de cadre théorique ou conceptuel dans cette étude.
Hypothèses	L'éducation par Internet du patient est aussi efficace que l'enseignement donné par une infirmière. L'éducation du patient basée sur Internet (groupe test) est aussi efficace que l'éducation avec une infirmière (groupe contrôle) dans l'augmentation du niveau et de la quantité des connaissances du patient.
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude randomisée contrôlée.
Population et contexte	147 patients participent à l'étude. 72 personnes font partie du groupe d'éducation par Internet et 75 autres personnes font partie du groupe de l'éducation donnée par l'infirmière. Les critères d'inclusion étaient que les patients aient plus de 18 ans, sachent parler le finlandais, puissent avoir accès à Internet à domicile et aient la capacité à l'utiliser, n'aient pas de déficiences cognitives et aient la capacité de compléter les instruments ainsi que de fournir leur consentement de participation à l'étude. Le critère d'exclusion était une classification ASA de plus de II (une classification par l'Association américaine des anesthésistes). Considérations éthiques Les auteurs ont obtenu l'approbation éthique auprès du comité éthique. Les patients ont été informés et ont donné leur consentement éclairé par écrit.
Interventions	Interventions

Collecte des données et mesures	<p>Les patients du groupe test participent à l'éducation sur Internet. Le programme éducatif se structure en six domaines de connaissances : biophysique, fonctionnelle, expérientielle, éthique, sociale et financière définis comme importants dans le processus d'empowerment. Le site se composait de connaissances à propos de 9 thèmes concernant la chirurgie. Les patients ont utilisé le site entre 1 et 121 jours avant l'opération. Le temps d'attente pour l'arthroscopie du genou est de 152 jours (en moyenne) et pour les opérations d'arthroscopie sur le ménisque de 140 jours. On a demandé aux patients quel était leur usage et le temps consacré à l'utilisation du site. Ils ont employé le site entre quatre et six fois. Le temps passé sur le site variait entre 10 et 300 minutes.</p> <p>Les patients dans le groupe contrôle ont participé individuellement à l'éducation avec une infirmière. La base théorique pour l'éducation des patients avec une infirmière est identique à l'éducation donnée sur Internet. Les patients ont reçu un dépliant sur le contenu de la discussion. Les infirmières ont été formées et connaissaient le contenu du site Internet. Elles ont reçu la version imprimée du site. L'éducation avec l'infirmière a eu lieu en moyenne 9 jours avant l'opération et a duré en moyenne 22 minutes.</p>
	<p>Randomisation et stratification</p> <p>L'échantillon a été randomisé (d'après les variables du sexe, de l'âge et de l'emplacement de l'opération) soit au groupe test (n=72) recevant l'éducation via Internet ou au groupe contrôle recevant l'éducation faite par l'infirmière (n=75). Deux personnes du groupe contrôle ont été exclues de l'étude parce qu'elles ne se sont pas présentées à la séance d'éducation. Les participants et le coordonnateur de l'étude n'étaient pas au courant de la mission éducative. Les patients ont été répartis dans les groupes au hasard.</p> <p>Instruments et collecte de données</p> <p>Les données ont été recueillies au moyen de deux instruments structurés : le test des connaissances (KT) et l'instrument de la quantité des connaissances (SoK). Ces instruments ont été utilisés avant la séance d'éducation préopératoire (1^{ère} mesure), après l'éducation préopératoire (2^{ème} mesure) et deux semaines après l'opération (3^{ème} mesure). Ces instruments permettaient de mesurer les connaissances des patients comme un résultat cognitif. La connaissance a été mesurée objectivement avec un test de connaissances (KT) et subjectivement par les croyances des patients (SoK). L'instrument KT a 27 items et six sous-échelles : biophysique, fonctionnelle, expérientielle, éthique, sociale et financière et les dimensions de la connaissance.</p> <p>L'instrument KT a une échelle avec 3 possibilités de réponse : correcte, incorrecte et je ne sais pas. Le répondant a reçu un score dans chaque dimension et le total a été calculé en additionnant les réponses correctes (maximum 27).</p> <p>L'instrument SoK a 32 thèmes. Il comprend les mêmes six sous-échelles que l'instrument KT. L'instrument SoK a une échelle à 4 points (1=fortement en désaccord, 4= fortement d'accord), avec un score maximal indiquant un niveau maximal de connaissances</p>

	<p>et de quantité de connaissances. SoK a été construit et basé sur six dimensions de la connaissance en calculant les moyennes pour la somme des variables.</p> <p>La somme des variables a été calculée lorsque le patient avait répondu au moins à 50% des éléments. Sinon, la somme des variables a été considérée comme une valeur manquante. Les indices totaux de la quantité des connaissances ont été calculés en utilisant les moyennes de la somme des six variables. Les caractéristiques démographiques ont été demandées aux patients à l'inclusion : le sexe, l'âge, l'éducation de base, la formation professionnelle et le nombre d'opération antérieure en chirurgie ambulatoire.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Analyse statistique</p> <p>Les données ont été analysées statistiquement avec SPSS pour Windows (version 16.0). Les résultats sont présentés sous forme de fréquences, de pourcentages, de moyennes et d'écart-types. Le test Chi-Carré de Pearson compare les caractéristiques démographiques de l'échantillon entre les 2 groupes. Les variables sociodémographiques (l'âge, le sexe, l'éducation de base, la formation professionnelle et la chirurgie ambulatoire antérieure) de la période préopératoire à la phase postopératoire en lien avec le niveau et la quantité des connaissances, ont été testées en utilisant une analyse de variance et des deux échantillons test T ajustés à la P-valeur.</p>
<p>Résultats Traitement des données</p>	<p>Variables démographiques</p> <p>147 patients participent à l'étude : 72 patients dans le groupe test et 75 dans le groupe contrôle. Aucune différence statistique significative n'a été trouvée entre les groupes en termes de variables démographiques ($p = 0,189$ à $0,976$). L'âge moyen des participants du groupe test était de 44,2 ans et 43,5 ans pour les participants du groupe contrôle. (Tableau 1)</p> <p>Niveau et quantité des connaissances</p> <p>Les patients des deux groupes ont montré une amélioration de leurs connaissances lors des soins (Tableau 2). Ceux ayant reçu l'éducation par Internet ont amélioré leur niveau de connaissances significativement plus ($p = 0,033$) que les patients ayant reçu l'éducation par une infirmière. Aucune différence n'est remarquée dans la quantité des connaissances des patients ($p > 0,05$) entre les groupes.</p> <p>Relations entre le niveau de connaissances et la quantité des connaissances et les variables démographiques</p> <p>Dans le groupe test, le niveau de connaissances est lié au niveau de formation professionnelle des patients. Après l'éducation, les patients qui n'avaient pas de formation professionnelle évaluaient leur niveau de connaissances comme étant inférieur (0,53) à ceux qui avaient une éducation secondaire (0,59) ou un niveau secondaire supérieur (0,66) ou une formation polytechnique ou universitaire (0,70). L'âge, le sexe, l'éducation de base et la chirurgie ambulatoire antérieure n'étaient pas liés au niveau de</p>

	<p>connaissances des personnes. Dans le groupe témoin, l'âge et l'expérience antérieure d'une chirurgie ambulatoire étaient liés au niveau de connaissances. Deux semaines après l'opération, les patients entre 18 et 34 ans avaient un niveau de connaissances plus faible que les patients plus âgés.</p> <p>Pour le groupe contrôle, le niveau de connaissances est lié à l'expérience antérieure de chirurgie ambulatoire. Les patients qui avaient déjà subi une chirurgie ambulatoire ont obtenu un niveau plus élevé de connaissances que ceux qui n'avaient pas subi de chirurgie ambulatoire dans toutes les étapes de mesure : avant l'éducation (0,55 à 0,39), après l'éducation (0,62- 0,51) et deux semaines après l'opération (de 0,66 à 0,56). Le sexe du patient, l'éducation de base et la formation professionnelle n'étaient pas liés à leur niveau de connaissances dans le groupe témoin (Tableau 3).</p> <p>Dans le groupe test, la quantité des connaissances est liée à l'âge des patients, à leur sexe et à leur expérience antérieure en chirurgie ambulatoire. Avant la formation, les personnes entre 18 et 34 ans avaient une quantité de connaissances inférieure à celle des patients plus âgés. La quantité des connaissances des femmes était plus élevée que celle des hommes après la formation et deux semaines après l'opération. En outre, avant l'éducation, les patients qui avaient déjà eu une expérience antérieure en chirurgie ambulatoire avaient une quantité de connaissances plus élevée que ceux qui n'avaient pas eu de chirurgie ambulatoire auparavant.</p> <p>Dans le groupe témoin, la quantité de connaissances des patients était liée au fait d'avoir déjà subi une expérience en chirurgie ambulatoire. Deux semaines après l'opération, les patients qui avaient déjà connu une chirurgie ambulatoire avaient une quantité de connaissances plus élevée que ceux qui n'ont pas eu de chirurgie ambulatoire. Les autres variables démographiques ne diffèrent pas de manière significative (Tableau 4).</p>
Présentation des résultats	<p>Internet est une méthode efficace dans l'éducation des patients et améliore leurs connaissances comparé à l'éducation faite par les infirmières. La relation entre les variables démographiques des patients et leur niveau de connaissances varie. Il semble qu'Internet soit un procédé couronné de succès auprès des jeunes, des femmes et des personnes qui n'ont pas eu d'expérience antérieure en chirurgie ambulatoire.</p>
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	<p>L'hypothèse de départ a été confirmée. L'amélioration des connaissances du patient est notable avec l'éducation sur Internet. Les auteurs ont mesuré la connaissance des patients ayant reçu l'éducation sur Internet : leur niveau de connaissances était plus élevé que celui des patients recevant l'éducation avec une infirmière. Cependant, pour les connaissances des patients mesurées subjectivement, il n'y avait pas de différence entre les groupes en termes d'expérience et de quantité des connaissances. Certaines corrélations ont été trouvées entre les connaissances des personnes soignées et les variables démographiques. Les patients dans le groupe test prenaient plus de temps pour leur éducation que les malades qui recevaient une éducation avec une</p>

	<p>infirmière. Ces différences dans le temps pourraient affecter le niveau et la quantité des connaissances. L'éducation donnée par l'infirmière ne peut pas améliorer le niveau de connaissances du patient ayant une expérience antérieure en chirurgie ambulatoire. Est-ce que l'infirmière surestime le niveau de connaissances des personnes et le contenu de l'éducation n'est donc pas suffisant ? Ce problème est facilement évité avec l'éducation sur Internet, puisque le contenu de l'enseignement est le même pour tous.</p>
Perspectives futures	<p>L'éducation avec une infirmière ne peut pas améliorer le niveau de connaissances des patients qui ont une expérience antérieure en chirurgie ambulatoire. Cette question amène de nouvelles recherches.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative :

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2012). Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients' Knowledge with Internet-based Education. *Methods Inf Med*, 51, 295-300.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	Le titre permet de saisir une partie du problème de recherche. On ne connaît pas le devis de l'article. L'étude compare deux types d'éducation. Le titre met uniquement en évidence l'éducation par Internet, il ne mentionne pas l'enseignement donné par les infirmières.
Auteurs, journal	-Validité ?	X			Les auteurs travaillent dans le département des sciences infirmières au sein d'une université finlandaise. Ils ont des connaissances en lien avec le sujet de l'étude. Cet article scientifique a été publié dans le journal <i>Methods of Information in Medicine</i> . C'est un journal fiable et valide.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé comporte la plupart des éléments principaux, hormis l'introduction qui n'est pas nommé clairement. Elle est sous-entendue dans le paragraphe contexte.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème de recherche est expliqué clairement. Les auteurs identifient ce problème et disent qu'il y a un manque de recherche dans le domaine.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			L'article explique succinctement les connaissances actuelles sur l'éducation des patients.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Il n'y a pas de concept ni de théorie formulés dans cette étude.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Les hypothèses sont décrites dans le résumé de l'article et dans les objectifs de l'étude.
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			Les hypothèses découlent de la recension des écrits.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Le devis de recherche est nommé et expliqué dans l'article. C'est un essai clinique randomisé contrôlé. Les patients sont répartis au hasard dans les groupes. Les auteurs et les participants de l'étude ne savent pas à quel groupe les participants sont affectés.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Les auteurs décrivent le lieu de l'étude. On connaît les critères d'inclusion et d'exclusion de l'article ainsi que le nombre de patients participant à l'étude. La figure 1 décrit le nombre de patients invités à participer à l'étude et les raisons de leur exclusion. Nous connaissons donc le score final de patients figurant dans les deux groupes. (groupe éducation par Internet = 72 patients et groupe éducation donnée par une infirmière = 75 patients).
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	Les auteurs ont pris un échantillon de 147 patients au total mais il pourrait être plus grand.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Deux instruments sont utilisés : le test des connaissances (KT) et l'instrument de la quantité des connaissances (SoK). Ils sont décrits et expliqués dans l'étude.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables démographiques étaient : le genre, l'éducation de base, l'éducation professionnelle, le fait d'avoir eu une expérience antérieure en chirurgie ambulatoire. Les variables sont décrites et opérationnalisées.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			L'approbation éthique a été obtenue. Les patients ont été informés et ont donné leur consentement éclairé par écrit.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			L'hypothèse de départ est confirmée. Des analyses statistiques ont été entreprises. Les données ont été analysées avec SPSS pour Windows. Les résultats sont présentés sous forme de fréquences, de pourcentages, de moyennes et d'écart-types. Le test Chi-Carré de Pearson compare les caractéristiques démographiques de l'échantillon entre les deux groupes. Les variables sociodémographiques de la période préopératoire à la phase postopératoire ont été testées en lien avec le niveau de connaissances et la quantité des connaissances en utilisant une analyse de variance et deux échantillons test T ajustés à la P-valeur.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire. Les auteurs expliquent la signification des tableaux et ont mis des commentaires en dessous afin de permettre une meilleure compréhension.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Les résultats ne sont pas interprétés en fonction d'un cadre théorique mais plutôt en fonction des recherches antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	C'est sous-entendu dans le texte mais pas formulé clairement.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	C'est sous-entendu dans le texte mais pas formulé clairement.

Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Ils expliquent quelles recherches futures pourraient être effectuées.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré et permet une analyse minutieuse. On retrouve les différentes étapes essentielles telles que l'introduction, la recension des écrits, la collecte des données, la méthode, les résultats, la conclusion et la discussion.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats peuvent être utilisés pour la pratique professionnelle. Nous savons désormais qu'Internet est un procédé couronné de succès avec les jeunes, les femmes et les patients qui n'ont pas d'expérience antérieure en chirurgie ambulatoire.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Heikkinen, K., Suomi, R., Jääskeläinen, M., Kaljonen, A., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2010). The Creation and Evaluation of an Ambulatory Orthopedic Surgical Patient Education Web Site to Support Empowerment. <i>Computers, Informatics, Nursing : CIN</i> , 28(5), 282-290.
Résumé	<p>L'évaluation et l'utilisation des sites Web pour l'éducation des patients en chirurgie ambulatoire est rare. Des approches novatrices dans l'éducation des patients devraient être envisagées et évaluées. Le but de cette étude est de décrire la création et l'utilité d'un site Web concernant l'éducation du patient en chirurgie orthopédique ambulatoire. L'échantillon comprend 72 patients. Les données ont été recueillies après l'enseignement préopératoire et deux semaines après l'opération. Deux instruments ont été utilisés : « l'évaluation de l'éducation des patients » et « le journal de l'utilisation du site Web ». Le score d'évaluation de l'utilité du site Web variait de 57.56 à 87.87 à 100. L'utilité du site Web était significativement plus élevée ($P < .05$) deux semaines après l'opération qu'immédiatement après l'opération. Les scores d'évaluation de l'utilité du site Web variaient de 85.69 à 88.32. Les patients étaient d'avis que le site Internet devrait être utilisé pour leur éducation.</p> <p>Mots-clés : éducation des patients, Internet, évaluation du site Web, intervention du site Web</p>
Introduction Enoncé du problème et objectif	Les critères et les outils servant à la création de sites Web liés à la santé ne sont pas valides. Peu de sites Internet sont construits sur une base théorique ou basés sur des preuves empiriques. Toutefois, les critères de qualité ont tendance à refléter les préoccupations professionnelles telles que la précision, l'exhaustivité, la lisibilité, les informations et les références. Les patients recherchent principalement la source du texte, la conception professionnelle du site Web, la langue et la facilité d'utilisation. En outre, les problèmes des patients dans l'utilisation du site Web sont souvent techniques, comme l'incapacité à charger ou à visualiser les vidéos ou le temps de chargement long.
Recension des écrits	Les patients en orthopédie recherchent sur Internet des connaissances sur la santé ou les maladies. Le baromètre de la Commission Européenne indique que 23.1% des personnes au sein de l'Union Européenne utilisent Internet pour obtenir des informations sur la santé. En Finlande, près de la moitié de la population (2.4 millions de 5.3 millions) utilisent Internet de manière hebdomadaire.

Cadre théorique ou conceptuel	Les théories et les concepts ne sont pas clairement définis. Les auteurs parlent du concept d'empowerment.
Hypothèses et but de l'étude	<p>Il n'y pas d'hypothèse dans cette étude. Les auteurs exposent le but de l'article et les deux questions de recherche.</p> <p>Le but de cette étude était de décrire la création et d'évaluer l'utilité d'un site Web concernant l'éducation du patient en chirurgie orthopédique ambulatoire. Les auteurs ont défini l'utilité selon la perception du patient et selon la facilité d'utilisation du site Web.</p> <p>Les questions de recherche sont les suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. « Quelle est l'utilité du site Web ? » 2. « Quelle est la facilité d'utilisation du site Web ? »
Méthodes Devis de recherche	Un devis descriptif a été utilisé.
Population et contexte	<p>Tous les patients ayant subi une arthroscopie du genou ou de l'épaule en ambulatoire dans un hôpital universitaire en Finlande pendant une période de 15 mois à partir de juillet 2005 jusqu'à septembre 2006 ont été invités à participer à l'étude. Les critères d'inclusion étaient les patients âgés de plus de 18 ans, parlant le finlandais, sans trouble cognitif grave, ayant accès à Internet à domicile et ayant la capacité de l'utiliser ainsi que la capacité à compléter les instruments et ayant donné un consentement éclairé par écrit. Le critère d'exclusion était de figurer dans une classification supérieure à II dans la classification de la société américaine d'anesthésiologie (ASA). Le taux de réponse était de 86%.</p> <p>Considérations éthiques</p> <p>Toutes les autorisations éthiques ont été obtenues auprès de l'organisation concernée. Les patients ont été informés par écrit de l'objet de l'étude et des principes de participation volontaires et anonymes. L'anonymat des évaluations a été respecté. Les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les données empiriques des patients ont été recueillies deux fois : après l'éducation préopératoire et deux semaines après l'opération. Les patients ont reçu l'adresse du site Web, un identifiant et un mot de passe unique.</p> <p>Deux instruments ont été utilisés : un instrument appelé « l'évaluation de l'éducation des patients » (PEE= Patients Evaluation of Education) et un journal appelé « Journal de l'utilisation du site Web » (DUW= Diary of the use of the Website). Le PEE a été utilisé lors des deux temps de mesure : immédiatement après l'éducation préopératoire (1^{ère} mesure) et deux semaines après l'opération (2^{ème} mesure).</p> <p>L'instrument PEE mesure l'utilité du site Web à l'aide de 12 questions utilisant une échelle visuelle analogique (VAS ; 100 mm).</p>

	<p>Dans cette échelle, le côté gauche indique les points négatifs et le côté droit, l'expression la plus positive (Tableau 2).</p> <p>Le DUW évalue l'utilisation du site Web à l'aide de 3 questions avec une VAS (100 mm). En outre, il comprenait 4 questions ouvertes sur l'utilisation du site Web. Les questions étaient (1) Quelle / Quelles a/ont été les ou la page(s) Web les ou la plus utile(s) ? (2) Quelle / Quelles a/ont été les ou la page(s) Web la ou les moins utile(s) ? (3) Quelles autres informations aimeriez-vous avoir ? (4) Quelles pages avez-vous imprimées ?</p> <p>Les deux instruments ont été conçus pour cette étude. Ils ont été construits à partir de la littérature et d'un groupe d'experts. Les instruments ont été testés sur 7 patients dans le cadre d'une étude pilote et aucune modification n'a été nécessaire. Les coefficients α de Cronbach ont été calculés pour les 12 questions du PEE.</p> <p>Le PEE et DUW (1^{er} temps de mesure) ont été envoyés aux patients avant l'opération avec l'adresse du site Web, l'identifiant et le mot de passe unique. Les patients ont retourné le PEE au moins un jour avant l'opération et après avoir utilisé le site Web. Les patients ont complété l'instrument PEE pour la seconde fois deux semaines après l'opération et l'on retourné par mail en même temps que le DUW complété.</p>
Déroulement de l'étude	<p><i>Création du site Web pour l'éducation préopératoire du patient en orthopédie ambulatoire</i></p> <p><i>Le contenu du site Web</i></p> <p>Le site Web est basé sur la responsabilisation du patient par la connaissance. Les connaissances sont liées à la santé, favorisent l'empowerment ainsi que l'autonomie des patients et peuvent être classées en 6 dimensions: biophysique, fonctionnelle, expérientielle, éthique, sociale et financière (Tableau 1). Le contenu du site Web couvre les connaissances du point de vue des six dimensions en prenant en compte les phases préopératoires, peropératoires et postopératoires.</p> <p><i>La structure du site Web</i></p> <p>Des études antérieures indiquent que les patients qui utilisent le site Web ont la possibilité de faire des choix quant à l'utilisation du site et des connaissances acquises, augmentant ainsi leur empowerment. La structure du site Web est simple et a un coût de création faible. L'empowerment des connaissances a été fixé en 3 niveaux: (1) la base (les faits), (2) les intermédiaires et (3) les explications détaillées (avancées).</p>
Résultats Traitement des données	<p>Les données ont été analysées statistiquement en utilisant SAS pour Windows 8,2 / 2001. Les différences de moyennes entre PEE dans la phase 1 et 2 ont été testées en utilisant le test t pour les échantillons dépendants. Pour tester la validité du PEE, des coefficients α de Cronbach ont été utilisés. Dans tous les tests, le niveau de signification statistique a été fixé à $P < .05$.</p>
Présentation des	<p><i>Description des patients évaluant le site Web</i></p>

résultats	<p>72 patients ont participé à l'étude. Les opérations étaient des arthroscopies du genou (n=27) ou de l'épaule (n=45). 54% des participants étaient des hommes. L'âge moyen des participants était de 44 ans. La classification des patients était soit ASA I (68%) ou ASA II (32%). 81% des patients n'avaient pas travaillé dans le domaine de la santé. Tous les patients ont été interrogés sur leurs compétences informatiques et sur la fréquence d'utilisation de l'ordinateur. Les compétences informatiques des patients étaient plutôt bonnes (35%), très bonnes (28%) ou modérées (27%). 9% des patients évaluent leurs compétences comme étant pauvres et 1% comme étant réellement pauvres au premier temps de mesure. Deux semaines après l'opération (2^{ème} mesure), personne n'évaluait ses compétences comme étant réellement pauvres. 45% des patients utilisent habituellement leur ordinateur plusieurs fois par jour.</p> <p>28% des patients ont utilisé le site qu'une seule fois, 36% des patients l'ont utilisé deux fois, 22% des patients l'ont utilisé trois fois et 14% des patients l'ont utilisé quatre à six fois. Le temps passé sur le site Web variait entre 10 et 300 minutes.</p> <p>Le site Web était la principale source de connaissance des patients pendant la période préopératoire. Sur une échelle de 0 à 100, où 0 = aucune connaissance et 100 = beaucoup de connaissances, leurs scores moyens étaient de 79.96 au premier temps de mesure et de 78.15 au deuxième temps de mesure (P = 0.680). Les patients ont déclaré qu'ils ont également reçu des informations de la part des infirmières et de leur famille. Deux semaines après l'opération, les patients se sont aperçus qu'ils avaient reçu plus de connaissances de la part des infirmières (moyenne, 45.46) et de leur famille (moyenne de 27.12) qu'avant l'opération.</p> <p>L'utilité du site Web</p> <p>Immédiatement après l'éducation préopératoire, les patients ont donné des scores de 80 ou plus (sur l'échelle de 0-100) sur 8 des 12 questions concernant l'utilité du site Web. Les patients étaient prêts à recommander le site Web à d'autres patients et recommandaient aussi l'éducation basée sur le Web à d'autres patients (moyenne de 83.31 / 100). Les patients ont donné les scores les plus faibles aux questions suivantes : « Avez-vous besoin d'autres types d'éducation? Par exemple, une éducation donnée par une infirmière ou à l'aide de matériel imprimé » (moyenne de 57.56 où 0 = grand besoin à 100 = pas du tout besoin) et « Est-ce que le contenu du site Web peut aider à réduire la peur ou l'anxiété ? » (moyenne de 63.45) (Tableau 2).</p> <p>Deux semaines après l'opération, les évaluations des patients sur le site Web étaient encore plus positives que les évaluations initiales. Les patients ont donné des scores de 80 ou plus, encore une fois sur 8 des 12 questions. Les patients avaient encore l'opinion que l'éducation basée sur le site pourrait être recommandée à d'autres patients. Les patients ont donné les scores les plus faibles sur les questions suivantes : « Est-ce que le contenu du site Web vous aide à mieux comprendre l'opération ? » (moyenne de 71.07) et « Avez-vous besoin d'autres types d'éducation que le Site Web ? » (score moyen de 71.52).</p>
-----------	---

	<p>Dans la comparaison entre les deux mesures, tous les patients ont trouvé que le site Web était plus utile au deuxième temps de mesure qu'au premier. La plus grande différence est dans le besoin d'autres éducations, qui avait considérablement diminué au deuxième temps de mesure. Les patients avaient la possibilité d'exprimer qu'ils voulaient une éducation supplémentaire le cas échéant, 8% des patients voulaient un médecin qui leur donne une éducation et 6% ont préféré une infirmière.</p> <p>L'utilisation du site Web</p> <p>L'utilisation du site Web a été mesurée avec trois questions (l'échelle VAS, de 0 à 100) : (1) « Le site Web fonctionne-t-il correctement techniquement ? » (2) « Est-il facile de naviguer sur le site Web ? » (3) « Le contenu du site Web est-il clair ? ». Certains patients ont eu des problèmes avec la connexion Internet (4%) et d'autres avec le matériel d'image du site Web (3%) (Tableau 3).</p> <p>Les patients ont été interrogés au sujet des pages les plus utiles et les moins utiles du site Web. 29% des patients ont dit que toutes les pages du site ont été utiles et 28% ont déclaré que la page sur les « préparations de l'opération » était la plus utile. 13% ont trouvé que la page la plus importante était « les questions les plus importantes pour se préparer à l'opération ». 13% ont mentionné que les meilleures pages étaient « les événements de la journée de l'opération » et « le retour à domicile et les soins de suivi ». Toutes ces pages incluent plusieurs dimensions de l'empowerment des connaissances. Les pages mentionnées comme étant inutiles étaient les droits et les devoirs des patients (4%), « le coût des soins » (1%), « le congé maladie » (1%) et « les soins de suivi » (1%). 3% des patients espéraient recevoir des instructions supplémentaires. Certains patients (15%) ont déclaré que toutes les connaissances nécessaires étaient disponibles sur le site Web, mais certains (10%) espéraient des connaissances plus détaillées, comme au sujet de l'opération spécifique (10%), des blessures ou de la maladie qu'ils avaient (4%).</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Des études antérieures ont montré que les patients utilisent des sites Web pour obtenir des connaissances. Cependant, l'opinion des patients devrait être d'avantage prise en considération lors de la création des sites. En outre, seul un petit nombre de patients (n=72) ont testé le site Web. Les patients disent qu'il n'était pas utile qu'un forum de discussion soit ajouté au site. Les évaluations des patients au sujet du site Web étaient positives. Les patients étaient prêts à recommander le site et l'éducation basée sur le Web à d'autres patients. Les évaluations des patients au sujet de l'utilisation du site étaient plutôt bonnes. De plus, la facilité d'utilisation d'un site est l'une des principales questions lors de la tentative d'augmentation du sentiment de contrôle au niveau des connaissances chez les patients et le site Web peut améliorer leur empowerment.</p> <p>Limitations</p> <p>Les limites sont en lien avec le contenu et la structure du site Web, les instruments et l'échantillon. Le contenu du site n'a pas été</p>

	<p>suffisamment personnalisé. Certains patients n'avaient pas les connaissances nécessaires concernant leurs maladies et au sujet des questions techniques de leur chirurgie. Les patients auraient peut-être voulu bénéficier de plus d'interaction. En outre, l'utilisation d'un identifiant unique et d'un mot de passe auraient pu influencer l'utilisation du site. Après l'étude, ces types de problèmes seront résolus car les patients auront un accès libre au site Web. Les instruments doivent encore être développés et testés. Certaines des évaluations des patients ont été plus positives après l'opération. Il est possible que ce soit plus facile pour les patients d'évaluer le site Web après l'opération car ils avaient alors une expérience de l'opération. De plus, l'échantillon étant trop petit et ayant été élaboré à partir d'un hôpital, ne permet pas la généralisation mondiale.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Le site Web donne de nouvelles possibilités dans l'éducation des patients. Le site offre une approche nouvelle pour les patients en termes de connaissances. Les patients peuvent se préparer pour la chirurgie à leur domicile, quand ils le veulent et aussi souvent qu'ils le souhaitent, favorisant ainsi leur empowerment. Les résultats de cette étude sont encourageants dans la promotion de la conception et de l'utilisation du site dans l'éducation des patients en chirurgie orthopédique ambulatoire.</p> <p>Dans le futur, l'accent devrait être mis sur la création du contenu, sur la structure du site Web ainsi que sur l'évaluation rigoureuse afin d'assurer une certaine pertinence pour les patients. Les sites Web devraient contenir à la fois une connaissance très générale et des informations en lien avec la chirurgie spécifique des patients. Les sites Web devraient également être interactifs afin que les patients puissent discuter avec une infirmière et / ou d'autres patients dans le but de pouvoir tester leurs connaissances et renforcer ainsi leur empowerment.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Heikkinen, K., Suomi, R., Jääskeläinen, M., Kaljonen, A., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (2010). The Creation and Evaluation of an Ambulatory Orthopedic Surgical Patient Education Web Site to Support Empowerment. *Computers, Informatics, Nursing : CIN*, 28(5), 282-290.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre de l'étude permet de saisir le problème de recherche.
Auteurs, journal	Validité ?	X			Trois auteurs ont un doctorat dans le domaine de la santé. Le journal <i>Computers Informatics Nursing</i> est valide, fiable et concerne le domaine infirmier.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Le résumé contient les principales parties de la recherche.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème de recherche est énoncé clairement. Peu de sites Web sont fiables car ils n'ont pas été faits à l'aide de résultats probants. La fiabilité des connaissances sur Internet doit être évaluée.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits résume les connaissances en lien avec le sujet étudié. Les auteurs expliquent ce qui a déjà été fait en matière d'éducation sur Internet.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les théories et les concepts ne sont pas clairement définis. Les auteurs parlent d'empowerment.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles		X		Il n'y pas d'hypothèse dans cet article.

	clairement formulées ?				
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		Il n'y pas d'hypothèse dans cet article.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est un devis descriptif.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est clairement défini. Les critères d'inclusion et d'exclusion figurent dans l'étude.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			La taille de l'échantillon est décrite : 72 patients ont participé à l'étude.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les deux instruments utilisés pour la collecte des données sont expliqués dans l'article. Les instruments utilisés sont les suivants : un instrument structuré appelé « l'évaluation de l'éducation des patients » (PEE= Patients Evaluations of Educations) et un journal appelé « Journal de l'utilisation du site Web » (DUW= Diary of the use of the Website).
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables sont l'utilité et la facilité d'utilisation du site Web et elles ont été opérationnalisées en questions et évaluées à l'aide des instruments.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Les considérations éthiques ont été abordées dans cette étude. Toutes les autorisations et l'approbation éthique pour mener cette recherche ont été obtenues auprès de l'organisation concernée. Les patients ont été informés par écrit de l'objet de l'étude et des principes de participation volontaires et anonymes. L'anonymat des évaluations a été respecté même si les patients étaient connectés sur le site Web. Les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit.

Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			X	Il n'y pas d'hypothèse dans cet article.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire dans les tableaux. Le tableau 1 présente le contenu du site Web basé sur l'idée de la responsabilisation du patient par la connaissance. Les connaissances sont liées à la santé et permettent aux patients de développer leur empowerment et peuvent être classées en 6 dimensions: biophysiological, fonctionnelle, expérientielle, éthique, sociale et financière. Le tableau 2 explique l'utilité du site Web selon les évaluations après l'éducation préopératoire (1 ^{ère} mesure) et deux semaines après l'opération des patients (2 ^{ème} mesure). Le tableau 3 décrit les évaluations de l'utilisation du site Web deux semaines après l'intervention des patients (2 ^{ème} mesure). La figure 1 illustre la page principale du site.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Les principaux résultats sont interprétés en fonction du concept d'empowerment. Cela n'a pas été fait de manière claire.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs disent que les conclusions ne peuvent pas être généralisées. Il existe des différences dans le monde au sujet des pratiques des soins aux patients en chirurgie orthopédique ambulatoire et cela constitue une limite à la généralisation des résultats. De plus l'échantillon a été élaboré à partir d'un hôpital ce qui ne permet pas une généralisation mondiale.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites sont en lien avec le contenu et la structure du site Web, les instruments et l'échantillon.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la	X			Les conséquences de l'étude pour la pratique sont expliquées. Le site Web donne de nouvelles possibilités dans l'éducation des patients et

	pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				favoriserait leur empowerment. Les auteurs abordent les questions à explorer dans le futur.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à l'analyse critique minutieuse. Les différentes parties (l'introduction, la recension des écrits, le but, la méthode, les résultats, la discussion et la conclusion). de l'article sont présentes
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats donnent des informations permettant de se faire une idée au sujet des connaissances que l'on trouve sur le site Web. Cela permet de savoir quelles connaissances les patients ont besoin d'avoir. De plus, les résultats mettent en évidence que l'éducation par Internet serait un moyen de compenser le manque d'éducation des patients en chirurgie ambulatoire, lié au manque de temps des infirmières. Le développement de ce genre de site pourrait être vu comme une stratégie d'adaptation de la part des professionnels de la santé en vue de continuer d'assurer l'éducation des patients malgré un temps d'hospitalisation très court. Par contre, les résultats ne sont pas généralisables car l'étude a de nombreuses limitations telles que la petite taille de l'échantillon qui est de 72 patients.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Moore, A. & Fisher, K. (2012). Healthcare Information Technology and Medical-Surgical Nurses, the emergence of a new care partnership. <i>CIN : Computers, Informatics, Nursing</i> , 30 (3), 157-163.
Résumé	<p>La technologie de l'information dans les hôpitaux américains et dans les centres de soins ambulatoires continue à se développer. Les chercheurs suggèrent que la technologie est un élément aussi important dans la pratique des soins infirmiers que le patient. Cette étude a pour but d'explorer comment les infirmières utilisent la technologie de l'information dans leur pratique et d'examiner l'influence de la technologie de l'information sur leur prise de décision clinique. L'échantillon se compose de huit infirmières : quatre novices et quatre expérimentées. Une analyse conventionnelle de contenu a été utilisée permettant une interprétation thématique des données des participants. Cinq thèmes sont ressortis : (1) la technologie d'information dans les soins en tant que partenaire dans la coordination des soins, (2) la technologie d'information comme un agent de changement dans l'environnement des prestations de soins, (3) la technologie de l'information est incapable de répondre sans arrêt à tous les besoins de tous les individus, (4) la curiosité à propos de la technologie de l'information dans les soins : ce que les gens en disent, (5) « Big Brother is watching » (signifie ici une surveillance). Les résultats montrent qu'un partenariat de soins a émergé entre les infirmières et la technologie de l'information. En effet, il existe une relation d'interdépendance en vue de l'atteinte des objectifs de soin.</p> <p>Mots-clés : prise de décision clinique, système d'aide à la décision clinique, dossier médical électronique, technologie de l'information en soins de santé</p>
Introduction Enoncé du problème et objectif	Malgré les avantages prévus par l'HIT (Health Information Technology = la technologie de l'information dans les soins) au niveau de la sécurité et de l'efficacité, il n'a pas été clairement prouvé que l'HIT influe sur la prise de décision clinique d'une infirmière et améliore les résultats de santé. L'objectif de cette étude était de combler l'écart dans la littérature au sujet de la relation entre les infirmières et la technologie dans la pratique.
Recension des écrits	De plus en plus d'hôpitaux et d'établissements de soins ambulatoires aux USA utilisent des technologies de l'information en soins, incluant le dossier de soins électronique (EHR), causant un changement radical dans les soins. En raison de leur relation d'interdépendance, la technologie de la santé est devenue partie intégrante des pratiques infirmières. Le terme <i>technologie de l'information dans les soins</i> se réfère au système servant de répertoire aux données de soins accessibles

	<p>par les prestataires de soins à des fins de transfert, de communication et/ou d'analyse.</p> <p>Le CDSS est un logiciel conçu pour le clinicien, afin de l'aider à prendre des décisions. Cet élément évalue les données du patient pour générer des suggestions d'action au clinicien. Considérant la fonction proposée du CDSS, il est essentiel d'évaluer son influence dans la pratique.</p> <p>Dans un sens plus large, le terme <i>technologie de l'information dans les soins</i> est utilisé pour une multitude de fonctions incluant la planification, la gestion des stocks, la tenue des dossiers, le suivi des données et la facturation. Les systèmes d'informations cliniques permettent de recueillir, stocker, analyser et rendre les données disponibles pour les membres de l'équipe de soins. Il est de la responsabilité de l'infirmière de documenter, d'interpréter et d'agir sur les données générées par le système. L'introduction de la HIT implique de considérer la technologie comme un élément aussi important que le patient dans les soins. Un partenariat a émergé entre les infirmières et la technologie de l'information, dans laquelle il existe une relation d'interdépendance en vue de l'atteinte des objectifs de soins.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	Ce n'est pas énoncé clairement mais on peut supposer que la communication, l'information et la technologie de l'information en font partie.
Question de recherche	L'objectif est de combler l'écart dans la littérature au sujet de la relation entre les infirmières et la technologie. Ainsi, l'intention primaire est d'explorer les expériences des infirmières avec la HIT et de mieux comprendre si les CDSSs renforcent leurs prises de décisions cliniques. Il est question d'évaluer (1) comment les infirmières utilisent la HIT dans leur pratique clinique et (2) si la prise de décision clinique de l'infirmière est influencée par la HIT.
Méthodes Tradition et devis de recherche	C'est une étude qualitative de devis phénoménologique (pas dit clairement mais basé sur les expériences des participants et sur l'entretien par groupe de discussions focus group). Puisque la relation entre les infirmières et la technologie ne peut pas être mesurée uniquement par des mesures quantitatives, une description qualitative a été utilisée pour évaluer leurs expériences subjectives. L'utilisation de groupes de discussions composés d'infirmières débutantes et expérimentées leur permet de partager leurs expériences et d'explorer les questions de recherche. Ceci a permis la description thématique des comportements et des expériences des infirmières à partir de leurs récits subjectifs.
Population et contexte	Un échantillon déterminé a été utilisé dans le but d'obtenir des données significatives. Cette méthode d'échantillonnage implique la sélection délibérée des participants ayant une expérience avec le phénomène étudié. La population se constitue d'infirmières novices et expérimentées, utilisant régulièrement le Cerner CDSS (Cerner, Kansas, City, MO). Critères d'inclusion : (1) la personne possède une licence d' infirmière graduée (RN) dans l'état du Maryland, (2) la personne lit,

	<p>comprend et parle l'anglais, (3) la personne a été employée au minimum 16h/ semaine dans une unité médicale de chirurgie, (4) la personne a légalement sa capacité de discernement afin de pouvoir signer son formulaire de consentement éclairé, (5) la personne a été employée soit deux ans ou moins ou 10 ans ou plus comme RN dans un milieu hospitalier.</p> <p>Critères d'exclusion : (1) la personne a moins de 21 ans ou plus de 75 ans, (2) la personne travaille dans l'hôpital en tant qu'employée temporaire, (3) la personne possède un master en sciences infirmières, (4) la personne est incapable de lire, de comprendre ou de parler anglais, (5) la personne souffre d'un trouble de l'apprentissage interférent avec la réception ou l'interprétation de l'information, (6) une RN novice travaillant auparavant à titre d'infirmière.</p>
	<p>Les participants ont été recrutés dans la division des soins de courte durée de l'hôpital Nord-Ouest de Randallstown, MD.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les infirmières novices ont moins de 2 ans d'expérience et les infirmières expérimentées ont plus de 10 ans d'expérience. Les questions suivantes ont servi à guider les entretiens de groupes : (1) « Parlez-moi de votre expérience dans l'utilisation du système de documentation clinique Cerner au sein de votre pratique clinique ? » (2) « Pouvez-vous décrire comment l'utilisation de Cerner CDSS a influencé vos soins ? » (3) « Pouvez-vous donner des exemples précis des moments où le système d'aide à la décision a été utile et des moments où il ne l'a pas été ? » (4) « Pouvez-vous parler des événements spécifiques où le système vous a aidé dans votre prise de décision pour vos patients ? » (5) « Pouvez-vous décrire les moments où il n'était pas approprié de suivre la direction du système de documentation clinique Cerner ? » (6) « Que pensez-vous du rôle du CDSS dans l'analyse et dans l'interprétation des données du patient ? ». Les interviews étaient audio-enregistrées ont été soumises à une transcription professionnelle. Les données démographiques suivantes ont été recueillies à l'aide d'un formulaire : l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, le mois / les années en tant que RN, la perception de la formation en lien avec Cerner et l'utilisation de la technologie pour d'autres buts que les soins infirmiers. Le guide d'entretien et le formulaire démographique ont été validés par l'équipe de recherche.</p> <p>Une analyse qualitative inductive classique du contenu a été utilisée, permettant une interprétation des réponses.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Les infirmières ont été stratifiées dans le groupe « novices » ou dans le groupe « expérimentées » en fonction de leurs années d'expérience.</p>
Rigueur	<p>Les données démographiques ont été analysées avec un logiciel de statistiques SPSS, tandis que les données transcrites ont été gérées avec ATLAS.ti du logiciel d'analyse des données qualitatives. La transcription des données a été effectuée par un service professionnel. Elles ont été comparées aux enregistrements audio pour confirmer l'exactitude et l'inclusion de toutes les données. Les données ont été examinées de manière indépendante et provisoirement codées par deux chercheurs en soins infirmiers. Les</p>

	<p>deux chercheurs se sont réunis chaque semaine jusqu'à l'obtention d'un consensus sur le schéma de codage. Les codes ont été regroupés en catégories et celles-ci ont été comptées pour déterminer la fréquence de leurs apparitions. Les catégories dominantes ont été groupées et illustrées dans un diagramme de Venn pour identifier les idées uniques aux infirmières novices et aux infirmières expérimentées ainsi que pour identifier les idées communes. Les catégories ont été discutées avec un membre de chaque groupe de discussion pour confirmer les interprétations et pour assurer l'authenticité des données.</p>
<p>Résultats Traitement des données</p>	<p>Les résultats de cette étude sont organisés en trois sections. La première décrit les caractéristiques démographiques, la deuxième inclut les thèmes et les résultats des entretiens de groupe. Les commentaires des participants sont identifiés par le niveau d'expérience : les déclarations du groupe novice sont précédées par la lettre « N » tandis que les déclarations du groupe expérimenté sont précédées par la lettre « E ».</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Caractéristiques démographiques</p> <p>Huit infirmières ont participé à l'étude : quatre novices et quatre expérimentées. La moyenne d'âge des infirmières novices était de 37.5 ans, tandis que celle des infirmières expérimentées était de 43.5 ans. 38% des participants étaient blancs et les 62% restants étaient afro-américains ou asiatiques. Six des huit participants (75%) ont été académiquement formés à un degré supérieur dans les sciences infirmières. Tous les répondants ont déclaré utiliser la technologie informatique à d'autres fins que celles exigées dans leur travail. Tous les participants ont nié avoir assisté à des cours ou avoir reçu un enseignement sur l'informatique dans les soins infirmiers. Une infirmière expérimentée, a déclaré utiliser les applications pour l'aider à prendre les décisions relatives aux soins du patient.</p> <p>Thèmes</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La technologie d'information dans les soins, en tant que partenaire dans la coordination des soins L'intégration des l'HIT a conduit à l'établissement d'un partenariat entre les infirmières et la technologie dans les prestations de soins aux patients. Les infirmières novices et expérimentées décrivent les fonctions du système Cerner, en lien avec la visibilité de l'information du patient, des ordres de soins et des tâches planifiées. Leur dépendance à l'égard de Cerner est mise en évidence par des descriptions d'interruptions de soins et par l'incertitude liée aux tâches à effectuer quand le système n'est pas disponible. Les participants affirment que l'information donnée par la composante de soutien à la décision était utile mais pas égale à leur propre raisonnement. Les infirmières novices et expérimentées disent que cela joue un rôle de soutien aux connaissances et au jugement clinique, mais ne les remplacent pas. 2. La technologie d'information dans les soins, comme un agent de changement dans l'environnement des prestations de soins

	<p>En discutant de l'utilisation de la technologie Cerner, les infirmières décrivent une conversion dans le milieu des soins. Beaucoup de changements liés à la transparence d'accès, d'actions et de documentation ont abouti à des modifications fonctionnelles entre les membres de l'équipe. Avant l'introduction des EHRs, aucune méthode n'existait pour nommer quel clinicien avait accès au dossier pour documenter les soins et mettre les ordres. A la suite de la transparence amenée par le système Cerner, les utilisateurs sont plus méticuleux lorsqu'ils documentent les soins. Il est relevé que le système augmente la sécurité, car il est plus compréhensible et précis.</p> <p>3. La technologie de l'information est incapable de répondre sans arrêt à tous les besoins de tous les individus</p> <p>Malgré les points positifs identifiés, il y avait beaucoup de limitations. Lors de la discussion à propos des déficiences du système Cerner, les participants ont relevé les zones limitées pour la documentation individualisée, qui ne reflètent pas entièrement l'intention du fournisseur de soins. Dans ce cas, l'utilisation du système constitue un obstacle dans la continuité des soins. Les infirmières novices et expérimentées assument la responsabilité d'inventer des solutions de contournement pour combler les fissures créées par l'utilisation obligatoire du système.</p> <p>4. La curiosité à propos de la technologie de l'information dans les soins : ce que les gens en disent</p> <p>La curiosité en lien avec les éléments du système était évidente durant l'interview des infirmières novices. Les infirmières expérimentées ont discuté des multiples facettes du système Cerner. Les utilisateurs disent qu'il y avait plusieurs fonctions du système inutilisées. En outre, le groupe a discuté des caractéristiques qui seraient aidantes dans les prestations de soins aux patients.</p> <p>5. « Big Brother is watching » (signifie ici une surveillance)</p> <p>Les infirmières expérimentées en particulier étaient mal à l'aise avec la transparence fournie par l'utilisation des EHRs. Les participants étaient à l'aise et confiants dans leur responsabilité de soins, mais éprouvaient du mépris à devoir trouver un équilibre complexe, prédéterminé pour la documentation, entravant leur capacité à prioriser les soins aux patients.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les conclusions des données recueillies montrent que la prise de décision clinique infirmière n'est pas ouvertement influencée par la HIT. Indépendamment du niveau d'expérience, il est de la responsabilité de l'infirmière de prendre les décisions de soins concernant son patient. Malgré le travail en collaboration, les infirmières considèrent leurs partenaires technologiques comme subordonnés.</p>
<p>Perspectives</p>	<p>Une exploration plus approfondie de l'intégration de la HIT est nécessaire pour assurer des résultats optimaux. La réplication de cette étude dans divers environnements cliniques aiderait à découvrir les perceptions des utilisateurs avec d'autres systèmes. L'utilisation d'un outil de mesure lors de la prise de décision clinique permettrait d'évaluer l'influence de la HIT et renforcerait la</p>

preuve concernant cette recherche. La recherche sur les relations des infirmières à l'IT (technologie de l'information) peuvent guider l'implémentation de la HIT, afin que les systèmes soient efficacement intégrés dans la pratique.

Limites

L'étude a des limites qui doivent être prises en compte lors de l'examen des données. Ces limitations sont liées au devis qualitatif, à la taille de l'échantillon et à l'analyse contextuelle. Un petit échantillon ne peut pas être généralisé au reste de la population. De plus, la nature qualitative et contextuelle pourrait limiter l'applicabilité des résultats aux autres milieux.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Moore, A. & Fisher, K. (2012). Healthcare Information Technology and Medical-Surgical Nurses, the emergence of a new care partnership. *CIN : Computers, Informatics, Nursing*, 30 (3), 157-163.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?			X	En lisant le titre, on connaît le sujet de l'étude qui concerne la technologie de l'information dans les soins. La population concernée est citée dans le titre mais le devis n'y figure pas et on ne connaît pas le problème de recherche.
Auteurs, journal	Validité ?	X			Le journal CIN (Computer Informatique Nursing) est réputé comme étant de qualité. De plus, les auteurs possèdent un doctorat et travaillent dans le département de soins d'une université de Baltimore ou dans un collège spécialisé dans les soins infirmiers et dans d'autres professions de la santé à Philadelphie.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Les différentes parties de l'étude y sont synthétisées.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Les auteurs soulèvent que malgré les avantages au niveau de la sécurité et de l'efficacité prévus par la HIT, il n'a pas été clairement prouvé que la présence de la HIT dans les lieux de travail, influe véritablement sur la prise de décision clinique d'une infirmière et améliore potentiellement les résultats de santé.
Recension des	-Résume-t-elle les connaissances sur le	X			La recension des écrits met en évidence les différents constats et

écrits	problème ou phénomène étudié ?				résultats de recherches liés à la technologie de l'information.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Les auteurs n'ont pas défini clairement cet élément.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Les auteurs stipulent que l'objectif était de combler l'écart dans la littérature actuelle en lien avec la relation entre les infirmières et la technologie dans la pratique. Les questions spécifiques à cette étude étaient d'évaluer : (1) comment les infirmières en chirurgie médicale utilisent la HIT dans leur pratique clinique actuelle et (2) si la prise de décision clinique de l'infirmière est influencée par la HIT.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Les questions de recherche découlent principalement de la recension des écrits.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			X	Les auteurs utilisent un devis qualitatif phénoménologique. Le devis phénoménologique n'est pas énoncé explicitement mais on peut en faire la déduction car la recherche est basée sur les expériences des participants en lien avec un phénomène. La méthode utilisée pour recueillir les données correspond à la tradition de recherche, car le focus group permet une évaluation adéquate des expériences subjectives des participants. Cependant, on ne sait pas combien de temps les chercheurs ont passé sur le terrain.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La description de l'échantillon est bien détaillée, décrit les critères d'inclusion et d'exclusion et comprend huit infirmières.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Les auteurs ne mentionnent pas cet élément dans leur étude.

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les questions ou énoncés utilisés pour guider les entretiens de groupe et le formulaire de recueil de données démographiques sont décrits. Ces deux éléments ont été examinés et validés par l'équipe de recherche.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Ces éléments sont en adéquation. Les questions posées lors des entretiens sont en lien avec les questions de recherche et avec le phénomène étudié.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?		X		Les auteurs ne décrivent que très brièvement le déroulement de l'étude et le formulaire de consentement est abordé une seule fois, sans que les auteurs ne mentionnent qu'il a été présenté aux participants et signé.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?			X	Les auteurs ont bien décrit la façon dont ils ont traité les données, afin de contribuer à leur authenticité. Cependant, les auteurs n'ont pas suffisamment décrit le déroulement de l'étude.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Ceci est expliqué à la fin du chapitre de la méthode.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Il y a un tableau représentant les données démographiques des participants pour les deux groupes, avec les nombres, les moyennes et les pourcentages. Les résultats des entretiens de groupes sont présentés par thème avec un résumé des dires des participants et des citations de leurs discours.
Discussion Intégration de	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche	X			Les auteurs concluent que la prise de décision clinique infirmière n'est pas ouvertement influencée par l'utilisation de la HIT.

la théorie et des concepts	philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				Malgré le travail en collaboration, les infirmières considèrent leurs partenaires technologiques comme subordonnés.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs disent que les résultats ne peuvent pas être généralisés, en raison de la taille de l'échantillon, de l'analyse contextuelle et du devis de l'étude.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			En plus des limites liées à l'impossibilité de généralisation à d'autres populations cibles, les auteurs disent que la nature qualitative et contextuelle de la recherche pourrait limiter l'applicabilité des résultats aux autres milieux.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs mentionnent qu'il serait important d'explorer d'avantage le domaine, afin que les systèmes présents soient efficacement intégrés dans les milieux de pratiques pour atteindre de meilleurs résultats pour les patients.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est bien structuré et contient tous les chapitres nécessaires. Cependant, il manque certains éléments importants comme les aspects éthiques et le déroulement précis de l'étude.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Il met en évidence la problématique du malaise des infirmières face à ces systèmes informatiques qui envahissent les milieux de pratique. Il met en évidence que si des recherches sont poursuivies dans le domaine, un système permettant une réelle amélioration des résultats de soins pourrait être développé et mieux intégré dans la pratique.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Mitchell, M. (2014). Home recovery following a day surgery : a patient perspective. <i>JCN : Journal of Clinical Nursing</i> , 1-13.
Résumé	<p>But : investiguer les aspects des soins influençant le rétablissement à domicile suite à une chirurgie ambulatoire.</p> <p>Contexte : en chirurgie ambulatoire, l'aspect psychosocial du rétablissement est moins connu. Une meilleure compréhension de cet aspect est nécessaire pour développer une approche infirmière plus coordonnée.</p> <p>Devis : c'est un devis descriptif transversal fait par questionnaires.</p> <p>Méthode : des questionnaires ont été distribués à 2401 patients adultes le jour de l'opération (de septembre 2010 à octobre 2011) pour examiner leurs expériences durant le rétablissement. Ils ont été invités à retourner le questionnaire une semaine après la chirurgie. 684 questionnaires ont été retournés.</p> <p>Résultats : 85% étaient pleinement préparés à tous les événements durant le rétablissement à domicile. Les patients étaient satisfaits des informations chirurgicales préopératoires et postopératoires, mais l'étaient moins à l'égard de l'information anesthésique. Les caractéristiques centrales de l'analyse factorielle étaient l'information préopératoire, la gestion de la douleur, l'information de sortie, la gestion de l'anxiété, les nausées et les vomissements postopératoires, l'aide et le repos une fois à domicile. Les analyses de régression multiples ont montré que la fourniture d'informations préopératoires et postopératoires a une signification statistiquement positive avec le fait que les patients soient « pleinement préparés à tous les événements durant le rétablissement à domicile ». La mauvaise gestion de la douleur, l'anxiété accrue et la réduction de l'aide une fois le patient à la maison avaient une signification statistiquement négative avec le fait d'être « pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile ».</p> <p>Conclusion : l'information anesthésique et chirurgicale, la gestion de la douleur et de l'anxiété et assurer un soutien une fois le patient à la maison peuvent aider au rétablissement. Un plan de soins complet englobant l'expérience des patients peut contribuer à l'amélioration de la chirurgie ambulatoire.</p> <p>Rapport et pertinence en lien avec la pratique clinique : l'augmentation de la satisfaction, l'information chirurgicale et anesthésique sont nécessaires au succès de la chirurgie ambulatoire. Une stratégie de soins infirmiers plus globale est</p>

	<p>nécessaire puisque les soins infirmiers peuvent être fragmentés entre la visite préopératoire, le jour de la chirurgie et la visite postopératoire du patient.</p> <p>Qu'est-ce que ce document apporte globalement à la communauté clinique ? : les besoins du patient après sa sortie révèlent l'importance d'une approche globale et planifiée afin d'assurer une expérience positive à domicile. Cela implique un apport suffisant d'information, la gestion de l'anxiété et de la douleur et un soutien efficace à domicile. Les résultats fournissent un guide d'information à donner et un plan clair pour la planification des futurs besoins du patient après une chirurgie ambulatoire.</p> <p>Mots-clés : anxiété, chirurgie d'un jour / chirurgie ambulatoire, rétablissement à domicile, fourniture d'information, gestion de la douleur, satisfaction</p>
<p>Introduction Enoncé du problème et objectif</p>	<p>Aux Royaume-Unis, environ 64% de la chirurgie élective est réalisée en ambulatoire, bien que l'Association Britannique de la Chirurgie d'un jour suggère que ce chiffre pourrait s'élever à plus de 80%. Ces changements sont dus aux progrès des techniques chirurgicales et anesthésiques, à l'augmentation de l'utilisation de l'anesthésie locale ou de courte durée, au contrôle du coût des soins et à la préférence du patient pour un séjour minimal. Le développement du mode ambulatoire implique une réduction du contact entre l'infirmière et son patient, une diminution de l'accès aux professionnels durant les phases de préparation et de rétablissement car elles s'effectuent à domicile. Le rôle infirmier en chirurgie ambulatoire est d'assurer la fourniture d'information au bon moment, au travers du temps d'interaction bref. L'objectif est d'investiguer les aspects des soins qui influencent le plus le rétablissement à domicile suite à une chirurgie ambulatoire.</p>
<p>Recension des écrits</p>	<p>Les soins infirmiers doivent élargir la recherche sur le vécu du patient, car il doit faire face à de nombreux défis après sa sortie de l'hôpital. La fourniture d'informations nécessaires à la prise de décision durant le rétablissement, peut être problématique. L'information fournie a pour but de faciliter le rétablissement, mais l'unité a peu de contact avec le patient après sa sortie. Une recherche montre que les patients désiraient savoir à quel niveau de douleur ils devaient s'attendre, comment elle serait gérée, quoi faire si l'analgésie ne fonctionne pas, les effets secondaires des traitements et la façon de les gérer. Un sondage téléphonique postopératoire a mis en évidence des problèmes : les participants ont déclaré qu'ils étaient trop souffrants, ne se sentaient pas capables de parler ou avaient oublié les informations données avant la sortie car ils étaient « groggy » ou incapables d'assimiler les instructions. Le soutien téléphonique postopératoire a été recommandé pour aider les patients dans leur rétablissement. Le but de cela est de pouvoir rassurer, fournir l'information et donner au patient l'occasion de poser des questions. Les patients disent que les connaissances de l'infirmière au téléphone réduisaient leur anxiété. Des auteurs, ont étudié les patients subissant une arthroscopie en les divisant en deux groupes : avec soutien téléphonique (groupe test) et sans soutien téléphonique (groupe contrôle). Le groupe test avait significativement moins de symptômes de détresse à 72 heures et à une</p>

	<p>semaine postopératoire. Le rétablissement à domicile peut être problématique avec le manque d'information, le manque d'adhérence de la part du patient, l'analgésie insuffisante, l'oubli des instructions ou des informations et la responsabilité des proches aidants. Ainsi, il faudrait que la profession élargisse la définition des soins postopératoires et qu'elle examine les implications du rétablissement au niveau psychosocial.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le cadre conceptuel ou théorique n'est pas formulé clairement dans cette étude, mais on peut supposer que le rétablissement, l'information au patient, l'expérience des symptômes, la gestion des symptômes et la fourniture d'information en font partie.</p>
Hypothèses	<p>Il n'y a pas d'hypothèse formulée.</p>
Méthodes Devis de recherche	<p>Un devis descriptif transversal à l'aide de questionnaires a été utilisé, dans le but d'investiguer l'expérience du patient.</p>
Population et contexte	<p>Un échantillon de convenance des patients programmés pour la chirurgie ambulatoire dans une unité publique de chirurgie (DSU), a été invité à participer à l'étude le jour de leur admission.</p> <p>Critères d'inclusion : les patients subissant une anesthésie générale ou locale, n'ayant pas un pronostic vital engagé, subissant une chirurgie intermédiaire (moyenne), parlant l'anglais ou le polonais et âgés de 18 ans ou plus.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Le questionnaire avait 53 items, dont la grande majorité utilisait une échelle de likert. Les principaux items étaient : l'expérience des patients lors de la visite de pré-évaluation, le jour de la chirurgie, le voyage de retour à domicile, la fourniture d'informations pour le retour à domicile, le rétablissement social et physique une fois à la maison et les informations démographiques.</p> <p>Validité et fiabilité : un questionnaire a été construit sur la base des études antérieures et un examen de la littérature sur le rétablissement à domicile en postopératoire d'une chirurgie ambulatoire a été réalisé. Le questionnaire est présenté selon les thèmes suivants : la visite de pré-évaluation, le jour opératoire, le trajet de retour à domicile, la fourniture d'informations pour le retour à domicile, le rétablissement physique et social une fois à domicile. Une étude pilote a été menée pour les premiers 10% des répondants, entraînant de légères modifications.</p>
Déroulement de l'étude	<p>La récolte de données s'est faite sur une période de plus de 12 mois (de septembre 2010 à octobre 2011). Le personnel du DSU distribuait les questionnaires le jour de la chirurgie. Les participants potentiels ont reçu une lettre d'invitation et une fiche d'information concernant l'étude, disponibles en anglais et en polonais, comme pour le questionnaire. Les questionnaires devaient être complétés à la maison 24 à 48 heures après la chirurgie.</p> <p>Considérations éthiques : les chirurgiens, les anesthésistes ainsi que le personnel infirmier du DSU ont donné leur accord.</p>

	L'étude a été approuvée par les comités éthiques de la recherche. Les patients ont été informés qu'ils étaient libres de se retirer de l'étude à tout moment, sans donner de raison et sans que les soins infirmiers, médicaux et leurs droits légaux ne soient affectés.
Résultats Traitement des données	Un logiciel de statistique (SPSS) version 16 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) a été utilisé pour les statistiques descriptives, les analyses factorielles et la régression multiple. L'analyse de régression multiple a permis de déterminer si la variable dépendante « pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile » pourrait être prédite (variables prédictives).
Présentation des résultats	Le questionnaire a été distribué à 2401 patients adultes subissant une chirurgie ambulatoire, des investigations ou une procédure médicale avec 684 questionnaires retournés (taux de réponse à 29%). L'âge des participants était de 18 à 108 ans (moyenne à 55.4 ans). La majorité était anglophone (99%) et 1% parlait polonais. Les participants ont subi une variété de procédures chirurgicales, la majorité sous anesthésie générale (anesthésie générale 63%, 30% anesthésie locale, anesthésie régionale 6% et 1% sédation). 85 % des participants étaient « d'accord » ou « fortement d'accord » sur le fait qu'ils ont pleinement été préparés à tous les événements durant leur rétablissement à la maison. La majorité était satisfaite des informations concernant la chirurgie, mais l'était moins concernant les informations anesthésiques. Cependant, seuls les patients subissant une chirurgie ambulatoire ont été considérés (n=456). La première composante était caractérisée par six items associés à la fourniture initiale d'information et a été appelée « la fourniture d'information préopératoire ». La deuxième composante, déterminée par six items, a été appelée « la gestion de la douleur ». La composante numéro trois contenait trois items, était liée à l'information et a été appelée « la fourniture d'information à la sortie ». La quatrième composante contenait trois items concernant l'anxiété a été appelée « la gestion de l'anxiété ». La cinquième composante incluait cinq items associés à la nausée et aux vomissements postopératoires et a été appelée « les nausées et vomissements postopératoires ». La composante numéro six, incluait quatre items concernant l'aide nécessaire et a été appelée « l'aide une fois à la maison ». La septième composante, avec deux items, a été nommée « le repos une fois à la maison ». L'utilisation de ces sept variables a démontré une corrélation négative statistiquement significative entre la perception d'être « pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile » et la gestion de la douleur (facteur 2), l'anxiété préopératoire (facteur 4) et l'aide une fois à la maison (facteur 6). Une corrélation positive statistiquement significative été trouvée entre la perception des patients d'être « pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile » et la fourniture d'informations préopératoires (facteur 1) et postopératoires (facteur 3). Ici, la variable dépendante (résultat) étaient d'être « pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile » et les variables indépendantes (prédictives) étaient la gestion de la douleur, l'anxiété préopératoire, l'aide une fois à la maison, la fourniture d'informations préopératoires et la fourniture d'informations postopératoires (à la sortie). Le fait d'être « pleinement

	<p>préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile » contient les prédicteurs suivants : la gestion de la douleur, l'anxiété préopératoire, l'aide une fois à la maison, la fourniture d'informations préopératoires et la fourniture d'informations postopératoires. De plus, les prédicteurs de « la gestion de la douleur », de « l'anxiété préopératoire », de « l'aide une fois à la maison », de « la fourniture d'informations préopératoires » et de « la fourniture d'informations postopératoires » ont atteint un niveau satisfaisant de signification statistique. Ainsi, les résultats suggèrent que la préparation aux événements durant le rétablissement à domicile après une intervention de chirurgie ambulatoire était positivement associée avec l'information préopératoire et postopératoire et négativement associée avec l'anxiété, la diminution de la capacité à gérer la douleur et avec un soutien limité du proche aidant.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p><i>Fourniture d'informations</i></p> <p>85% des participants étaient pleinement préparés à tous les événements lors du rétablissement à domicile. La majorité était satisfaite de l'information préopératoire concernant la chirurgie. L'analyse factorielle montre une corrélation positive entre la fourniture d'informations préopératoires et l'évaluation des patients qui se considéraient comme étant « pleinement préparés à tous les événements durant le rétablissement à domicile ». Avec le 1^{er} facteur « la fourniture d'information », plusieurs aspects ont été influents : le niveau d'informations chirurgicales reçues à la visite de pré-évaluation, la satisfaction des informations chirurgicales, le niveau d'informations en lien avec l'anesthésie à la visite de pré-évaluation, la satisfaction des informations en lien avec l'anesthésie, le niveau de préparation pour tous les événements ayant suivis la visite de pré-évaluation et le niveau de satisfaction suivant la visite de pré-évaluation. Le fait d'être satisfait par le niveau et par le volume de l'information chirurgicale et anesthésique était positivement associé avec le fait d'être « pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile ». Dans le facteur 3 « les informations une fois à la maison », un certain nombre d'aspects avaient une influence : le niveau d'informations à la sortie et sur les problèmes éventuels, la satisfaction en lien avec le niveau d'informations reçues à la sortie à propos des problèmes éventuels et la satisfaction globale à propos des informations de sortie. Le fait d'être satisfait avec le niveau d'informations à la sortie et sur les problèmes éventuels et la satisfaction générale en lien avec l'information a été positivement associé avec le fait d'être pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile.</p> <p><i>Gestion du soutien</i></p> <p>L'analyse factorielle a démontré un lien négatif entre la douleur, l'anxiété, l'aide limitée une fois à la maison et l'évaluation des patients comme étant pleinement préparés à tous les événements durant le rétablissement à domicile. Les aspects influençant le facteur 4 « l'anxiété préopératoire », étaient les suivants : l'anxiété suivant la visite de pré-évaluation, l'anxiété le jour opératoire et le commencement de l'anxiété. Plusieurs éléments ont eu une influence sur le 2^{ème} facteur « la gestion de la douleur » : le niveau</p>

de la douleur et de l'inconfort durant le trajet de retour vers le domicile, la satisfaction en lien avec l'expérience du trajet de retour, l'expérience globale de la douleur une fois à la maison, le nombre de jour où l'analgésie a été prise, combien de temps la douleur a perturbé le sommeil et le temps nécessaire pour se sentir mieux. L'expérience de l'augmentation de l'inconfort, l'insatisfaction en lien avec le voyage et le temps nécessaire pour se sentir mieux, une prise accrue d'analgésiques et l'augmentation des troubles du sommeil ont tous été négativement associés avec le fait d'être pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile. Un certain nombre d'éléments influençaient le facteur 6 « l'aide une fois à la maison » : le temps nécessaire pour se sentir mieux, la capacité à gérer le rétablissement à domicile, le temps où l'aide du proche a été nécessaire et le niveau d'aide nécessaire de la part du proche. L'expérience de l'augmentation du temps nécessaire pour se sentir mieux, l'augmentation des difficultés dans la gestion, le besoin d'un haut niveau d'aide de la part du proche et une augmentation du temps où l'aide du proche a été nécessaire ont tous été négativement associés au fait d'être pleinement préparé à tous les événements durant le rétablissement à domicile.

Limitations

Les limitations sont associées à la chirurgie effectuée, au type d'anesthésie, à l'âge et à la taille de l'échantillon. En premier lieu, la chirurgie pratiquée et le type d'anesthésie peuvent avoir influencé les perceptions de la douleur, de l'inconfort, la durée du rétablissement et la nécessité de soutien de la part du proche. Deuxièmement, le fait d'être une personne âgée et de subir une chirurgie selon un mode ambulatoire peut avoir un impact plus important sur l'expérience du rétablissement. L'âge moyen des participants était de 55 ans, bien que 70 patients étaient septuagénaires, 18 octogénaires, un était nonagénaire et un autre était centenaire (108 ans). Pour finir, même si un grand échantillon a été visé, le taux de réponse a été faible et peut ne pas refléter la diversité.

Conclusion

La fourniture d'informations et la communication avec le patient et le proche sont essentielles au rétablissement sans incident. Avec l'augmentation et la complexité de la chirurgie ambulatoire, la fourniture d'informations, la communication et le soutien lors du rétablissement sont essentiels à une pratique réussie.

Pertinence pour la pratique clinique

La satisfaction des patients et une information chirurgicale et anesthésique de bonne qualité sont au cœur du succès et de l'expansion de la chirurgie ambulatoire, car la majeure partie du rétablissement se fait à la maison sans surveillance professionnelle. Une stratégie de soins infirmiers plus globale de l'hôpital au domicile est nécessaire. En mettant l'accent sur l'information à propos du retour à domicile, du temps nécessaire pour se sentir mieux, de la gestion adéquate de la douleur, de

	comment faire face aux problèmes et à propos du degré potentiel d'aide dont le patient aura besoin de la part de son proche fournira une image plus précise du rétablissement.
Perspectives futures	D'autres études portant sur le rétablissement à domicile sont nécessaires. La recherche en soins infirmiers doit développer des solutions pour augmenter la communication avec les patients, afin d'équilibrer certaines exigences croissantes entre le séjour minimal et les soins efficaces.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Mitchell, M. (2014). Home recovery following a day surgery : a patient perspective. *JCN : Journal of Clinical Nursing*, 1-13.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			En lisant le titre on sait que l'article traite du rétablissement à domicile selon la perspective des patients ayant subi une chirurgie ambulatoire.
Auteurs, journal	Validité ?	X			L'auteur de cet article possède un doctorat et travaille à l'université de Salford en Angleterre. Le « Journal of Clinical Nursing » (JCN) est un journal international qui a pour but de promouvoir et de soutenir les pratiques cliniques des soins infirmiers ainsi que la profession infirmière. C'est un journal fiable publiant des articles de qualité.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Le résumé contient les principales parties de la recherche et celles-ci sont clairement mises en évidence.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			L'auteur stipule que le développement de la chirurgie ambulatoire a conduit à une réduction du contact entre l'infirmière et son patient durant la phase aiguë, impliquant peu d'accès au soutien professionnel durant les phases de préparation et de récupération, étant donné que celles-ci s'effectuent à domicile. Les aspects des soins qui pourraient être bénéfiques au rétablissement à domicile sont incertains. Une meilleure compréhension de l'aspect psychosocial du rétablissement est nécessaire pour le développement d'une approche infirmière plus coordonnée. L'objectif était d'investiguer les aspects des soins influençant le plus la convalescence à domicile suite à une chirurgie

					ambulatoire.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits résume les connaissances sur l'impact du développement de la chirurgie ambulatoire dans le contexte des soins infirmiers, sur l'importance et l'état actuel de l'information au patient en chirurgie ambulatoire, sur l'impact de la douleur et des éléments ayant un impact négatif sur le rétablissement à domicile, sur les stratégies d'informations aux patients (appels téléphoniques postopératoires).
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les théories et les concepts ne sont pas formulés clairement, mais on peut imaginer que le rétablissement, l'information au patient, l'expérience des symptômes, la gestion des symptômes et la fourniture d'informations font partie du cadre conceptuel de cette étude.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		L'auteur n'a pas formulé d'hypothèse.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		L'auteur n'a pas formulé d'hypothèse.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est un devis descriptif transversal à l'aide de questionnaires.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Le mode de sélection des participants ainsi que les critères d'inclusion sont décrits clairement.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	A la base, le questionnaire a été distribué à 2401 patients mais seulement 645 ont répondu et 456 patients ont été pris en compte car seuls les patients subissant une chirurgie ont été inclus dans l'étude. Même si un grand échantillon a été visé, le taux de réponse a été faible et peut ne pas refléter la diversité.
Collecte des	-Les instruments de collecte des	X			L'instrument est décrit précisément. Il a fait l'objet de validation par des

données et mesures	données sont-ils décrits ? -Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		experts et a préalablement été testé dans le cadre d'une étude pilote. Elles sont décrites les unes après les autres et ont chacune été divisées en différents items, permettant ainsi l'évaluation principalement à l'aide d'échelles de likert.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		L'auteur dit que les données ont été recueillies sur une période de plus de 12 mois, que le personnel clinique de l'unité de chirurgie ambulatoire distribuait les questionnaires le jour de la chirurgie et que les participants potentiels ont reçu une lettre d'invitation et une fiche d'information concernant l'étude. Les questionnaires devaient être complétés à domicile de 24 à 48 heures après la chirurgie et retournés dans l'enveloppe pré-adressée. L'auteur stipule que tous les chirurgiens, les anesthésistes ainsi que le personnel infirmier ont donné leur accord. L'étude a été approuvée par les comités éthiques de la recherche. Les patients ont été informés qu'ils étaient libres de se retirer de l'étude à tout moment.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Un logiciel de statistique (SPSS) version 16 a été utilisé pour effectuer les statistiques descriptives, les analyses factorielles et la régression multiple, ceci dans le but d'investiguer les aspects des soins qui influencent le plus la convalescence à domicile suite à une chirurgie ambulatoire.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Les résultats sont présentés de manière claire, à l'aide de tableaux illustrant les types de chirurgie, la satisfaction des patients en lien avec l'information donnée, l'analyse factorielle ainsi que les éléments influençant positivement ou négativement l'expérience du rétablissement à domicile.
Discussion Intégration de la	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre	X		Les principaux résultats sont mis en lien avec les autres résultats de la recherche scientifique dans le domaine. De plus, les résultats significatifs

théorie et des concepts	théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?			y sont résumés et les facteurs influençant les variables y sont expliqués.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X		Les chercheurs disent qu'en raison des limites de l'étude, il est possible que les résultats ne reflètent pas la diversité.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X		L'auteur affirme que les limitations sont associées à la chirurgie effectuée, au type d'anesthésie, à l'âge des patients et à la taille de l'échantillon.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Il dit que d'autres études portant sur le rétablissement à domicile sont nécessaires. Une stratégie de soins infirmiers plus globale de l'hôpital au domicile est nécessaire. En mettant l'accent sur l'information à propos du transfert à domicile, sur le temps nécessaire pour se sentir mieux, sur la gestion adéquate de la douleur, sur comment faire face aux problèmes et sur le degré potentiel d'aide dont le patient aura besoin de la part de son proche fournira une image plus précise du rétablissement.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		L'article est bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour permettre une analyse minutieuse. Tous les chapitres devant figurer dans un article scientifique sont présents.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		La fourniture d'information de qualité et la communication avec le patient et le proche sont essentielles à un rétablissement régulier et sans incident. Avec l'augmentation du volume et de la complexité de la chirurgie ambulatoire, la fourniture d'information en temps opportun, la communication et le soutien lors du rétablissement à domicile seront essentiels à une pratique réussie.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche qualitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Berg, k., Arestedt, k. & Kjellgren, k. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients : a phenomenographic study. <i>International Journal of Nursing Studies</i> , 50, 1630-1638.
Résumé	<p>Contexte : nombreux sont les patients qui subissent des interventions chirurgicales en ambulatoire. La recherche indique un manque de soutien et de connaissances chez les patients dans la gestion du rétablissement à domicile.</p> <p>Objectif : l'objectif est d'explorer les différentes perceptions des patients lors du rétablissement en postopératoire.</p> <p>Conception : c'est une étude qualitative de devis phénoménologique.</p> <p>Méthode et cadre : des entretiens semi-structurés ont été réalisés avec 31 patients subissant une intervention chirurgicale orthopédique, générale ou urologique, du 11^{ème} au 37^{ème} jour postopératoire. Les patients ont été recrutés dans une unité privée ou dans une unité associée à un hôpital du comté local.</p> <p>Résultats : les patients perçoivent le rétablissement postopératoire comme comprenant des conditions internes et externes impliquant des changements dans la vie, avec différents niveaux de soutien. Les résultats ont été classés en trois catégories : « les conditions du rétablissement à domicile », « le retour à la vie ordinaire » et « être un grain de sable dans le rouage des soins ».</p> <p>Conclusion : la phase postopératoire semble être le point faible dans les soins en chirurgie ambulatoire. Selon les patients, le rétablissement postopératoire implique des responsabilités à domicile. Les patients ont besoin d'avoir des connaissances et de comprendre le rétablissement normal ainsi que la façon dont ils doivent gérer leurs auto-soins après une chirurgie spécifique.</p> <p>Mots-clés : les procédures chirurgicales ambulatoires, la satisfaction des patients, phénoménologique, la période postopératoire, la recherche qualitative, l'auto-soin</p>
Introduction Enoncé du problème et objectif	Les patients ont besoin d'être mieux informés sur le processus de rétablissement postopératoire normal en lien avec leur chirurgie. Le besoin de soutien dans l'auto-soin est lié à la procédure chirurgicale spécifique et aux conditions de chaque patient. Le but de cette étude est d'explorer les différentes perceptions des patients lors du rétablissement en postopératoire.
Recension des écrits	Cette étude a été effectuée en Suède, où environ 80% de la chirurgie est exécutée en ambulatoire. En chirurgie ambulatoire, l'insécurité du patient peut être due au manque de soutien et d'information des professionnels et à une préparation insuffisante à

	l'auto-soin à domicile. Les infirmières dans les soins ambulatoires doivent s'adapter à un environnement caractérisé par la productivité et la rentabilité. Les infirmières se concentrent souvent sur les mesures physiologiques afin de garantir la sécurité du patient. Cependant, une approche centrée sur le patient permettrait une meilleure gestion de leur rétablissement. Les aspects psychosociaux doivent aussi être pris en considération. Pour améliorer la prise en charge, une meilleure compréhension des besoins des patients serait utile après une chirurgie.
Cadre théorique ou conceptuel	Ces différents éléments ne sont pas mentionnés clairement : la communication, le rétablissement et l'auto-soin.
Question de recherche	Il n'y a pas de question de recherche.
Méthodes Tradition et devis de recherche	C'est une étude qualitative de devis phénoménologique. La perception des patients lors du rétablissement postopératoire est classée en différentes catégories.
Population et contexte	Les patients ont été sélectionnés soit dans une unité autonome ou privée, soit dans une unité associée à un hôpital du comté local. Les critères d'inclusion étaient les patients âgés de 18 ans et plus, ayant subi une chirurgie ambulatoire. Les critères d'exclusion étaient une affection aiguë ou une réopération, de pauvres compétences en suédois ou la difficulté à communiquer.
Collecte des données et mesures	Collecte des données Toutes les interviews ont commencé par une question générale concernant la perception du rétablissement postopératoire du patient : « que signifie pour vous le rétablissement après une intervention chirurgicale ambulatoire ? ». L'interviewer a utilisé un guide d'entrevue semi-structuré complété par des questions qui stimulaient la personne à répondre. Pour avoir plus de précisions, l'interviewer résumait souvent les réponses. Les interviews ont été audio-enregistrées et transcrites en suédois. Les transcriptions ont été comparées et validées avec les enregistrements audio. Les extraits présentés dans des résultats ont été traduits en anglais.
Déroulement de l'étude	Une infirmière de l'unité de chirurgie donnait des informations verbales et écrites aux patients à propos de l'étude. 31 participants ont été inclus, 23 étaient des hommes et 8 étaient des femmes, âgés de 18 à 80 ans. Les chirurgies étaient orthopédiques, générales ou urologiques. Les entrevues ont été effectuées du 14 ^{ème} au 30 ^{ème} jour postopératoire afin de s'assurer que les patients avaient une perception claire de leur rétablissement.

Rigueur	<p>Considérations éthiques</p> <p>L'anxiété préopératoire du patient à l'admission est commune dans une unité de chirurgie, ce qui peut avoir une incidence sur sa décision de participation à l'étude. Le caractère des questions de l'interview n'a pas été jugé inconfortable ou incommode. Les patients ont été informés de la nature et de l'objectif de l'étude. Les patients avaient la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment. L'anonymat des données a été respecté. Le consentement a été signé avant de commencer l'interview. Les données ont été stockées en toute sécurité. L'étude a été approuvée par un comité éthique régional et est conforme à la déclaration d'Helsinki (2008).</p>
<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Analyse des données</p> <p>Trois interviews pilotes ont été réalisées et aucun changement n'a été fait suite cela et ces interviews ont été incluses dans l'analyse. Toutes les interviews ont été menées par le premier auteur sur une période de 7 mois. Les interviews ont eu lieu au domicile des patients et duraient entre 16 et 49 minutes. Pour trouver et définir les catégories descriptives exprimées dans les interviews, le travail d'analyse a été fait selon la procédure itérative décrite par Dahlgren et Fallsberg (1991). NVivo 9 est un logiciel de recherche qualitatif conçu pour aider les utilisateurs à organiser et à analyser les données non numériques.</p>
Présentation des résultats	<p>Trois catégories descriptives ont émergé : « les conditions du rétablissement à domicile » présentant les facteurs ayant influencé la période de rétablissement, « le retour à la vie ordinaire » décrivant le rétablissement postopératoire et ses conséquences sur la vie quotidienne et « être un grain de sable dans les rouages des soins », qui représentait l'efficacité et la structure perçues dans le contexte de la chirurgie ambulatoire et leurs effets sur le rétablissement. Les interviews ont été utilisées pour décrire les résultats.</p> <p>1. Les conditions du rétablissement à domicile</p> <p>Les conditions du rétablissement comprenaient la préparation à la chirurgie ainsi que le fait d'être prêt à agir sur les besoins d'auto-soins postopératoires. Les connaissances des patients et les caractéristiques personnelles influençaient le processus de rétablissement et leur sentiment de sécurité. Ceci est illustré dans le tableau 2.</p> <p>Se préparer pour la chirurgie</p> <p>Certains patients se sont beaucoup préparés avec des livres, des magazines, Internet et avec des personnes expérimentées. Dans la préparation des questions médicales, certains éléments ont été nécessaires tels que l'approvisionnement d'analgésiques anticipé, les bandages et la présence d'un proche à domicile lors de la journée de la sortie. La préparation émotionnelle était centrée sur l'intention de la chirurgie et de ses conséquences après la sortie. D'autres patients ne se sont pas préparés. Les raisons de la non-préparation des patients s'expliquent par le soulagement attendu de la douleur ou tout simplement l'hypothèse qu'une procédure chirurgicale ambulatoire devrait être mineure et ne devrait pas nécessiter de préparation.</p>

L'impact des caractéristiques personnelles lors du processus de rétablissement

Une humeur positive et une attitude optimiste quant à l'issue de la chirurgie, la confiance dans la situation, ont été perçues comme bénéfiques pour le processus de rétablissement. L'expérience des procédures chirurgicales ambulatoires ou l'entraînement physique structuré peut faciliter le rétablissement.

Les connaissances utiles pour la gestion du rétablissement

Il est difficile d'expliquer ce qui se passe lors de la récupération biologique normale. Les patients voulaient des instructions et des moyens sûrs pour traiter le traumatisme des tissus causé par la chirurgie, ainsi qu'une indication de temps de récupération normale pour leur chirurgie. Les réflexions au sujet de la médication adéquate dérangent les patients. Ces réflexions concernent le type de médication et l'intervalle de prise. Le traitement des plaies et ses aspects d'hygiène étaient difficiles. Les procédures de la chirurgie et d'anesthésie n'étaient pas claires et les patients voulaient être mieux informés à ce sujet.

Les stratégies individuelles de gestion des auto-soins après la sortie

L'auto-soin se rapporte au corps, à la plaie et entraîne des problèmes quotidiens. Le bon sens en ce qui concerne le corps a été approuvé lors de la gestion des auto-soins. Les recommandations pour le proche-aidant sont par exemple, la planification des analgésiques et le programme de formation. Les auto-soins signifiaient prendre soin de soi, manger, boire. Les soins de plaies étaient une partie importante de l'auto-soin : le patient devait changer les pansements, évaluer la guérison et demander une intervention en cas de nécessité. L'auto-soin inclut également des solutions pratiques aux problèmes de tous les jours, comme l'hygiène personnelle, la prise alimentaire et la mobilisation. En outre, les auto-soins n'impliquent pas d'interventions particulières.

Sentiment de sécurité après la sortie

La chirurgie a un impact significatif sur le sentiment de sécurité des patients. Le sentiment d'insécurité naît à la maison. Les patients avaient des doutes quant à la progression du rétablissement, cela les a rendus inquiets et solitaires. En outre, si un patient était dépendant des soins primaires reçus, le sentiment d'insécurité pouvait surgir. Les patients insuffisamment préparés pour le retour à domicile ont également un sentiment d'insécurité; toutefois, la confirmation de l'accès facile aux professionnels de la santé par téléphone soulage ce sentiment. Un réseau personnel incluant des personnes ayant des connaissances médicales augmente le sentiment de sécurité à domicile.

2. Le retour à la vie ordinaire

Être rétabli implique un retour à la vie ordinaire et aux habitudes. Les patients ont décrit différentes expériences caractéristiques du rétablissement. Les diverses conséquences physiques et émotionnelles après la chirurgie ont également été expérimentées et impliquent différentes sources de soutien (Tableau 3).

La perception des caractéristiques du rétablissement

La douleur et l'inflammation étaient des symptômes postopératoires communs pour les patients ayant subi une chirurgie de la prostate ou de la vessie. Les saignements et les infections des voies urinaires étaient problématiques. Le besoin de repos était évident, suivi d'une augmentation progressive de l'énergie et d'une capacité à participer à la vie sociale. Cette amélioration progressive était parallèle au sentiment de guérison. Les patients ont supposé que leur rétablissement serait rapide et simple. Ainsi, lorsque le rétablissement ne suit pas cette voie ils sont de mauvaise humeur. La période de rétablissement pourrait être considérée comme une parenthèse dans la vie de la personne, qui serait mise de côté et oubliée.

L'impact des restrictions physiques lors du rétablissement

En raison des restrictions physiques, plusieurs ajustements sont nécessaires pour parvenir à une vie ordinaire après une chirurgie. L'hygiène personnelle était compliquée lorsqu'une main ou un bras ne pouvait pas être utilisé ou était bandé. L'économie domestique était difficile et un changement dans les rôles habituels de la famille pouvait être nécessaire. Le partenaire voit sa charge de travail augmenter. Une dépendance à l'égard des personnes extérieures a été notée pour l'entretien ménager et le transport. En raison des chaussures inadéquates et des vêtements ainsi que d'une incapacité à prendre soin de l'apparence personnelle, le patient restait à domicile et cela était vu comme une restriction. Les activités physiques qui avaient un effet de détente sur la vie ont disparues. Par contre, lorsque l'intervention chirurgicale permettait aux patients de pratiquer à nouveau du sport alors qu'ils n'avaient pas été en mesure d'en faire depuis longtemps, cela leur procurait satisfaction.

Les conséquences des expériences émotionnelles après la chirurgie

Les patients étaient désireux d'avoir du confort et d'être cajolés à domicile après la chirurgie et l'anesthésie car cela les avaient fatigués. Lorsque le rétablissement et le résultat de la chirurgie ne se passaient pas comme prévu, cela provoquait de l'anxiété concernant la capacité à travailler, l'avenir et même la parentalité. Être catégorisé comme malade soulève le sentiment de ne plus être utile. Le fait d'avoir bien planifié et structuré les journées à domicile a été considéré comme une manière positive d'éviter ce sentiment. D'autre part, le rétablissement et les congés maladies sont aussi bienvenus.

Besoin d'un soutien dans la vie ordinaire

Le soutien pratique consiste essentiellement à des tâches comme l'entretien ménager, la cuisine et était également lié à la santé du patient principalement à la gestion de la plaie. Ce type de soutien est trouvé dans la famille et dans le réseau social. Si le patient était un travailleur indépendant avant l'opération, la famille n'était pas une source suffisante de soutien. En outre, des sources externes ont également été aidantes comme par exemple, recevoir des commentaires positifs lors de la visite chez le physiothérapeute ou chez l'ergothérapeute.

3. Être un grain de sable dans les rouages des soins

Les patients se sentaient en sécurité au sujet de l'efficacité des procédures standardisées. Certains patients ont été exclus des décisions concernant leur propre santé. Une lourde responsabilité a été expérimentée en ce qui concerne la récupération et le résultat chirurgical après la sortie (Tableau 4).

Les expériences d'être un participant dans l'efficacité

Dans l'unité de chirurgie ambulatoire, plusieurs patients se sentaient comme étant pris pour des objets. D'autres ont ressenti du stress car l'organisation se compose de délais serrés. Cette expérience stressante leur causait le sentiment d'être « chassés » de l'unité de chirurgie ambulatoire. Cela engendrait le risque qu'ils oublient de discuter des questions essentielles postopératoires avant leur sortie. Le temps réduit lors de la prise en charge, procurait un sentiment d'abandon lors du rétablissement, d'autant plus que certains patients manquaient de contact avec le système de santé. La plupart des patients désiraient retourner chez le chirurgien mais un coup de téléphone leur allait aussi. Quand les patients étaient contactés, ils voulaient connaître leur état de santé réel et avoir l'occasion de discuter de la progression de leur rétablissement et des questions postopératoires spécifiques. Le personnel était agréable, compétent et travaillait dans une équipe unie ce qui a permis aux patients de se sentir en sécurité. Après la sortie, les patients se sont sentis livrés à eux-mêmes, ce qui a été pénible et source de détresse.

Être inclus ou non dans la prise de décision

Les patients souhaitent être impliqués dans la prise de décision. Dès que cela ne se produisait pas, ils se sentaient exclus et marginalisés. Dans certains cas, ils ont dû faire face à une condition médicale changée et dans d'autres cas, leurs propres compétences ou antécédents n'ont pas été pris en compte. Les patients étaient reconnaissants lorsque les décisions étaient prises en négociation avec eux.

Les expériences en communication périopératoire

Dans des conditions optimales, les patients ont été informés à l'avance de la procédure chirurgicale et des issues postopératoires. Cependant, il est arrivé que cela ne soit pas toujours le cas. Parfois, l'information ait été donnée alors que le patient était allongé sur le lit opératoire en attendant l'anesthésiste. Les informations postopératoires ont été fournies tandis que plusieurs patients subissaient encore les effets de l'anesthésie et par conséquent étaient somnolents et ne se souvenaient pas de ce qui leur avait été dit. L'information peut être donnée rapidement et être contradictoire. Ces recommandations disparates laissent les patients confus. Les patients désiraient recevoir des recommandations claires concernant l'activité physique, car ils avaient peur de provoquer des complications. Les patients ont reçu des informations de sources différentes, en fonction de s'ils avaient contact avec le physiothérapeute ou avec l'ergothérapeute, ces informations sont considérées comme précieuses. La famille et les amis

	<p>contribuent à la fourniture d'informations précieuses en périopératoire. Les patients étaient convaincus qu'ils pouvaient entrer en contact avec l'unité de chirurgie en cas de besoin, ce qui pouvait compenser les informations oubliées ou insuffisantes. En outre, les patients étaient convaincus que s'ils n'étaient pas parvenus à joindre l'unité de chirurgie, le système de santé publique serait disponible pour leur donner des conseils ou leur fournir des soins postopératoires.</p> <p><i>Le fardeau de la responsabilité postopératoire</i></p> <p>Les patients en postopératoire ont ressenti que la responsabilité de la prévention des complications reposait sur eux. Avant d'entreprendre des choses dans la vie ordinaire, certains patients ont soigneusement analysé et écouté leur corps. D'autres patients ont reconnu que la gestion de la responsabilité accrue impliquait de prendre au sérieux le processus postopératoire en étant concentré et en ayant le courage de poser des questions s'ils se sentaient en insécurité. Une forte confiance en soi a été bénéfique pour prévenir les sentiments de solitude et d'insécurité. Les patients devaient traiter des conditions médicales eux-mêmes et de l'évaluation des symptômes physiques inquiétant tels que les douleurs ou les saignements. Suivre les conseils d'auto-soins qu'ils avaient reçus était considéré comme important.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les patients en chirurgie ambulatoire n'étaient pas au clair sur la recherche d'informations préopératoires. Cela pourrait être dû à l'idée que la chirurgie ambulatoire permet un rétablissement le jour même de l'opération. Les patients de l'étude cherchent la normalité concernant leur santé dans les situations inhabituelles postopératoires. Ils avaient des questions au sujet du rétablissement concernant leur chirurgie spécifique. Les patients désiraient avoir des instructions plus adaptées. Ils voulaient des informations sur ce qui les attendait lors du rétablissement et concernant leur procédure chirurgicale spécifique. Généralement, les patients en chirurgie ambulatoire reçoivent des informations dans le domaine biophysique et dans les domaines fonctionnels. Malgré cela, les patients avaient des préoccupations concernant la douleur postopératoire, le traitement des plaies, l'hygiène personnelle, le niveau d'exercice et le retour au travail. Ces éléments ont déjà été signalés par Bradshaw et al. en 1999 comme étant insuffisamment expliqués.</p> <p>L'auto-soin est une partie cruciale du rétablissement postopératoire à domicile et les patients évaluent constamment les symptômes et les signes corporels pour pouvoir intervenir correctement et prendre des mesures pertinentes visant à résoudre les problèmes quotidiens. Il est bénéfique pour les patients en chirurgie ambulatoire d'avoir une prise de conscience précoce concernant les auto-soins. L'auto-soin se réfère également aux soins de plaies, à la gestion de la douleur postopératoire et au niveau d'activité physique. La prise en charge adéquate de l'auto-soin nécessite la reconnaissance des symptômes, des compétences et la confiance dans la situation. L'éducation est nécessaire pour prévenir les erreurs des patients.</p> <p>Pour les patients en chirurgie ambulatoire, l'organisation permet un gain de temps mais affecte aussi l'information donnée lorsqu'ils</p>

	<p>sont prêts à sortir de l'hôpital. À ce stade, les patients étaient encore sous les effets résiduels de l'anesthésie. Ils pouvaient oublier les informations. L'information au sujet du rétablissement à domicile n'a donc pas suffisamment été étayée, ce qui a entraîné l'insécurité et le sentiment d'être un fardeau. Un plan de sortie devrait être adapté aux besoins postopératoires, en particulier en matière d'informations sur le rétablissement et devrait encourager et soutenir les auto-soins. L'anesthésie générale est couramment utilisée dans la chirurgie ambulatoire, influençant considérablement la capacité de compréhension postopératoire des patients. Dans cette étude, l'intervieweur avait connaissance de ce contexte de rétablissement postopératoire. Les raisons de la variation de la recherche peuvent être attribuées aux expériences du rétablissement postopératoire, à une reconnaissance de la situation et à un impact positif sur la communication au patient. Au cours des entretiens, l'intervieweur a clairement indiqué qu'aucune affiliation avec l'unité de chirurgie n'existait. Une technique de reformulation ainsi que des questions ont été utilisées pour minimiser la fourniture de réponses induites. Comme le montrent les tableaux, une relation étroite entre les données empiriques et les catégories se voit dans les extraits des interviews et bien que les résultats ne puissent être généralisés, une certaine transférabilité peut être réalisée à partir de cet échantillon sur d'autres patients en chirurgie ambulatoire.</p>
Perspectives	<p><i>Les implications</i></p> <p>Ces résultats offrent un aperçu de la situation des patients en chirurgie ambulatoire à domicile. Pour réussir le rétablissement, les patients doivent avoir connaissance et compréhension de la normalité du rétablissement concernant leur procédure chirurgicale spécifique, ainsi que de la gestion des auto-soins. Des recherches plus approfondies devraient être faites sur les différents âges afin d'accroître les connaissances sur les diverses perceptions du rétablissement et de ses stratégies.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Berg, k., Arestedt, k. & Kjellgren, k. (2013). Postoperative recovery from the perspective of day surgery patients : a phenomenographic study. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1630-1638.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de saisir le problème de recherche.
Auteurs, journal	-Validité ?	X			Les trois auteurs travaillent dans le domaine de la santé. L'International Journal of Nursing Studies est valide et fiable.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Le résumé donne des informations sur les parties principales de la recherche. Ces différents éléments sont présents : le contexte, l'objectif, la méthode, les résultats et la conclusion. Le chapitre discussion est présent dans l'article mais pas dans le résumé.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le phénomène étudié est clairement défini. Une plus grande attention doit être portée sur la période postopératoire lors d'une chirurgie ambulatoire. Les patients en chirurgie ambulatoire ont besoin d'être mieux informés sur le processus de rétablissement postopératoire normal et au sujet de la procédure chirurgicale qu'ils ont subi.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			La recension des écrits résume les connaissances en lien avec le problème étudié.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Ces différents éléments ne sont pas définis clairement dans l'article mais y sont mentionnés (le rétablissement, l'auto-soin, la communication et l'information).

Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?			X	Il n'y pas de question clairement formulée.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?			X	Il n'y pas de question clairement formulée.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			C'est une étude qualitative avec un devis phénoménologique. La méthode utilisée pour recueillir et analyser les données correspond à la tradition de la recherche. Des interviews ont été faites afin de recueillir les données. NVivo 9 est un logiciel de recherche qualitatif conçu pour aider les utilisateurs à organiser et analyser les données non numériques. Le temps passé sur le terrain est de 7 mois, de juin à décembre 2011.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			La description de l'échantillon est détaillée. Le nombre de participant était de 31. Les critères d'inclusion et d'exclusion sont également présents.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Les chercheurs ne mentionnent pas la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			L'instrument de collecte des données est l'entretien semi-structuré. Les questions posées dans les entretiens sont valides, car elles ont fait l'objet d'une étude pilote.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié est en adéquation avec l'instrument utilisé, il laisse une certaine liberté d'expression aux patients pour parler de leurs expériences. Par contre, les questions de recherche ne figurent pas dans cet article.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La procédure de recherche est décrite et les considérations éthiques sont mentionnées et expliquées. Les patients ont donné

	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				leur consentement de participation à l'étude et la protection des données a été respectée. Un comité éthique a donné son accord.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les chercheurs ont suffisamment étayé le déroulement de l'étude. Ils ont bien décrit comment se déroulaient la collecte et l'analyse des données.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Les méthodes de traitement des données sont décrites.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire. Trois catégories descriptives ont émergé de l'analyse des données : « les conditions du rétablissement à domicile », « le retour à la vie ordinaire » et « être un grain de sable dans les rouages des soins ». Des tableaux ont été utilisés pour expliquer les résultats. Un tableau par catégories descriptives figure dans l'article et est commenté.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les principaux résultats sont interprétés à partir des recherches antérieures de Boughton et Halliday ainsi que de Bradshaw et al.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs tiennent compte de la généralisation. Ils disent que les processus entrepris dans cette étude peuvent être reproduits, mais pas nécessairement avec l'obtention du même résultat. Malgré cela, une certaine transférabilité peut être réalisée à partir de cet échantillon sur d'autres patients en chirurgie ambulatoire.

	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Les chercheurs ne parlent pas clairement des limitations de l'étude. Elles sont en lien avec l'impossibilité de généralisation des résultats.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les chercheurs traitent des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir. Ces résultats offrent un aperçu de la situation des patients en postopératoire d'une chirurgie ambulatoire. Des recherches futures concernant les différents âges peuvent être effectuées afin d'approfondir les connaissances au sujet des diverses perceptions du rétablissement.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit et bien structuré. Toutes les étapes sont présentes : le résumé, la méthode, les résultats et la discussion. Il se prête également à l'analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats de l'étude apportent des informations au sujet de l'expérience vécue du rétablissement par le patient lors d'une chirurgie ambulatoire. Il désire avoir des instructions plus adaptées au sujet du rétablissement et concernant sa procédure chirurgicale spécifique. Ce manque d'information a entraîné un sentiment d'insécurité à domicile. La prise en charge adéquate de l'auto-soin nécessite la reconnaissance des symptômes, des compétences nécessaires et de la confiance dans la situation.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Jones, D., Duffy, M. & Flanagan, F. (2011). Randomized Clinical Trial Testing Efficacy of a Nurse-Coached Intervention in Arthroscopy Patients. <i>Nursing Research</i> , 60(2), 92-99.
Résumé	<p>Contexte : la préparation du patient pour la chirurgie ambulatoire est limitée. Il y a une diminution de l'accès aux fournisseurs de soins en postopératoire, une augmentation de l'anxiété chez le patient et sa famille et de la souffrance du patient. Ainsi, il y a un besoin d'interventions infirmières pour améliorer l'expérience postopératoire du patient et de sa famille.</p> <p>But : le but de cette étude était de vérifier l'hypothèse qui soutient que les patients ayant subi une chirurgie arthroscopique en ambulatoire et recevant une intervention téléphonique d'une infirmière pour les « coacher », auront significativement moins de symptômes de détresse ainsi qu'un meilleur état de santé fonctionnel que le groupe de comparaison bénéficiant de la pratique usuelle.</p> <p>Méthode : l'échantillon de cet essai clinique randomisé est composé de 102 participants (52 dans le groupe intervention de coaching infirmier et 50 dans le groupe de pratique usuelle). L'échantillon provient d'un centre médical universitaire dans le nord des Etat-Unis. Les symptômes de détresse ont été mesurés avec l'échelle « Symptom Distress Scale » et la santé fonctionnelle a été mesurée en utilisant le « Medical Outcome Study » à 36 items et les sous-échelles de la perception de l'état de santé général et mental.</p> <p>Résultats : pour tester l'hypothèse, l'analyse multivariée de la covariance avec trois mesures répétées (de base, c'est-à-dire le soir de la chirurgie, 72 heures après la chirurgie et à une semaine postopératoire) de l'échelle « Symptom Distress Scale » et 5 covariables ont été utilisées. Après la suppression de l'influence des covariables, les participants du groupe intervention de coaching infirmier avaient significativement moins de symptômes de détresse à 72 heures et à une semaine postopératoire et avaient une meilleure santé physique globale et mentale à une semaine postopératoire, que ceux ayant bénéficié de la pratique usuelle.</p> <p>Discussion : les résultats montrent que les appels téléphoniques infirmiers en postopératoire diminuent les symptômes de détresse et engendrent un meilleur état de santé physique et mental.</p> <p>Mots clés : santé fonctionnelle, symptômes de détresse, médiation téléphonique d'intervention de coaching infirmier</p>
Introduction Enoncé du	Près de 70% des chirurgies élektives sont effectuées en ambulatoire. Les études montrent une insatisfaction des patients avec les symptômes comme la douleur, l'anxiété et montrent le manque de préparation avec les événements auxquels il faut s'attendre. Bien

problème et objectif	<p>que la nécessité de préparer les patients à leur chirurgie ambulatoire soit mise en évidence dans la littérature, la réalité de la pratique fait qu'il est difficile de mettre en œuvre des programmes rentables et efficaces répondant aux besoins d'enseignement préopératoire des patients. Des auteurs ont rapporté que 81.7 % des infirmières de leur étude, n'avaient pas le temps d'éduquer les patients en chirurgie ambulatoire. Dans le travail préliminaire de cette étude, il a été constaté que la plupart des patients n'ont pas eu d'enseignement préopératoire par le personnel infirmier. La recherche montre que les patients expérimentent de nombreux symptômes comme la douleur, les nausées et les vomissements, la fatigue ainsi que des limitations inattendues dans leur vie quotidienne, l'isolement et la souffrance. Ainsi, ils ont de nombreux symptômes de détresse après une chirurgie ambulatoire, constituant un problème majeur durant leur rétablissement. Actuellement, les données au sujet des interventions infirmières visant à les aider dans la gestion de leurs symptômes postopératoires à domicile sont manquantes. Le but de cette étude était de déterminer l'efficacité d'une intervention de coaching infirmier dans le soulagement des symptômes de détresse et dans l'amélioration de l'état de santé fonctionnel (défini comme la perception de l'état de santé physique global et l'état de santé mental). Les interventions de coaching sont données par téléphone le premier soir postopératoire et à 24h, 48h et 72h postopératoires après une arthroscopie.</p>
Recension des écrits	<p><i>Les perceptions des patients lors du rétablissement de la chirurgie ambulatoire</i></p> <p>La littérature montre que les patients apprécient la commodité de ce mode de prise en charge, mais signalent aussi que la gestion de leurs propres soins s'effectue parfois difficilement. Des études suggèrent que l'état de santé fonctionnel constitue un problème majeur pour les patients lors d'une arthroscopie. Des auteurs ont trouvé que 96% des patients ayant subi une arthroscopie étaient limités dans leur mobilité, nécessitant l'utilisation d'appareils fonctionnels. Cependant, ils n'avaient pas été informés qu'ils auraient besoins de tels dispositifs.</p> <p><i>Le coaching infirmier</i></p> <p>Cet enseignement promeut et soutient la santé et a un impact direct sur les résultats de soins en termes de qualité et de rentabilité. Des auteurs suggèrent qu'à travers le processus de coaching, une relation de partenariat se crée entre l'infirmière et son patient. Une intervention de coaching infirmier (NCI) a été définie comme une intervention de la part d'une infirmière à un patient, axée sur le don d'informations, l'interprétation de l'expérience du patient, la validation et la clarification des réponses et des actions liées à l'expérience chirurgicale, allant vers une différence dans les résultats du rétablissement.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	<p>Le coaching infirmier, l'enseignement au patient, la gestion des symptômes, la santé fonctionnelle et le rétablissement font partis du cadre théorique mais ne sont pas clairement cités.</p>

Hypothèses	<p>Les patients venant subir une arthroscopie et bénéficiant des interventions de coaching infirmier (groupe NCI) en comparaison avec un groupe recevant la pratique usuelle (groupe UP) auront significativement :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. moins de symptômes de détresse à 72h et à une semaine postopératoire ; 2. un meilleur état de santé fonctionnel, mesuré par la perception de l'état de santé physique et mental à une semaine postopératoire.
Méthodes Devis de recherche	<p>Un essai clinique randomisé a été utilisé pour tester l'efficacité des interventions de coaching à la première soirée postopératoire et à 24h, 48h, 72h après la chirurgie arthroscopique, dans le soulagement des symptômes de détresse et dans l'amélioration de la santé fonctionnelle, en comparaison avec le groupe de pratique usuelle.</p>
Population et contexte	<p>La population choisie a été celle subissant une arthroscopie, car c'est la procédure chirurgicale la plus fréquemment pratiquée en ambulatoire pour les deux sexes, toutes ethnies, races et groupes d'âge confondus.</p> <p>L'échantillon est de 102 participants : 52 dans le groupe d'intervention de coaching infirmier (NCI) et 50 dans le groupe de pratique usuelle (UP).</p> <p>Les critères d'inclusion comprennent les patients adultes de 18 ans ou plus, capables de lire et d'écrire l'anglais, venant subir une chirurgie arthroscopique en ambulatoire sous anesthésie générale, ayant un accès téléphonique à domicile et étant de retour chez eux le jour même de la chirurgie.</p> <p>Sujets humains : l'étude a été approuvée par le conseil de révision au niveau académique et au niveau des institutions de santé. Une infirmière travaillant dans une unité de chirurgie ambulatoire donne les explications concernant l'étude aux patients. Si le patient donnait son accord, une infirmière coach, obtenait la signature du patient grâce au formulaire de consentement. En regard de l'éthique, toutes les données ont été codées et gardées dans une armoire verrouillée.</p>
Collecte des données et mesures	<p>Les données ont été recueillies par le biais d'une feuille de données démographiques, de l'échelle « symptom Distress Scale (SDS) » et du « Medical Outcomes Study (MOS) » à 36 items de l'étude sur la santé (SF-36).</p> <p>Symptômes de détresse</p> <p>Les symptômes de détresse sont définis comme l'expérience des symptômes rapportée par le patient et le degré auquel le symptôme perturbe sa vie. Ils ont été mesurés à l'aide des scores à la SDS. La SDS mesure 13 symptômes : les nausées (présence et intensité), l'appétit, l'insomnie, la douleur (présence et intensité), la fatigue, les troubles intestinaux, la concentration, la dyspnée, l'aspect, la posture et la toux. Chaque symptôme est évalué sur une échelle de Likert à 5 points. Un SDS total est calculé en additionnant les scores des items. Les coefficients α de Cronbach (valeur : entre 0 et 1) pour la période postopératoire précoce, à</p>

	<p>72h postopératoire et à une semaine postopératoire. Les scores SDS étaient de .79, .81 et .85.</p> <p>Etat de santé fonctionnel</p> <p>L'état de santé fonctionnel est défini comme l'état de santé physique et mental de l'individu. Il a été mesuré en utilisant le score de la perception de l'état de santé général et mental de l'échelle MOS SF-36. Le SF-36 développé dans le MOS contient 36 items mesurant plusieurs paramètres liés à l'état de santé physique et mental. Il contient 8 sous-échelles : le fonctionnement physique, la participation physique, la douleur physique, la santé mentale, la participation émotionnelle, le fonctionnement social, la vitalité et la perception générale de la santé. Les α de Cronbach étaient de .92 pour le score de santé physique (PH) de base, à .90 pour le score PH à une semaine postopératoire et à .89 pour le score pour la santé mentale de base (MS), à .87 pour le score MS à une semaine postopératoire.</p>
Déroulement de l'étude	<p>Recrutement et préparation des infirmières coach</p> <p>L'équipe de recherche était composée de professeurs, d'assistants de recherche et d'infirmières en soins périopératoires. La majorité du personnel infirmier avait un Bachelor en soins infirmiers (BSN). Les infirmières ont suivi 3 cours de 2h dans toutes les phases de l'étude. Un livret intitulé « Interventions de coaching infirmier pour aider les patients en chirurgie ambulatoire » a été distribué à toutes l'équipe de recherche. Le livret donne un aperçu de l'étude, décrit les participants, explique le but, met en évidence le rôle et les responsabilités des infirmières coach, décrit les stratégies facilitant les interactions entre l'équipe de recherche et les patients. Pour se préparer, les membres de l'équipe de recherche ont bénéficié de jeux de rôle. Tous les instruments ont été discutés et des échantillons ont été fournis. De plus, une vidéo sur le coaching infirmier à été développée, afin que les infirmières coach puisse bénéficier d'une approche standardisée pour collecter les données et évaluer les symptômes. Chaque infirmière coach a reçu des guidelines sur la gestion des symptômes. Ceux-ci étaient spécifiquement liés aux symptômes ressentis en postopératoire d'une arthroscopie sous anesthésie générale (par exemple : les nausées, les vomissements, les douleurs et l'immobilité). Les guidelines avaient 5 domaines à évaluer : (a) l'auto-évaluation, (b) les stratégies de gestion du symptôme, (c) l'évaluation par le coach de l'adéquation de l'intervention (d) les stratégies d'interventions supplémentaires pour gérer le présent symptôme et (e) les résultats (auto-évaluation). Chaque domaine contenait des questions pour guider la discussion du coach avec le patient. (Tableau 1 : exemple d'un guideline pour les nausées et les vomissements). Pour signaler les éventuels problèmes survenant durant le processus, un journal a été mis à disposition des membres de l'équipe. Le journal, les préoccupations et les questions ont été examinés par l'investigateur principal (PI), toutes les 2 à 4 semaines et discutés avec l'équipe de recherche lors de réunions tenues tous les 1 à 2 mois. Le PI a aussi examiné les collectes de données pour vérifier la complétude et la cohérence de la gestion des symptômes. Grâce à des réunions régulières dans les années du projet, l'intégrité et la fidélité des NCI ont été maintenues.</p>

Procédure d'inscription des participants

A l'aide des critères d'inclusion et d'exclusion, une infirmière en chirurgie ambulatoire (pas forcément impliquée dans l'étude), identifiait les participants potentiels pour le lendemain et en informait l'infirmière coach. Le lendemain matin, l'infirmière coach informait les infirmières prenant en charge les participants potentiels lorsqu'ils répondaient aux critères d'éligibilité, dans le but qu'elles les invitent à participer à l'étude. Si un patient acceptait de participer, l'infirmière coach lui donnait un formulaire de consentement approuvé par le conseil. Une fois le consentement obtenu, les patients ont été répartis au hasard dans les groupes, en utilisant des enveloppes scellées et des numéros aléatoires. Une fois les patients assignés, le coach collectait les données des groupes UP et NCI. La collecte de données s'est réalisée à trois reprises pour les deux groupes (le soir de la chirurgie, à 72h postopératoires et à une semaine postopératoire). A leur sortie, les patients ont reçu une copie des outils utilisés lors des appels téléphoniques, afin de leur permettre de lire les questions au moment de l'appel de coaching.

Les interventions de coaching infirmier (NCI)

Les infirmières coach délivraient les interventions par téléphone le soir de la chirurgie, à 24h postopératoires, à 48h et à 72h postopératoires. Le but était : (a) d'évaluer la réponse des patient à la chirurgie, (b) d'examiner et d'évaluer la gestion des symptômes et d'évaluer l'efficacité globale de la gestion, (c) de fournir des interventions supplémentaires de gestion et (d) d'établir un délai pour que le patient puisse anticiper les résultats spécifiques. Si le soulagement du symptôme n'a pas été obtenu, l'infirmière coach réalise un plan en collaboration avec le patient.

Pratique usuelle (UP)

La pratique usuelle fait référence aux soins infirmiers standards après une arthroscopie en ambulatoire. Cela implique : (a) l'enseignement postopératoire standard après une arthroscopie, délivré avant la sortie du patient, (b) un ensemble d'instructions renforçant l'enseignement infirmier, (c) un numéro de téléphone au cas où le patient aurait des préoccupations ou des questions lors du rétablissement à domicile et (d) un rendez-vous de suivi avec le chirurgien. Les ordonnances, (l'antalgie, etc.) ont été expliquées par le médecin et données aux patients au moment de sa sortie.

Analyse des données

Avant de tester les hypothèses avec l'analyse multivariée de la covariance (MANCOVA), les statistiques descriptives ont été calculées à l'aide du logiciel de statistiques pour les sciences sociales de Windows (version 15.0; SPSS Inc., Chicago, IL) et examinées pour identifier les données manquantes, aléatoires ou aberrantes. Les variables démographiques entrées dans le MANCOVA, ont été choisies par les investigateurs. Ce choix a été fait sur la base de leurs expériences et à partir d'une revue de littérature.

<p>Résultats</p> <p>Traitement des données</p>	<p>Echantillon</p> <p>L'échantillon contenait 102 participants (52 NCI et 50 UP), inscrits pendant plus de trois ans. Le participant NCI typique est une femme mariée, de 46 ans avec un diplôme collégial ou universitaire et avec au moins une comorbidité. Le participant UP typique est une femme mariée, de 47 ans avec un diplôme collégial ou universitaire et avec une comorbidité. Aucune différence statistique significative entre les deux groupes n'a été notée. La collecte de données durait environ 15 à 35 minutes à chaque fois, en fonction du nombre de symptômes et en fonction des questions et des besoins. Il y avait : (a) quatre infirmières inscrivant les patients à l'étude et délivrant les NCI le soir de l'intervention, (b) trois étudiants de cycles supérieurs qui délivraient les NCI à 24h, 48h et 72h et (c) cinq membres de la faculté universitaire participant à la collecte de données pour tous les participants à l'étude à une semaine postopératoire.</p> <p>Symptômes de détresse</p> <p>La première hypothèse a été évaluée à l'aide de MANCOVA. L'analyse a inclus 5 covariables (l'âge, le genre, l'éducation, le statut marital et le nombre de comorbidité) et 3 résultats (SDS de base, SDS à 72 h postopératoires et le SDS à une semaine postopératoire). Les covariables ont été jugées fiables pour l'analyse de la covariance. Des 5 covariables, une seule (le nombre de comorbidité), était statistiquement significative à une semaine postopératoire (score SDS). Après l'ajustement de l'influence sur la covariance, le MANCOVA indique des résultats significatifs et d'importantes différences entre les 2 groupes dans le score SDS à 72h postopératoires ($P < .0001$) et dans les scores SDS à une semaine postopératoire ($P < .0001$). Le score SDS de base ne diffère pas significativement entre les 2 groupes ($P = .06$), (tableau 3).</p> <p>Santé fonctionnelle</p> <p>La seconde hypothèse a aussi été évaluée en utilisant MANCOVA, avec les covariables de l'âge, du genre, de l'éducation, du statut marital, du nombre de comorbidité et les scores de bases au MOS SF-36 traitant de la santé physique et mentale. Après l'ajustement des influences des covariances, les résultats MANCOVA (tableau 3) indiquent une différence significative entre les 2 groupes dans les scores de santé physique à une semaine postopératoire ($P = .016$) et dans les scores de santé mentale à une semaine postopératoire ($P = .001$).</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Symptômes de détresse</p> <p>Le groupe NCI avait significativement moins de symptômes de détresse à 72h postopératoires et à une semaine postopératoire que le groupe UP, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'éducation, de l'état matrimonial ou du nombre de comorbidité. La première hypothèse est validée. Dans les deux groupes, les scores moyens du SDS ont diminué à 72h postopératoires, mais ont augmenté à une semaine postopératoire, car les participants des deux groupes sont retournés à leurs activités de la vie quotidienne.</p>

	<p>Santé fonctionnelle</p> <p>Le groupe NCI avait des scores de santé physique et mentale significativement plus élevés à une semaine postopératoire, que le groupe UP.</p> <p>En résumé, les patients ayant bénéficié des interventions de coaching infirmiers, ont eu significativement moins de symptômes de détresse à 72h et à une semaine postopératoire, en comparaison avec le groupe ayant bénéficié de la pratique usuelle. Le groupe NCI a signalé une meilleure santé physique et mentale à une semaine postopératoire que le groupe UP. Les résultats de l'étude valident les deux hypothèses formulées.</p>
<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les résultats montrent que l'appel téléphonique au patient en postopératoire d'une chirurgie ambulatoire pourrait être une intervention efficace pour réduire les symptômes de détresse et pour améliorer la réponse émotionnelle durant le rétablissement à domicile.</p> <p>Il y a plusieurs limites à cette étude. Deux grands essais cliniques au sujet des nouvelles techniques d'anesthésie dans la population de l'arthroscopie ont été initiés et ont reçu la priorité au détriment de la présente étude. Ainsi, le recrutement a été beaucoup plus lent que prévu. Il est aussi possible que les résultats aient été influencés par le fait que les infirmières coach collectaient des données chez les deux groupes, sans être « aveuglées ». Ainsi, peut-être qu'elles ont porté plus d'attention au groupe NCI, influençant les résultats.</p>
<p>Perspectives futures</p>	<p>Les domaines restant à explorer sont : la population plus âgée, la présence, la disponibilité et le rôle d'un proche aidant à la maison, le rôle de la culture et de l'ethnie dans le rétablissement à domicile et les réponses postopératoires des patients après d'autres types de chirurgie ambulatoire. Ces informations pourraient accroître les connaissances sur le rétablissement à domicile d'une chirurgie ambulatoire et sur ce que les infirmières peuvent faire pour aider efficacement le patient et sa famille pendant ce processus.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Jones, D., Duffy, M. & Flanagan, F. (2011). Randomized Clinical Trial Testing Efficacy of a Nurse-Coached Intervention in Arthroscopy Patients. *Nursing Research*, 60(2), 92-99.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le devis de l'étude est cité dans le titre. Cependant, le contexte ambulatoire n'est pas mentionné.
Auteurs, journal	-Validité ?	X			Les auteurs travaillent dans le domaine de la santé. Le journal Nursing Research est fiable et validé.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Le résumé contient le contexte, le but de l'étude, la méthode, présente les principaux résultats et contient aussi une synthèse de la discussion.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, il existe une insatisfaction des patients en relation avec l'expérience des symptômes tels que la douleur, l'anxiété et un manque de préparation en lien avec les événements auxquels il faut s'attendre.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits résume les connaissances sur le sujet.
Cadre théorique ou	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Les différents concepts et théories sont présents mais ne sont pas explicitement mentionnés.

conceptuel				
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X		Les hypothèses sont clairement formulées : les patients venant subir une arthroscopie et qui bénéficient des interventions de coaching infirmier (groupe NCI), en comparaison avec le groupe ayant reçu la pratique usuelle (groupe UP) auront significativement : 1. moins de symptômes de détresse à 72h et à une semaine postopératoire ; 2. un meilleur état de santé fonctionnel, mesuré par la perception de l'état de santé physique et mental à une semaine postopératoire.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X		Elles sont tirées de la recension des écrits et de l'étude préliminaire.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X		C'est un essai clinique randomisé.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X		Les critères d'inclusion sont explicités et les mesures éthiques sont abordées. L'échantillon comporte 52 patients dans le groupe NCI et 50 patients dans le groupe UP.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X		La taille est adéquate car la recherche a été faite dans un centre médical. Dans le futur, il faudrait étendre la recherche afin d'avoir un plus grand échantillon.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X		Les instruments de mesure sont décrits précisément, les outils sont fiables et validés.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X		Les variables suivantes sont décrites dans l'article : SDS : les nausées (présence et intensité), l'appétit, l'insomnie, la douleur (présence et intensité), la fatigue, les troubles intestinaux, la concentration, la dyspnée, l'aspect, la posture, la toux.

				MOS : le fonctionnement physique, la participation physique, la douleur physique, la santé mentale, la participation émotionnelle, le fonctionnement social, la vitalité, la perception générale de la santé.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X		La procédure de recherche est décrite précisément. Les patients ont dû donner leur consentement de participation à l'étude par écrit. Les données recueillies ont été codées en respectant la confidentialité. Les auteurs prennent en compte l'éthique.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X		Les auteurs ont utilisé l'analyse multivariée de la covariance (MANCOVA). Ils ont utilisés un logiciel de statistiques pour les sciences sociales de Windows.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X		Il y a un tableau qui présente les statistiques démographiques descriptives pour les participants des 2 groupes. Il y a aussi un tableau qui présente les résultats statistiques des 2 groupes pour le SDS et le SF-36 aux différentes évaluations faites dans le temps. Il y a également des commentaires dans le tableau permettant de mieux le comprendre. Un bref résumé des résultats trouvés est présenté à la fin.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X		Ils disent que les résultats soutiennent les travaux d'Allard en 2007 et ceux de Donner et Wheeler en 2009. Les résultats sont interprétés à partir de l'efficacité des interventions de coaching infirmier sur la gestion des symptômes et sur la santé physique et mentale.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		X	Ils disent que l'échantillon n'est pas forcément généralisable à la population. Il faudrait donc étendre la recherche.
	-les chercheurs rendent-ils	X		Un paragraphe entier explique les limitations causées par l'échantillon, l'âge, par les

	compte des limites de l'étude ?			études réalisées simultanément ayant ralenti le recrutement, etc.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X		Ils mentionnent quels domaines sont encore à explorer pour accroître les connaissances sur le rétablissement à domicile après une chirurgie ambulatoire, en vue de savoir ce que les infirmières peuvent faire pour aider efficacement le patient et sa famille pendant le processus de rétablissement.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X		Les différents chapitres devant figurer dans un article scientifique sont présents et contiennent toutes les informations nécessaires.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X		Oui, mais pour cela il aurait fallu avoir un échantillon plus grand. Cependant, l'article met en évidence une problématique actuelle et très présente dans le secteur ambulatoire : le manque de temps pour l'enseignement postopératoire, qui fait que les patients sont livrés à eux-mêmes. L'étude y apporte une solution réaliste et qui pourrait concrètement être appliquée dans la pratique. Cette intervention pourrait avoir pour résultats une meilleure qualité des soins, une satisfaction des patients, une meilleure gestion des symptômes et de ce fait une meilleure sécurité et une santé globale augmentée.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche mixte

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Rondinelli, J., Omery, A., Crawford, C. & Johnson, J. (2014). Self-Reported Activities and Outcomes of Ambulatory Care Staff Registered Nurses : An Exploration. <i>Nursing Research & Practice</i> , 18(1), 108-115.
Résumé	<p>Contexte : l'ambulatoire est un domaine en pleine expansion. Des efforts ont été réalisés pour identifier le rôle des infirmières registrées (RNs) dans les soins aux patients en ambulatoire et dans les résultats de soins.</p> <p>Objectif : cette étude décrit l'impact perçu du rôle professionnel des RNs sur les activités et les résultats guidé par les structures, les processus et les résultats du Nursing Role Effectiveness Model.</p> <p>Devis : c'est une étude exploratoire de devis descriptif avec une enquête d'auto-évaluation.</p> <p>Résultats : les répondants à l'enquête étaient des RNs en soins ambulatoires de cliniques primaires et spécialisées (n=187) en Caroline du Sud. Les activités les plus fréquemment rapportées par les infirmières impliquaient l'évaluation du patient, les conseils infirmiers durant la gestion des messages et l'accomplissement du triage des patients. Les résultats signalés comme étant les plus fréquemment influencés par les activités des RNs étaient la satisfaction des patients, la normalisation des valeurs de laboratoire, le fait de recevoir le niveau correct de traitement médical et la prévention des complications.</p> <p>Conclusion : cette étude met en évidence les activités quotidiennes des RNs en milieu ambulatoire : des activités de soins diverses et complexes influençant les résultats de soins chez leurs patients.</p>
Introduction Enoncé du problème et objectifs	Le but est de décrire les activités et les résultats de soins rapportés par le personnel infirmier enregistré, afin de fournir une compréhension de la pratique infirmière ambulatoire actuelle. L'objectif est aussi de décrire l'impact perçu des composantes du rôle infirmier sur les résultats. Peu de recherches mettent en relation les activités infirmières et leurs impacts dans la pratique des soins ambulatoires.
Recension des écrits	Comme les soins infirmiers ambulatoires se développent, des efforts ont été réalisés pour identifier le rôle de l'infirmière registrée (RN) dans les soins aux patients et dans les résultats des soins. La recherche en soins ambulatoires de la dernière décennie a mis l'accent sur l'impact des activités des RNs sur les patients diabétiques, sur la modification des facteurs de risques cardiovasculaires et sur l'identification de la dépression chez les patients avec des comorbidités. Des études plus récentes et des experts étudient aussi les résultats des soins infirmiers et les indicateurs de qualité incluant les thèmes de réadmission à l'hôpital,

	de la qualité de vie, de la capacité fonctionnelle, des visites non planifiées et des capacités d'auto-soins.
Cadre théorique ou conceptuel	The Nursing Role Effectiveness Model (le modèle de l'efficacité du rôle infirmier) fournit la structure conceptuelle de cette étude. Ce modèle suggère que l'accomplissement de processus efficaces au sein de structures efficaces mène aux résultats désirés. Dans ce modèle, l'infirmière est considérée comme une structure. Les processus correspondent aux activités du rôle infirmier illustrés par le rôle autonome. Les résultats de l'efficacité du rôle infirmier correspondent aux résultats cliniques, à la prévention des complications, à la connaissance de la maladie et des traitements, au statut fonctionnel et à la satisfaction du patient.
Hypothèses	Il n'y a pas d'hypothèse formulée dans cet article.
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude exploratoire de devis descriptif avec une enquête d'auto-évaluation. En raison de la nature exploratoire de l'enquête, des données quantitatives et qualitatives ont été recueillies.
Population et contexte	Après avoir obtenu l'approbation du comité d'examen institutionnel, les chercheurs ont considéré tous les RNs en soins ambulatoires (n=4124) travaillant dans une large organisation de soins en Caroline du Sud comme participants potentiels. Un échantillon d'environ 188 participants a été jugé suffisant car il donnerait des résultats avec une marge d'erreur acceptable de $\pm 7\%$ à un niveau de confiance de 95%.
Collecte des données et mesures	Le questionnaire est un instrument qui se nomme « Clinical Nurse Specialist ». Il a été validé au préalable et met en évidence les activités et les résultats spécifiques. Les investigateurs ont adapté l'instrument pour n'inclure que les activités et les résultats spécifiques à la pratique ambulatoire. 17 infirmières cheffes en soins ambulatoires dans l'organisation de soins ont validé le contenu du questionnaire. L'instrument final avait 30 questions liées aux activités et 18 questions concernant les résultats. Les participants indiquaient le nombre de fois qu'ils percevaient une activité accomplie ou un résultat influencé, selon les catégories suivantes : 0 ou ne s'applique pas, 1 à 5, 6 à 10, 11 à 15 ou plus de 15 fois par temps de travail. Les questions ouvertes encourageaient les participants à décrire les activités et les résultats ne figurant pas dans l'enquête, en plus d'une zone dédiée aux commentaires des participants.
Déroulement de l'étude	Le sondage sur le Web a été lancé en automne 2011.
Résultats Traitement des données	Les données ont été analysées avec le logiciel d'analyse statistique (SPSS Version 18, IBM SPSS, Armonk, NY). Les statistiques descriptives incluant les pourcentages, les fréquences, les moyennes et les écarts-types (standard deviation = SDs) ont été utilisés pour générer les résultats. Les réponses aux questions ouvertes et la section commentaire ont été codées en utilisant

	l'analyse de contenu. Les réponses ont été analysées dans les concepts ayant été classés par thèmes.
Présentation des résultats	<p>187 RNs en soins ambulatoires ont complété le questionnaire.</p> <p>Structures : caractéristiques du personnel infirmier enregistré en soins ambulatoires et environnement</p> <p>Les caractéristiques structurelles du « Nursing Role Effectiveness Model » sont représentées dans le tableau 1. 10.9% des répondants (n=20) étaient des hommes. Les participants avaient une moyenne de 20.68 ans de pratique clinique en tant que RN et une moyenne de 9.45 ans de pratique clinique dans les soins ambulatoires. Leur niveau d'éducation était principalement de degré supérieur (40.6 % ; n=76). La composition du personnel a révélé que 81% (n=153) travaillaient dans un environnement d'équipe avec des RNs, des infirmières, des médecins assistants et des cliniciens (médecins, RNs en pratique avancée et adjoints du médecin). Dans les soins primaires, 87% des RNs ont rapporté voir les patients en personne et 64% ont déclaré avoir entre 0 à 10 rendez-vous avec des patients par temps de travail (Tableau 2). Beaucoup d'infirmières ont signalé une certaine participation à la gestion des messages (Tableau 3). Les répondants des soins primaires gèrent de 9 à 56 messages par temps de travail. La variation était de 0 à 39 par temps de travail pour les infirmières en soins spécialisés.</p> <p>Processus : les activités du personnel infirmier enregistré en soins ambulatoires</p> <p>Les questions de processus mettent en évidence la fréquence perçue des RNs de leur implication dans les activités comme l'examen, l'intervention, l'enseignement, l'évaluation, la coordination des soins et l'exécution des ordres médicaux (Tableau 4). Le top 5 des activités réalisées au moins 15 fois par temps de travail étaient : 1) l'évaluation de l'histoire de santé du patient, 2) l'évaluation de la plainte principale du patient et de son histoire subjective, 3) le conseil infirmier durant la gestion du message, 4) l'évaluation des résultats des tests de laboratoire, 5) le triage et l'organisation de l'accès à des soins appropriés sur la base de l'évaluation. Les activités suivantes sont classées en bas du Tableau 4 car ce sont les moins souvent réalisées : 1) assister un clinicien pour des traitements ou des procédures diagnostic, 2) l'enseignement au patient et à sa famille des techniques d'autogestion quotidiennes et 3) assurer un équipement approprié à domicile. Pour ces activités, il y avait aussi un taux élevé de 0 ou de réponses « non applicable ». Par conséquent, ces activités ne sont pas pertinentes pour le rôle professionnel selon les infirmières en soins ambulatoires. Les activités pour lesquelles un examen plus approfondi serait intéressant, sont celles au milieu du classement (Tableau 4). Des exemples tels que 1) l'initiation et la gestion des traitements (les ordres et les procédures standardisées), 2) l'évaluation du traitement et / ou des procédures, 3) l'enseignement au patient et à sa famille en lien avec l'administration de la médication, sont rapportées comme étant rarement accomplies mais ne sont pas signalées comme « 0 ou</p>

	<p>pas applicable ».</p> <p>Résultats : influence perçue par le personnel infirmier enregistré en soins ambulatoires</p> <p>Il a été demandé aux répondants de choisir la fréquence perçue avec laquelle ils ont influencé certains résultats chez le patient par temps de travail. Les questions s'adressaient aux résultats liés aux soins des patients, au contrôle des symptômes, aux auto-soins, aux complications, à la connaissance de la maladie et à la satisfaction. Le top 5 des résultats des patients où les infirmières ont perçu avoir eu une influence d'au moins 15 fois par temps de travail étaient : 1) la satisfaction des patients, 2) les valeurs de laboratoire normales, 3) la prévention des complications, 4) le niveau correct du traitement médical en lien avec les besoins du patient et 5) la diminution du niveau d'anxiété (Tableau 5). Quelques résultats ont eu un niveau élevé de pourcentage de peu fréquents et un haut pourcentage de 0 ou pas applicable : 1) l'amélioration de l'indice de masse corporelle, 2) la normalisation des taux de glycémie, 3) la diminution du besoin de la médication pour le patient et 4) les produits de soins appropriés pour le patient. Cependant, il y a des résultats rapportés comme très rares, mais avec un faible pourcentage de 0 ou de « pas applicable » : l'amélioration des connaissances du patient ou de sa famille en lien avec le processus de la maladie et l'observance du traitement.</p> <p>Analyse de contenu des questions ouvertes</p> <p>De nombreux répondants ont exprimé des résultats et des activités supplémentaires à leur rôle. Deux thèmes ont émergé de l'analyse de contenu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les aspects aigus des soins ambulatoires : les répondants ont mentionné des situations d'urgence susceptibles de se produire. Par exemple : aider les patients pendant les épisodes de syncope et évaluer ou surveiller le patient durant l'attente de l'ambulance pour le transport vers un service d'urgence. Les compétences d'intervention d'urgence impliquent l'administration intraveineuse de fluides, l'oxygénothérapie et « tout ce qui est nécessaire » pour la stabilisation et le transfert du patient. Un répondant a déclaré que : « les soins ambulatoires sont plus aigus qu'on ne le pense ; il faut toute une gamme de différents types de compétences et nos soins concernent des gens de tous les stades de la vie et de tous les âges. Les soins ambulatoires et l'éducation devraient avoir leur propre corps d'évidence pour en faire une spécialité ». • Les activités quotidiennes diverses et complexes : des commentaires concernant les activités non citées dans le questionnaire ont été écrits. Par exemple : la formation du personnel, la gestion de cas, les soins de plaies complexes et les procédures de sédation conscientes.
<p>Discussion Intégration de la</p>	<p>Les données de cette enquête exploratoire sont spécifiques au champ de pratique des RNs en soins ambulatoires. Les résultats fournissent des informations pour améliorer la pratique. Les activités les plus fréquemment rapportées étaient liées à l'évaluation</p>

théorie et des concepts	<p>et aux conseils durant la gestion des messages (temps d'information). Les résultats reflètent la littérature en lien avec la satisfaction des patients, l'augmentation des connaissances des patients et la prévention des complications ou de réadmission. Les effets perçus sur les résultats en lien avec le fait de recevoir le bon niveau de traitements et des soins appropriés reflètent une coordination efficace des soins. Les résultats en matière de gestion des messages s'accordent avec la littérature par l'assistance téléphonique des infirmières. Les e-mails et autres systèmes de messageries constituent une dimension supplémentaire aux communications infirmières-cliniciens-patients. Les infirmières ont rapporté un pourcentage élevé de gestion des messages dans le cadre de leur rôle en soins ambulatoires (e-mails, appels téléphoniques). Il ne serait pas surprenant qu'une extension de ce travail montre que l'augmentation de la charge de travail secondaire au volume accru de gestion des messages, devienne de plus en plus une réalité pour les infirmières en soins ambulatoires. Dans cette étude, les participants ont déclaré une gestion simultanée d'activités multiples et variées. Le milieu actuel des soins ambulatoires demande des RNs expérimentées d'étant capables de faire avec la complexité.</p> <p>Conclusion</p> <p>Cette enquête exploratoire participe à la définition du rôle et de la pratique du personnel infirmier enregistré en soins ambulatoires. L'enquête met en évidence ce que les infirmières en soins ambulatoires disent qu'elles font quotidiennement : des activités de soins diverses et complexes influençant plusieurs résultats de soins chez les patients. Les connaissances amenées par cette étude peuvent améliorer la qualité des soins ambulatoires. Dans l'ensemble, elle fournit un soutien pour des initiatives d'amélioration clinique, dans le but de démontrer le rôle complexe du personnel infirmier en soins ambulatoires.</p>
Perspectives futures	<p>Les résultats des futures recherches devront refléter les indicateurs spécifiques des résultats réglementés par l'« Healthcare Effectiveness Data and Information Set (HEDIS) measures », car ces indicateurs sont établis comme une critique ou une réglementation. Si les soins infirmiers ne sont pas considérés comme ayant un impact sur ces mesures, les membres de la discipline ne seront pas considérés comme importants pour les résultats obtenus dans la pratique clinique. Compte tenu de l'état des soins, la contribution des infirmières à ces résultats doit être clairement visible. Des recherches plus poussées en lien avec la définition de la gestion des messages, des processus, des résultats des patients et l'impact sur le personnel RN en soins ambulatoires sont recommandées. Les recherches futures pourraient révéler les bonnes pratiques liées à la gestion des messages, ainsi que les activités et les résultats uniques aux populations de soins spécialisées.</p>

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Rondinelli, J., Omery, A., Crawford, C. & Johnson, J. (2014). Self-Reported Activities and Outcomes of Ambulatory Care Staff Registered Nurses : An Exploration. *Nursing Research & Practice*, 18(1), 108-115.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			L'étude s'intéresse aux activités et aux résultats signalés par les infirmières registrées (RNs) en soins ambulatoires.
Auteurs, Journal	Validité ?	X			Les auteurs travaillent dans le domaine des soins, de l'éducation et de la recherche. L'un d'entre eux possède un doctorat. Le journal « Nursing Research & Practice » est une revue fiable et de qualité.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Le résumé contient toutes les parties de la recherche est celles-ci sont décrites clairement et de manière succincte.
Introduction Énoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les auteurs stipulent qu'actuellement, les connaissances existantes décrivent l'impact des activités des soins infirmiers sur les résultats de soins des patients dans le contexte d'une hospitalisation. Il y a peu de recherche mettant en lien les activités spécifiques du personnel infirmier et leur impact dans la pratique des soins ambulatoires.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits résume les connaissances existantes en lien avec la croissance des prestations ambulatoires ainsi que sur le rôle infirmier dans ce milieu.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Les auteurs travaillent avec le Nursing Role Effectiveness Model et ils définissent chacune des composantes de ce modèle.

Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?			X	Il n'y a pas d'hypothèse formulée dans cette étude.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	Il n'y a pas d'hypothèse formulée dans cette étude.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est une étude exploratoire de devis descriptif avec une enquête d'auto-évaluation. En raison de la nature exploratoire de l'enquête, des données quantitatives et qualitatives ont été obtenues des participants.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			187 RNs en soins ambulatoires ont complété le questionnaire.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			L'analyse de puissance de la taille de l'échantillon permet la généralisation des résultats à la population globale des soins infirmiers ambulatoires avec une marge d'erreur acceptable de $\pm 7\%$ à un niveau de confiance de 95%.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Le questionnaire est un instrument (Clinical Nurse Specialist) ayant été préalablement validé. Les investigateurs de l'étude l'ont adapté pour n'inclure que les activités et les résultats uniques liés à la pratique des soins ambulatoires. 17 infirmières cheffes en soins ambulatoires dans l'organisation de soins ont validé le contenu de l'instrument.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Le questionnaire final avait 30 questions liées à l'activité et 18 à propos des résultats. Les participants sélectionnaient parmi les catégories de temps, le nombre activités de travail accomplies et le nombre de résultats influencés : 0 ou ne s'applique pas, 1 à 5, 6 à 10, 11 à 15 ou plus de 15 fois par temps de travail. Les questions ouvertes et une zone dédiée aux commentaires encourageaient les participants à décrire les activités et les résultats ne figurant pas dans l'enquête.
Déroulement de	-La procédure de recherche est-			X	On sait que le sondage sur Internet a été lancé en automne 2011, mais

l'étude	elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?				on n'en sait pas plus. L'étude a été approuvée par un comité d'examen. L'information aux participants et la signature d'un consentement éclairé ne sont pas abordés.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Les données ont été analysées avec un logiciel d'analyse statistique. Les statistiques descriptives incluant les pourcentages, les fréquences, les moyennes et les écarts-types ont été utilisés pour générer les résultats. Les réponses aux questions ouvertes et la section commentaires ont été codées en utilisant l'analyse de contenu.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Un tableau présente les caractéristiques démographiques des participants, un autre présente les caractéristiques de l'environnement des soins ambulatoires, un troisième tableau concerne la moyenne du nombre de gestion des messages dans le milieu ambulatoire primaire et spécialisé, un quatrième tableau présente les activités des infirmières en soins ambulatoires classées selon leur fréquence. Enfin, le cinquième tableau concerne les résultats rapportés ainsi que leur fréquence.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont interprétés selon la structure du Nursing Role Effectiveness Model. Les principaux résultats sont interprétés à l'aide de la recension des écrits et des travaux de recherches antérieurs.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les données de cette enquête exploratoire sont spécifiques au champ de pratique des RNs en soins ambulatoires. Les résultats fournissent des informations de référence pour l'amélioration de la pratique.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Les chercheurs ne mentionnent pas cet élément.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la	X			Des recherches en lien avec la définition de la gestion des messages, des processus, des résultats des patients et l'impact sur le personnel RN

	pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?				en soins ambulatoires sont recommandées. Les recherches futures pourraient révéler les bonnes pratiques liées à la gestion des messages, ainsi que les activités et les résultats uniques aux populations de soins spécialisées.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien écrit, tous les chapitres devant figurer dans un article scientifique sont présents et bien décrits. Ceci permet une transparence et une analyse minutieuse du contenu.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			La preuve de cette étude exploratoire soutient la pertinence de l'évaluation et de la surveillance dans la pratique quotidienne des RNs. Cela aide aussi à définir les contributions uniques des RNs, comme l'évaluation et la surveillance, qui ne font pas partie du champ de pratique d'un aide infirmier ou d'un médecin assistant. Les connaissances amenées par cette étude ont le potentiel d'améliorer la qualité des soins ambulatoires dans le milieu communautaire. Dans l'ensemble, cette preuve fournit un soutien pour des initiatives d'amélioration clinique dans le but de démontrer le rôle complexe du personnel infirmier enregistré en soins ambulatoires au sein d'un système de santé en constante évolution et nécessitant des praticiens exerçant à pleine portée, leurs compétences et leurs connaissances.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T. & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. <i>International Journal of Nursing Practice</i> , 18, 501-508.
Résumé	<p>Le raccourcissement des séjours hospitaliers présente de nouveaux défis pour les infirmières. Le but de cette étude était de décrire le niveau d'auto-évaluation des compétences des infirmières finlandaises dans le cadre de la chirurgie ambulatoire. C'est une étude descriptive transversale. Les données ont été recueillies sur un ordinateur en utilisant l'échelle des compétences infirmières (NCS). La méthode statistique a été utilisée pour les analyses. Le niveau d'auto-évaluation des compétences infirmières variait de modéré à excellent en lien avec la fréquence d'utilisation des compétences. Une relation statistique significative a été trouvée entre le niveau de compétences et l'âge, l'expérience, la rotation au travail et le poste permanent. Les résultats indiquent que les compétences essentielles sont l'éducation centrée sur le patient, d'assurer le bien-être et la sécurité de ce dernier. Les interventions de gestion peuvent permettre l'augmentation des compétences en soins infirmiers dans ce domaine.</p> <p>Mots-clés : la chirurgie ambulatoire, les compétences, les études d'évaluation, l'échelle des compétences infirmières (NCS), le développement professionnel</p>
Introduction Enoncé du problème et objectif	<p>L'expansion rapide de la chirurgie ambulatoire a été permise grâce aux progrès médicaux, au développement des technologies minimalement invasives, aux techniques anesthésiques modernes, au développement de la gestion de la douleur postopératoire et des antiémétiques. La chirurgie ambulatoire est un moyen sûr et rentable de fournir des soins aux patients. Partout dans le monde, le délai du séjour à l'hôpital varie entre 12h et 24h. Le développement de la chirurgie ambulatoire amène des contacts plus courts avec les patients, imposant de nouvelles demandes au niveau des compétences infirmières telles que l'éducation et la fourniture d'informations. Il est nécessaire de reconsidérer le rôle infirmier. Il est essentiel d'évaluer les compétences infirmières afin de savoir si celles-ci sont utilisées adéquatement, dans le but de pouvoir assurer la sécurité et la qualité des soins aux patients.</p> <p>Le but de cette étude était de décrire comment les infirmières évaluent leurs compétences et leurs utilisations effectives dans le cadre de la chirurgie ambulatoire en utilisant l'échelle des compétences infirmières (NCS).</p>

Recension des écrits	Le rôle infirmier en chirurgie ambulatoire se concentre souvent sur la sécurité et sur l'efficacité des soins. Cela exige que les infirmières soient capables d'évaluer l'état de préparation des patients pour la chirurgie ambulatoire. L'importance de fournir une information efficace et la préparation psychologique des patients sont mises en évidence dans des études antérieures. La capacité à évaluer un patient rapidement et à répondre aux besoins individuels dans un court laps de temps est essentielle. Les infirmières doivent avoir des compétences en matière de communication et de coordination pour maintenir la dignité des patients et pour établir des relations interpersonnelles. Le temps de contact limité en ambulatoire peut entraîner des problèmes de communication, d'éducation et d'information dans le développement de la relation infirmière-patient. L'évaluation des compétences ne peut pas être séparée du contexte clinique dans lequel les décisions sont prises.
Cadre théorique ou conceptuel	On peut supposer que la communication et l'empowerment sont des concepts de l'article.
Hypothèses	Il n'y pas d'hypothèse dans cet article scientifique.
Méthodes Devis de recherche	C'est une étude descriptive transversale.
Population et contexte	L'échantillon était composé d'infirmières travaillant dans six unités de chirurgie ambulatoire et dans six hôpitaux universitaires en Finlande. Seules 84 infirmières ont répondu au questionnaire. Les données ont été recueillies à l'aide de questionnaires électroniques, parce que c'était un moyen économique et écologique de recueillir les données.
Collecte des données et mesures	<p>Les procédures</p> <p>Le recrutement des participants s'est fait du mois d'avril au mois de mai 2008. Toutes les infirmières employées dans les unités de chirurgie ambulatoire ont reçu un questionnaire électronique contenant une feuille démographique et les questions d'évaluation NCS. Les variables démographiques comprennent l'âge, les années d'expérience de travail, la rotation de travail (par exemple entre la chirurgie ambulatoire et les cliniques de soins ambulatoires, salle d'opération ou unités d'hospitalisation) et la position de travail (permanente ou non permanente). De plus, le niveau de motivation, les facteurs favorisant le développement professionnel et les possibilités de participer à la prise de décision dans l'unité ambulatoire ont été demandés. Le but de l'étude et le caractère volontaire de la participation ont été expliqués aux répondants.</p> <p>L'instrument</p> <p>Le NCS est un instrument à 73 items permettant d'examiner les compétences infirmières. Il contient 7 catégories de</p>

	<p>compétences : le rôle d'aide, l'enseignement et le coaching, les fonctions diagnostiques, la gestion de situations, les interventions thérapeutiques, assurer la qualité et les tâches liées aux compétences du rôle infirmier. La fréquence d'utilisation des compétences dans la pratique clinique a été indiquée sur une échelle à 4 points, (0 = pas applicable dans mon travail, 1 = utilisée que très rarement, 2 = utilisée occasionnellement, 3 = utilisée très souvent dans mon travail). Le niveau de compétences est rapporté par l'interprétation de la qualité des actions dans les 4 niveaux de l'échelle visuelle analogique (VAS), les valeurs 0-25 représentent un faible niveau de compétences, (VAS) > 25-50 un assez bon niveau de compétences, (VAS) > 50-75 un bon niveau de compétences et (VAS) > 75-100 un très bon niveau de compétences.</p> <p>L'instrument NCS a été utilisé dans de nombreuses études en Finlande et à l'étranger. L'instrument NCS a été jugé valide et fiable dans différents contextes de soins.</p>
Déroulement de l'étude	Il n'y pas d'explication quant au déroulement plus précis de l'étude.
Résultats Traitement des données	<p>L'analyse des données</p> <p>Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS pour Windows 14.0. Les fréquences et les pourcentages ont été utilisés pour décrire les variables démographiques. Les moyennes et les écarts-types ont été utilisés pour décrire les variables de niveau de compétences. Les pourcentages ont été utilisés pour décrire l'utilisation réelle des compétences. Les sommes des variables ont été classées en 7 catégories de compétences. La relation entre la compétence professionnelle et les variables démographiques a été examinée avec les tableaux croisés, le test-U de Mann-Whitney et le test de Kruskal-Wallis. La statistique significative a été fixé à $P < 0,05$. La cohérence interne des catégories a été analysée en calculant le coefficient α de Cronbach.</p>
Présentation des résultats	<p>Les données démographiques</p> <p>84 questionnaires ont été retournés et le taux de réponse était de 59%. 38% des infirmières qui ont répondues étaient des femmes âgées entre 40 et 49 ans. Elles étaient spécialisées en chirurgie (51,2%) et avaient travaillé comme infirmière depuis plus de 15 ans (52,4%). 44% des infirmières avaient une expérience de travail dans les soins de chirurgie ambulatoire d'une durée de 4 à 9 ans. 29% des infirmières travaillaient dans plusieurs unités. 84% (n=24) des infirmières effectuant des rotations travaillaient en salle d'opération, 20% dans les cliniques de soins ambulatoires et 12% dans des unités hospitalières. 88% des infirmières avaient un poste permanent de travail. 94% des infirmières étaient motivées à travailler dans les soins infirmiers ambulatoires et sentaient qu'elles étaient en mesure d'influencer leur propre travail (85%). 66% des infirmières estiment pouvoir influencer le fonctionnement des procédures. Plus de 60% des infirmières décrivent que le travail d'équipe multi professionnelle et que le fait d'effectuer différentes tâches au sein de l'unité leur ont permis d'augmenter dans leur développement professionnel. 42% des</p>

infirmières ont estimé que la rotation entre la chirurgie ambulatoire et d'autres unités permet un développement professionnel. Cependant, 27% estiment que ceci n'a presque pas amélioré leur développement professionnel ou ne l'a pas du tout amélioré. Plus de 70% des infirmières estiment que leur développement professionnel a été amélioré par la diffusion d'informations entre collègues et par l'auto-éducation.

Niveau actuel et utilisation des compétences

Les infirmières ont évalué leur niveau de compétences comme étant bon (moyenne VAS à 57.4). Les niveaux de compétences dans les 7 catégories allaient de 51,5 à 64,6 VAS (tableau 1). Les infirmières s'évaluent comme étant plus compétentes dans les tâches relatives aux catégories du rôle d'aide, de gestion des situations, de l'enseignement et de l'encadrement. Le plus bas niveau de compétences a été obtenu dans les catégories d'interventions thérapeutiques et dans l'assurance de la qualité. Les infirmières se considéraient comme plus compétentes dans la maîtrise du contenu de l'éducation au patient, dans la reconnaissance du temps favorable et dans la fourniture d'une guidance individuelle (tableau 2). Les infirmières se sentaient plus compétentes dans l'analyse du bien-être du patient, dans la hiérarchisation des activités d'une manière souple, dans le fait d'agir de manière appropriée dans les situations d'urgence, dans la planification de leurs propres actions et dans la prise de décision concernant les soins, tout en prenant en compte la situation particulière du patient. Les infirmières s'évaluent comme étant engagées dans la philosophie de soins, estiment fournir des soins éthiques, considéraient leur identité professionnelle comme une ressource et reconnaissent leurs limites (VAS moyen variait entre 76,7 et 84,7). Les plus bas niveaux de compétences étaient l'évaluation des résultats de l'éducation du patient avec l'équipe de soins ou avec les proches des patients, la délégation des tâches et l'utilisation des résultats de la recherche ou dans la proposition de sujets de recherche et de développement. Les infirmières s'évaluent comme étant moins compétentes dans le leadership d'équipe, dans l'enseignement aux étudiants, dans l'élaboration de plans de soins interdisciplinaires et dans l'organisation de séances de débriefing. Le niveau de compétences autoévalué par les infirmières variait de modéré à excellent selon la fréquence accrue de l'utilisation des compétences.

Il y avait une relation positive entre les données démographiques et le niveau d'auto-évaluation des compétences infirmières (Tableau 3). Les infirmières de plus de 50 ans ont évalué leurs compétences de manière significativement plus élevée dans les catégories des situations de gestion, d'assurance de la qualité, du rôle professionnel et des fonctions diagnostic. Les infirmières ayant plus de 10 ans d'expérience ont évalué leurs compétences significativement plus élevées dans les catégories de gestion des situations, du rôle d'aide, d'assurer la qualité des soins et leur rôle professionnel. Les infirmières qui pivotent entre l'unité de chirurgie ambulatoire et d'autres unités ont évalué leur niveau de compétences comme étant significativement plus élevé que les autres dans les catégories de gestion des situations et dans la garantie d'assurer la qualité.

<p>Discussion</p> <p>Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Les données ont montré que les infirmières expérimentées considéraient leur niveau global de compétences comme étant bon. Cependant, le niveau d'auto-évaluation des compétences infirmières variait de modéré à excellent avec la fréquence d'utilisation des compétences. La plupart des infirmières s'évaluaient comme étant compétentes dans les catégories du rôle d'aide, de la gestion des situations et de l'enseignement et de coaching.</p> <p>Dans la catégorie du rôle d'aidant, les infirmières considèrent avoir fourni des soins éthiques et conformes à la philosophie de soins de l'établissement.</p> <p>Une bonne gestion des situations est essentielle pour la gestion du flux des patients et la sécurité des soins dans les hôpitaux des séjours de courte durée. Assurer la sécurité des patients est l'objectif principal des soins infirmiers périopératoires, qui se caractérise par une culture de la prévention et de la protection.</p> <p>Un certain déséquilibre entre les attentes des patients et l'information reçue a été démontré. Des études antérieures suggèrent que l'accent doit d'avantage être mis sur l'amélioration des compétences en communication ainsi que sur l'information donnée et sur le soutien psychologique. Dans cette étude, les infirmières se considéraient comme moins compétentes dans la reconnaissance des besoins éducatifs et psychologiques des proches. Ceci pourrait être dû au fait que l'enseignement et l'encadrement en milieu ambulatoire sont surtout orientés vers le patient. Cependant, la présence et le soutien des membres de la famille dans les soins ambulatoires sont considérés comme importants.</p> <p>Le perfectionnement professionnel en chirurgie ambulatoire était dans cette étude très encouragé par la diffusion d'informations entre collègues, l'auto-éducation et le travail interdisciplinaire. Cela est soutenu par des précédents résultats indiquant que la relation entre les infirmières travaillant dans le bloc opératoire est favorable et basée sur la confiance mutuelle et la coopération. Les compétences favorisent la collaboration entre les infirmières et les autres membres de l'équipe afin d'élargir et d'intégrer de nouvelles connaissances et compétences dans leur pratique.</p> <p>Le climat organisationnel peut avoir une influence positive sur les compétences en soins infirmiers. La rotation entre les différentes fonctions de l'unité de chirurgie ambulatoire favorise le développement professionnel.</p> <hr/> <p>Limitations</p> <p>Les limitations concernent la validité et la fiabilité de l'étude. L'évaluation est toujours de nature subjective. Les facteurs culturels ou environnementaux limitent la généralisation des résultats. La généralisation des résultats est une limite en raison de la petite taille de l'échantillon.</p> <hr/> <p>Conclusion et recommandations pour la pratique infirmière</p> <p>Les résultats ont indiqué que les infirmières en ambulatoire montrent des compétences dans l'éducation des patients, la gestion</p>
---	---

	<p>des situations qui évoluent rapidement et dans l'aide aux patients à faire face à l'hospitalisation de courte durée. Ces compétences sont essentielles pour soutenir l'empowerment des patients en chirurgie ambulatoire, la gestion du flux des patients et pour fournir des soins sécuritaires. Il est nécessaire d'améliorer l'éducation des patients et de se centrer sur la famille, pour leur permettre de gérer adéquatement la maladie à domicile.</p> <p>Il faut insister d'avantage sur les compétences des infirmières à reconnaître les besoins psychologiques ou éducatifs de la famille. L'amélioration des compétences infirmières est nécessaire pour évaluer la qualité des soins et pour élaborer des programmes de gestion de qualité. Les interventions de gestion peuvent être ciblées sur la promotion des compétences en soins infirmiers dans l'éducation centrée sur le patient et dans l'assurance de son bien-être et de sa sécurité.</p>
Perspectives futures	D'autres études sont nécessaires pour aborder la relation entre les compétences en soins infirmiers et les résultats des patients.

**Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative**

Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T. & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies.
International Journal of Nursing Practice, 18, 501-508.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de saisir le problème de recherche.
Auteurs, journal	-Validité ?	X			Les quatre auteurs de l'article ont un doctorat dans le domaine de la santé. L'article a été publié dans l'« International Journal Of Nursing Praticice », qui est un journal valide et fiable.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Les différentes parties ne sont pas clairement mentionnées dans le résumé. On peut supposer ou se situe le but, la méthode et les résultats.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Le problème de recherche est clairement énoncé. Le rôle infirmier doit être adapté au raccourcissement des hospitalisations en chirurgie ambulatoire. Les raisons du raccourcissement des séjours hospitaliers sont expliquées dans l'introduction.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La recension des écrits résume les connaissances actuelles sur le sujet étudié. De plus, peu d'études ont été faites dans le domaine.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?			X	Il n'y a pas de théorie et de concept clairement décrit mais on peut supposer que la gestion de l'information, la communication et l'empowerment sont des concepts.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles		X		Il n'y pas d'hypothèse clairement formulée dans cet article scientifique.

	clairement formulées ?				
	-Décourent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		Il n'y pas d'hypothèse clairement formulée dans cet article scientifique.
Méthodes					
Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			C'est une étude quantitative de devis descriptive transversale.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			La description de l'échantillon est claire. 84 infirmières ont répondu au questionnaire et participent à l'étude.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?			X	Les auteurs disent que l'échantillon est de petite taille par rapport au contexte de la recherche.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			L'instrument des compétences infirmières (NCS) est décrit et a été jugé valide et fiable dans différents contextes de soins. L'instrument NCS a été utilisé dans de nombreuses études en Finlande et à l'étranger.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Les variables sont décrites dans l'article. Les fréquences et les pourcentages ont été utilisés pour décrire les variables démographiques. Les moyennes et les écarts-types ont été utilisés pour décrire les variables de niveau de compétences et les pourcentages ont été utilisés pour décrire l'utilisation réelle des compétences.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	Les mesures éthiques ne sont pas clairement abordées. Les participants ont reçu le questionnaire et ont pu décider à ce moment-là s'ils donnaient leur accord pour participer à l'étude. Peu d'informations sont données sur l'éthique dans cet article.

Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			X	Des analyses statistiques ont été entreprises pour évaluer les compétences infirmières et pour savoir comment les infirmières autoévaluent leurs compétences. Il n'y pas d'hypothèse dans cette étude.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés de manière claire et précise. Les résultats figurent également dans les différents tableaux. Le premier tableau montre l'auto-évaluation des infirmières en lien avec leur niveau de compétences. Le deuxième tableau montre que les infirmières évaluent leurs compétences et leurs tâches entrant dans les catégories du rôle d'aide, de gestion des situations, de l'enseignement et de l'encadrement. Dans le tableau 3, c'est la relation entre les facteurs de fond et le niveau de compétences autoévalué des infirmières (n=84) qui est montrée.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats sont interprétés avec l'instrument de mesure NCS. Ils sont également mis en lien avec les recherches antérieures.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?	X			Les auteurs disent que les résultats ne peuvent être généralisés à cause de la petite taille de l'échantillon.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les chercheurs expliquent que l'échantillon est de petite taille. L'évaluation est toujours de nature subjective et les facteurs culturels ou environnementaux limitent la généralisation.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs disent qu'il est nécessaire d'améliorer l'éducation des patients et de se centrer sur les familles lors de la courte durée de contact pour leur permettre de gérer adéquatement la maladie à domicile.
Questions	-L'article est-il bien écrit, bien	X			L'article est bien structuré et suffisamment détaillé. De ce fait, il se prête

générales Présentation	structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?				à une analyse critique minutieuse.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Les résultats de cette étude permettent de mettre en évidence la problématique liée aux compétences infirmières nécessaires sur un court laps de temps. Il faudrait refaire une étude avec un échantillon plus grand afin de permettre la généralisation des résultats.

Grille de lecture d'un article scientifique
Approche quantitative

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Haufler, K. & Harrington, M. (2011). Using Nurse-to-Patient Telephone Calls to Reduce Day-of-Surgery Cancellations. <i>AORN Journal</i> , 94 (1), 19-26.
Résumé	<p>Les annulations le jour opératoire sont coûteuses et frustrantes pour le patient et l'équipe de soins. Particulièrement dans le cas de la chirurgie ambulatoire, où il est parfois difficile de replanifier une procédure à court terme. Par la mise en évidence des principales raisons d'annulations, les infirmières d'un centre universitaire de chirurgie ambulatoire en Caroline du Nord ont diminué le taux d'annulation quotidienne de 53% grâce à un appel téléphonique préopératoire. Elles ont également augmenté les scores de satisfaction des patients et l'utilisation de la salle d'opération (OR = operating room). Une infirmière téléphonait au patient trois jours ouvrables avant sa chirurgie, en utilisant un script pour la communication d'informations préopératoires importantes et pour répondre à ses questions. Elle rapporte ensuite les nouvelles informations ou préoccupations, à la clinique de planification, à l'équipe d'anesthésie ou au chirurgien. Ces appels ont diminué de manière significative les annulations liées à la non-présentation du patient (« no-show » = NS, signifie que le patient n'est pas venu et n'a donné aucune explication), au non-respect des exigences NPO (= nihil per os, signifie que le patient doit être à jeun) et à l'absence d'un adulte responsable de ramener le patient à la maison.</p> <p>Mots-clés : chirurgie ambulatoire, annulation le jour de la chirurgie, appels téléphoniques préopératoires</p>
Introduction Enoncé du problème et objectif	Les annulations imprévues le jour de la chirurgie sont coûteuses et frustrantes pour les patients et les membres de l'équipe. Les annulations ont souvent lieu après que le patient soit arrivé au centre de chirurgie ambulatoire (ASC), entraînant des coûts pour le patient et sa famille, une perte salariale d'un jour, des coûts de transport et de la perte de temps. Ceci entraîne des coûts pour l'équipe de soins, l'incapacité de facturer du temps en salle d'opération, la nécessité de stériliser l'équipement déjà ouvert et engendre des heures de non-productivité pour les membres de la salle d'opération, l'équipe d'anesthésie, ceux de la salle de réveil, les infirmières de l'unité de soins, les techniciens chirurgicaux et les aides soignants. Dans le but de diminuer le nombre d'annulations, les infirmières ont trouvé un moyen d'éduquer les patients sur les politiques préopératoires et sur la préparation nécessaire durant un appel préopératoire.
Recension des	Les appels téléphoniques sont efficaces pour identifier les problèmes potentiels susceptibles de provoquer une annulation de

écrits	dernière minute. Les auteurs ont analysé 2480 procédures sur trois mois et ont constaté que la raison la plus courante d'annulation le jour de la chirurgie était la non-présentation du patient causée par un problème de communication. Des auteurs ont trouvé que 80% des annulations le jour opératoire dans un hôpital universitaire n'étaient pas liées à des raisons médicales. Les preuves indiquent que la communication entre l'équipe soignante et le patient avant la chirurgie peut éliminer certaines causes d'annulations.
Cadre théorique ou conceptuel	Ils ne sont pas mentionnés, mais peuvent être supposés : l'enseignement et l'information aux patients.
Hypothèses	Aucune hypothèse n'est formulée dans cette étude.
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche n'est pas mentionné.
Population et contexte	Le centre universitaire de chirurgie ambulatoire du Nord de la Caroline pratique en moyenne 360 interventions par mois. Au moment où la procédure est programmée, le patient reçoit la date et une brochure avec des instructions générales concernant la chirurgie. 18 mois avant le début du projet, 6564 procédures ont été examinées, avec 395 annulations le jour de la chirurgie ambulatoire.
Collecte des données et mesures	Au centre universitaire de chirurgie ambulatoire, l'infirmière recueille les données sur les raisons des annulations et identifie que trois des dix principales raisons étaient liées à l'enseignement aux patients en préopératoire : la non-présentation (« no-shows »), la non-compliance aux exigences NPO (nihil per os) et l'absence d'un adulte responsable de ramener le patient chez lui. Dans le but de réduire les annulations, les infirmières ont initié un projet pour éduquer les patients sur les politiques préopératoires et pour les préparer lors d'un appel préopératoire. Les infirmières utilisaient un script pour expliquer aux patients l'importance et les raisons des restrictions ainsi que la probabilité que l'opération soit annulée si les règles ne sont pas suivies à la lettre. L'infirmière rapporte ensuite toute nouvelle information ou besoin particulier du patient, à la clinique de planification ou à l'équipe pluridisciplinaire. Les catégories représentant les raisons d'annulations sont les suivantes : <ul style="list-style-type: none"> • NS (no-show) : le patient n'est pas venu pour sa chirurgie et n'a fourni aucune explication. • NPO : le patient avait ingurgité de la nourriture solide dans les 8h avant la chirurgie, des liquides non clairs dans les 6h avant la chirurgie ou des liquides clairs dans les 2h avant l'intervention.

	<ul style="list-style-type: none"> • RA : le patient n'était pas accompagné d'un adulte responsable de conduire le patient à domicile. • SICK : le patient, un membre de sa famille ou le chirurgien étaient malades, hospitalisés ou décédés. La maladie était inattendue et le patient a été jugé trop malade pour la chirurgie. • CL : la clinique de planification n'a pas retiré le patient du programme opératoire, alors qu'il avait appelé la clinique pour annuler ou reporter l'opération. • SNN : la chirurgie n'était pas nécessaire selon l'appréciation du chirurgien à l'examen préopératoire (fausse couche ayant été achevée à domicile, kystes qui se sont dissous, etc.). • ASC : le patient avait une condition (IMC supérieur à 35 kg/m², une intubation difficile connue, ou une classification de IV au statut physique de la Société Américaine d'Anesthésiologie) empêchant la procédure d'être pratiquée au centre de chirurgie ambulatoire (ASC). • NT : à cause d'une procédure précédente ayant pris plus de temps que prévu, il n'y avait plus assez de temps pour pratiquer la chirurgie programmée. • WU : le patient avait besoin d'examen médicaux supplémentaires. Par exemple, un patient qui signale des douleurs thoraciques à l'effort sans avoir vu un cardiologue. • OR : l'équipement de la salle d'opération est cassé, les implants ou les équipements manquaient. • WE : les intempéries empêchent l'arrivée du personnel ou du patient pour la procédure. • \$: le patient a des problèmes financiers ou d'assurance. • REF : le patient a refusé la chirurgie. • UN : la raison est inconnue. Par exemple, un membre du personnel peut transmettre que le patient a appelé et a annulé sans donner de raison et le patient n'a pas pu être atteint à nouveau. • OT : d'autres raisons qui ont eu lieu trois fois en deux ans (le cas d'un détenu qui avait une audience le jour de sa chirurgie, le cas d'une mineure de 17 ans dont les parents étaient à l'étranger et n'ont pas pu consentir à l'intervention et le cas d'un chirurgien qui avait été appelé pour un traumatisme dans le secteur des urgences).
Déroulement de l'étude	<p>L'infirmière avait pour objectif de diminuer les annulations ayant pour cause la non-présentation du patient (NS), le non-respect des exigences NPO et le manque d'un adulte responsable pour accompagner le patient à domicile (RA). Ces trois facteurs ont été ciblés car ils peuvent être influencés par l'enseignement.</p> <p>Le directeur clinique et l'infirmière responsable préopératoire ont initié une politique requérant une infirmière graduée (RN =</p>

registered nurse) pour appeler les patients trois jours ouvrables avant leur chirurgie programmée en vue de les éduquer. La RN était aussi responsable de transmettre les informations ou les besoins particuliers identifiés au cours de l'appel aux membres de la clinique de planification, de l'équipe d'anesthésie, ou au chirurgien. Les infirmières et les secrétaires ont participé à un programme afin d'apprendre le but et le processus des appels. Tous les scripts sont conservés dans un registre avec les numéros de téléphone des patients et le programme opératoire.

Non-présentation

Pour diminuer le nombre d'annulations en lien avec la non-présentation des patients, une infirmière a confirmé leurs connaissances à propos de la date et du lieu de leur chirurgie grâce à l'appel des trois jours avant la chirurgie. La RN avertit les patients que le secrétariat les appellera un jour ouvrable avant leur chirurgie pour vérifier l'heure exacte de leur arrivée. Beaucoup d'annulations ont été ainsi prévenues, car les patients avaient l'occasion de dire à l'infirmière s'ils avaient un empêchement à une certaine date ou durant un certain laps de temps. Beaucoup de patients ont également pu informer l'infirmière au sujet d'un changement dans leur état de santé, de problèmes antérieurs liés à l'anesthésie et de problèmes financiers. Parfois, l'infirmière appelait un patient, qui indiquait qu'il avait annulé ou reporté la procédure en appelant la clinique, alors que la procédure n'était pas annulée sur le programme informatisé du bloc opératoire. La RN avait un protocole à suivre pour aviser les cliniques, les chirurgiens, les anesthésistes et les planificateurs du bloc opératoire au sujet des demandes du patient et de ses besoins.

Statut NPO

Pour diminuer les annulations liées au non-respect des exigences NPO, l'infirmière en suivant le script, explique en détail quelle nourriture et boisson ne sont pas autorisées et quand. Elle mentionne la raison de la restriction, en expliquant qu'il n'était pas prudent d'avoir de la nourriture ou d'autres liquides dans l'estomac avec l'anesthésie et que la conséquence du non-respect de cette restriction serait une prolongation du délai ou une annulation de la chirurgie. Les patients étaient encouragés à écrire ces informations.

Présence d'un adulte responsable

Pour diminuer le nombre d'annulations lié à l'absence d'un adulte responsable, l'infirmière a expliqué au patient qu'il devait avoir avec lui un adulte âgé de plus de 18 ans, pouvant rester à l'ASC toute la durée de la prise en charge et capable de le reconduire à la maison. Elle demandait ensuite si ceci lui posait problème. Pour finir, elle informait le patient que s'il n'avait pas un adulte avec lui à l'ASC, la chirurgie ne pourrait pas avoir lieu.

<p>Résultats Traitement des données</p>	<p>18 mois avant le commencement du projet, 395 des 6564 patients programmés ont annulé leur chirurgie le jour opératoire (6.01%). Six mois après le début du projet, 94 des 2124 patients programmés ont annulé leur chirurgie le jour opératoire (4.43%). Le projet a permis une diminution significative des annulations. 18 mois avant le projet, 155 des 6564 patients programmés ont annulé leur chirurgie (2.36%) pour une de ces raisons (NS ; NPO ; RA). 6 mois après le début du projet, 28 des 2124 patients programmés ont annulé leur chirurgie (1.32%) pour une de ces raisons (NS ; NPO ; RA). Les auteurs ont utilisé un test z à deux proportions pour déterminer si la différence de proportions (1%) à l'erreur-type (.006) résulte en un test statistique significatif à $P = <.05$ ($z = 2.91$, $P = .004$) (tableau 3).</p>
<p>Présentation des résultats</p>	<p>Les résultats ont montré une diminution du nombre d'annulations de 54% dues aux causes spécifiques ciblées dans les appels (NS, NPO, RA), par rapport à l'année précédente. Le nombre total de procédures annulées a chuté d'une moyenne de 132 en 6 mois avant l'appel des 3 jours, à 94 en 6 mois après le commencement de l'appel des trois jours.</p> <p>Au cours de l'année précédente, le taux moyen d'annulation par jour était de 1.5 patient. Après le commencement de l'appel des trois jours, le taux d'annulation par jour a diminué de 53.3%, soit à 0.8 patient par jour. De plus, l'utilisation et la productivité du bloc opératoire ont augmenté, tout comme la satisfaction des patients.</p> <p>Avant l'appel des trois jours, la NS était la cause la plus fréquente des annulations. Cependant, après le commencement des appels téléphoniques, la NS a chuté à la deuxième place (tableau 1). La troisième cause la plus fréquente des annulations était le non-respect des exigences NPO, mais après l'introduction de l'appel des trois jours, le non-respect des exigences NPO chute à la cinquième place. Le problème de l'absence d'un adulte responsable chute de la septième à la neuvième cause la plus fréquente. Ce projet a fait économiser au centre de chirurgie ambulatoire environ 102'983\$, parce que le taux d'annulation a été diminué de 1.6%.</p>
<p>Discussion Intégration de la théorie et des concepts</p>	<p>Après la mise en place de l'éducation infirmière des patients au moyen d'un court appel téléphonique trois jours avant la chirurgie, le nombre et le pourcentage des annulations le jour opératoire ont considérablement diminués et l'utilisation du bloc opératoire a augmenté de 72.4% à 75.8%. Les scores de satisfaction des patients ont augmenté 89% à 94%.</p> <p>Les annulations dans la catégorie « ne convient pas au ASC » auraient pu être diminuées si l'infirmière responsable des appels avait consacré du temps à l'examen du dossier du patient avant l'appel des trois jours. Elle aurait ainsi pu discuter avec l'anesthésiste des facteurs pertinents retrouvés dans le dossier avant de réaliser l'appel préopératoire et aurait pu aussi poser au patient les questions médicales spécifiques pour clarifier les situations susceptibles de conduire à une annulation de la chirurgie.</p> <p>Il n'y a aucun bénéfice à l'annulation d'une procédure chirurgicale à la dernière minute en particulier dans un centre de chirurgie ambulatoire indépendant, où il n'y a pas d'autre patient pour combler l'emplacement vide sur le programme opératoire. Les</p>

	auteurs ont trouvé que la plupart des annulations le jour opératoire n'étaient pas liées à une condition médicale, mais plutôt à des questions d'éducation du patient. Les scripts et les appels téléphoniques par les infirmières sont des moyens efficaces de communiquer aux patients les raisons des restrictions préopératoires et les conséquences du non-respect de ces restrictions.
Perspectives futures	Il n'y pas de proposition de recherches futures.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative

Haufler, K. & Harrington, M. (2011). Using Nurse-to-Patient Telephone Calls to Reduce Day-of-Surgery Cancellations. *AORN Journal*, 94 (1), 19-26.

Aspects du rapport	Questions	oui	Non	Peu clair	Commentaires
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de saisir le problème de recherche.
Auteurs, journal	-Validité ?	X			Le journal AORN est fiable et valide. Les auteurs travaillent dans un établissement de chirurgie ambulatoire en tant que directeur clinique ou en tant que manager.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.) ?	X			Malgré que les parties : introduction, objectif, méthode et résultats ne soient pas énoncées clairement dans le résumé, celui-ci expose une synthèse de l'étude et de ces différentes parties.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Les auteurs soulèvent que les annulations de la chirurgie le jour opératoire engendrent de nombreuses conséquences négatives pour le patient et sa famille ainsi que pour tout le personnel médical et paramédical impliqué autour de l'intervention.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			La littérature mentionne que les appels téléphoniques ont été identifiés comme efficaces en tant qu'évaluation de base pour relever les problèmes potentiels qui pourraient provoquer une annulation de dernière minute. La recension des écrits met en évidence les principales causes d'annulations ainsi que le déficit existant dans l'information préopératoire des patients.

Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Ils ne sont pas mentionnés, mais peuvent être supposés : l'enseignement et l'information aux patients.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?		X		Aucune hypothèse n'est formulée. Dans le but de réduire les annulations, les infirmières ont initié un projet pour éduquer les patients sur les politiques préopératoires et pour les préparer durant un appel préopératoire.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?		X		Il n'y pas d'hypothèse dans cette étude.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?			X	Le devis de recherche n'est pas mentionné.
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?			X	L'appel téléphonique des 3 jours préopératoires a été appliqué à tous les patients venant subir une chirurgie dans le centre ambulatoire pendant le temps qu'a duré l'étude (tout âge, genre, race, pathologie et interventions confondus). Il n'y avait pas de critère d'exclusion.
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Les auteurs ont pris en compte tous les patients venant subir une chirurgie au centre ambulatoire durant la durée du projet.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Les infirmières utilisaient un script pour expliquer aux patients l'importance des restrictions, les raisons des règles et la probabilité que l'opération soit annulée si les règles ne sont pas suivies. Les interventions pour chaque catégorie d'annulations ciblée sont décrites.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Pendant deux ans, l'infirmière en préopératoire enregistre le numéro du dossier médical du patient, la date, le nom du chirurgien et la raison de l'annulation de l'intervention chirurgicale. Les raisons d'annulations ont

					été réparties en catégories.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	Trois raisons d'annulations ont été ciblées : la non-présentation du patient, le non-respect des exigences nihil per os et l'absence d'un adulte responsable pour accompagner le patient à domicile. Ces trois raisons ont été ciblées car ce sont les facteurs qui peuvent être le plus facilement influencés par l'enseignement. Les auteurs ont mis en place un système d'appels téléphoniques par des infirmières, trois jours ouvrables avant la chirurgie du patient pour l'informer à l'aide d'un script, à propos des exigences attendues et des conséquences du non-respect de ces exigences en lien avec les trois causes d'annulations ciblées. Les participants à l'étude ont été formés aux appels préopératoires. L'éthique n'est pas mentionnée.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Des analyses statistiques ont été entreprises avec le test z de proportion. Il n'y a aucune hypothèse formulée dans l'étude.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont décrits de manière claire. Il y a deux tableaux présentant les résultats en comparant le taux d'annulation avant la mise en place du projet et après la mise en place de celui-ci. Il y a aussi un tableau qui présente le classement par fréquence des catégories d'annulations.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les auteurs mettent les résultats en lien avec les travaux de Macario en 2006.
	-Les chercheurs abordent-ils la		X		Les auteurs n'abordent pas cet aspect.

	question de la généralisation des conclusions ?				
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Ils disent que les annulations dans la catégorie « ne convient pas au ASC » auraient pu être diminuées si l'infirmière responsable des appels, avait consacré du temps à l'examen du dossier du patient avant l'appel des 3 jours.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Les auteurs mettent en évidence que les scripts et les appels téléphoniques par les infirmières sont des moyens efficaces de communiquer au patient les raisons des restrictions préopératoires et les conséquences du non-respect de celles-ci.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?		X		Les différents chapitres devant figurer dans un article scientifique ne sont pas tous présents. Il n'y a pas de chapitre intitulé « méthode ». Le devis, les hypothèses et les aspects éthiques ne sont pas explicités. L'article dans sa globalité manque de précision et de ce fait, manque de transparence dans la façon de récolter les données et de les analyser.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Si l'article était mieux construit et plus précis, les résultats mis en évidence pourraient être utilisés. En effet, l'étude met en évidence la problématique du manque d'information du patient qui amène à un nombre d'annulations important de chirurgie le jour opératoire. Il serait intéressant et faisable pour les centres de chirurgie ambulatoire de se pencher sur cette problématique et d'instaurer des appels préopératoires pour lutter contre les causes principales des annulations de la chirurgie. Si on en croit les résultats, ceci ferait économiser de l'argent, augmenterait la satisfaction des patients et celle du personnel médical et paramédical impliqués dans l'intervention.