

Table des matières

1. Résumé	3
2. Remerciements	4
3. Déclaration	5
4. Introduction	8
4.1 Problématique	9
4.2 Question de recherche	11
4.3 But de la recherche	11
5. Cadre théorique	12
5.1 Concept de collaboration	13
5.1.1 Définitions	13
5.1.2 Typologie de la collaboration	14
5.1.3 Les caractéristiques de la collaboration	14
5.2 La collaboration interprofessionnelle	15
5.2.1 Définition	15
5.2.2 Déterminants de la collaboration interprofessionnelle	15
5.3 Concept d'interdisciplinarité	17
5.3.1 Définitions	17
5.3.2 Concepts voisins	18
5.3.3 L'équipe interdisciplinaire	19
5.4 Discipline infirmière	20
5.4.1 Définitions	20
5.4.2 Le rôle infirmier	21
6. Méthode	22
6.1 Devis de recherche*	22
6.2 Collecte de données	22
6.3 Sélection des données	23
6.4 Niveaux de preuves	25
6.5 Principes éthiques	25
6.6 Analyse des données	25
7. Résultats	26
7.1 Description de l'étude n°1	26
7.2 Description de l'étude n°2	27
7.3 Description de l'étude n°3	29
7.4 Description de l'étude n°4	31
7.5 Description de l'étude n°5	33
7.6 Description de l'étude n°6	34
7.7 Description de l'étude n°7	37
7.8 Synthèse des principaux résultats	39
8. Discussion	40
8.1 Discussion des résultats	40
8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	42
8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature	43

9. Conclusions	44
9.1 Propositions pour la pratique	44
9.2 Propositions pour la formation	45
9.3 Propositions pour la recherche	46
10. Références bibliographiques	47
11. Annexes	53
11.1 Annexe I : Tableaux de recension.....	53
11.2 Annexe II : Tableau récapitulatif des études	60
11.3 Annexe III : Glossaire de méthodologie	61
11.3 Annexe IV : Référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme	65

4. Introduction

Les infirmières prodiguent des soins de santé dans toutes les structures du système de santé. Elles doivent être considérées comme des professionnelles, pivot du système de santé suisse (Association Suisse des infirmières, ASI, 2012). Cette présence des infirmières et leur base de connaissances scientifiques et cliniques leur permettent de jouer un rôle central dans la qualité et la sécurité des soins aux patients. Les écrits documentent que la sécurité doit être considérée comme une composante de la qualité de soins (Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques, ANQ, 2009). La Classification Internationale pour la Sécurité des Patients (CISP, 2009) définit la sécurité des soins comme « l'ensemble des mesures prises par les autorités publiques, les établissements de soins et des professionnels de la santé visant à réduire l'exposition des patients aux événements indésirables associés aux soins ... ». Les infirmières sont confrontées à la question de la sécurité des patients au quotidien et jouent un rôle vital dans le maintien et la promotion de la sécurité des patients (Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, SIDIIEF, 2015). Elles interviennent pour repérer pro-activement les risques possibles de complications et développer des stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Pour cela, elles doivent rester en alerte permanente pour signaler toute modification de l'état de santé et les comportements des patients. Une approche par l'évaluation clinique permet d'apporter les éléments au médecin pour qu'il puisse planifier des interventions afin de limiter les complications qui peuvent entraver la sécurité des patients. Les complications telles que les infections, les chutes et les escarres sont devenues des préoccupations incontournables liées à la sécurité des patients (SIDIIEF, 2015).

La sécurité des patients n'est pas une activité optionnelle pour les professionnels de la santé, mais un impératif dicté par le code déontologique qui précise qu'elles doivent fournir des « soins sécuritaires, compétents et conformes à l'éthique » (Association des Infirmières et Infirmiers du Canada, AIIC, 2015).

Un manque de statistiques nationales empêche de présenter des chiffres sur les erreurs médicales commises dans le système des soins de santé en Suisse. Malgré cela, des extrapolations d'études américaines montrent que le nombre des victimes d'erreurs médicales en Suisse se situe entre 1000 et 1200 chaque année (Fondation pour la Sécurité des Patients en Suisse, 2003). Aux Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), qui accueillent chaque année près de 47'000 patients, on dénombre en moyenne 125 faits graves portant préjudice aux patients en lien avec les erreurs médicales (Association des Médecins du canton de Genève, 2008). En 2011, lors d'un colloque entre 80 praticiens de

médecine aux HUG sur le thème des erreurs médicales, deux axes de causes d'erreurs ont été identifiés : un manque de collaboration interprofessionnelle et l'imprudence du médecin (HUG, 2011). Cette affirmation clinique académique confirme, que la collaboration interprofessionnelle médico-infirmière est substantielle pour garantir une qualité et une sécurité de soins aux patients.

4.1 Problématique

Au cours des prochaines décennies, l'optimisation de la qualité de soins de santé ne résidera pas uniquement en l'évolution de nouveaux traitements, mais plutôt dans la mise en œuvre de pratiques basées sur des preuves et son implantation dans les processus de soins quotidiens (Pronovost et al., 2006, p. 1599).

Cet intérêt croissant pour optimiser la mise en œuvre des soins de qualité et de sécurité est lié à de multiples facteurs. En raison du vieillissement de notre population, de plus en plus de personnes âgées sont hospitalisées et subissent des interventions chirurgicales complexes et à risque. Ces interventions de soins complexes exigent une surveillance rapprochée. Cette surveillance demande que la collaboration interprofessionnelle soit efficace pour détecter rapidement les complications et les effets adverses des traitements et des interventions.

Les écrits scientifiques documentent que le concept de la collaboration interprofessionnelle médico-infirmière contribue à l'optimisation de la qualité et sécurité des soins avec parfois un effet sur la diminution des coûts dans le système de santé (Kalisch & Tschannen, 2009, p. 798).

Dans une équipe avec une approche interdisciplinaire, le médecin et l'infirmière sont en première ligne. Il est donc impératif que ces deux professions collaborent ensemble. Pourtant cette collaboration n'est pas sans obstacles, autant pour les infirmières que pour les médecins. Une étude observationnelle israélienne menée par Badihi et al. (2003) a montré que la communication interprofessionnelle entre le médecin et l'infirmière représentait uniquement 2% de l'activité journalière des membres de l'équipe soignante. Ensuite, les auteurs rapportent que 37% des erreurs sont en lien avec les activités interprofessionnelles médecin-infirmière. De plus, des relations médecins-infirmières inefficaces ont conduit à une insatisfaction du travail, un manque d'autonomie et parfois même à une mauvaise santé chez les infirmières (Ahern, Bogossian, & Lim, 2010, p. 251). Il est donc important d'instaurer une collaboration efficace dans sa pratique pour le bien-être de soi-même, pour les autres professionnels ainsi que pour les patients et leurs familles.

Les perceptions des problèmes de collaboration sont différentes entre les médecins et les infirmières. Une étude quantitative de Helmreich, Sexton, & Thomas, (2003, pp.61-67) effectuée dans une unité de soins intensifs du Texas, évalue les perceptions de 90 méde-

cins et 230 infirmières et montre que 73% des médecins jugeaient que la qualité de la collaboration et de la communication avec les infirmières était élevée à très élevée, contre seulement 33% de la part des infirmières. Cette étude met en évidence que la qualité de collaboration n'est pas satisfaisante pour la plupart des infirmières.

Dans la considération que la collaboration interprofessionnelle diminue le risque de mortalité évitable, dans une étude quantitative de Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman (1986), une différence significative ($p < 0.0001$) a été rapportée entre le taux de mortalité dans un service de soins aigus et la collaboration médecin-infirmière. L'étude montre également que là où la collaboration médecin-infirmière était meilleure, le taux de mortalité et de morbidité des patients étaient plus bas.

Les médecins et les infirmières ont différentes priorités par rapport aux soins de santé (Chan, Liaw, Tang, & Zhou, 2013). Les infirmières peuvent se sentir contrariées quand les médecins choisissent de ne pas tenir compte de certaines préoccupations importantes qu'elles ont au sujet des patients. Cela peut être expliqué par la différence de connaissances que les médecins et les infirmières possèdent. Les médecins ont la mission principale de diagnostiquer une maladie et de proposer un traitement, utilisant des examens cliniques, biologiques et technologiques, alors que les infirmières doivent observer et évaluer les manifestations cliniques et comportementales des patients en utilisant leurs expériences et les compétences de l'évaluation clinique (Chan, Liaw, Tang, & Zhou, 2013).

La collaboration entre les médecins et les infirmières prend des proportions très importantes dans des unités de soins hospitaliers aigus, où l'on soigne des patients instables. En effet ces unités accueillent des patients avec un pronostic incertain et un état de santé qui peut changer rapidement. Ces situations demandent aux professionnels une capacité de raisonnement extrêmement rapide et de se poser les bonnes questions afin d'adapter le plan d'action à tout moment. Cette collaboration entre les médecins et les infirmières prend alors toute son importance et oblige les professionnels à se transmettre rapidement l'information pertinente.

Il serait particulièrement intéressant d'explorer cette collaboration dans des situations de soins aigus et quelle contribution l'infirmière pourrait avoir dans la qualité de collaboration entre médecin et infirmière. Différentes questions se posent par rapport à ce sujet :

- Quelles sont les facilitateurs et les obstacles à une collaboration efficace médecin-infirmière ?
- Quelles sont les complications dues à une collaboration non efficace ?
- Quel est le rôle infirmier dans la collaboration interprofessionnelle et la détection précoce des complications influençant la sécurité des patients ?

4.2 Question de recherche

La question de recherche, délimitée sur les principes PICOT, est la suivante :

« Quelle est la relation entre la collaboration médecin-infirmière et les complications de santé chez les patients adultes dans des unités de chirurgie et de médecine aiguës ? »

Critères PICOT	Signification	La question de recherche
P	Population	Les patients adultes d'unités de chirurgie et médecine aiguës
I	Intervention	L'intensité / l'efficacité de la collaboration médecin-infirmière
C	comparaison	La faible intensité / efficacité de la collaboration médecin-infirmière
O	Résultats	L'amélioration des complications de santé
T	Temps	En permanence

4.3 But de la recherche

Cette revue étoffée de la littérature a pour but d'identifier l'importance de la collaboration médecin-infirmière sur la détection des complications chez des patients hospitalisés dans une unité aiguë de chirurgie et de médecine. Et dans un deuxième temps, de mettre en évidence les moyens qui peuvent être mis en place pour optimiser cette collaboration avec la finalité d'améliorer la sécurité des patients ainsi que la détection précoce des complications.

5. Cadre théorique

Le cadre théorique fait essentiellement référence au rôle de collaboration de l'infirmière faisant partie du modèle « la pratique infirmière avancée », élaboré par Hamric, Hanson, & Spross (2009).

C'est aux Etats-Unis et au Canada, dans les années 1960, que les premières infirmières de la pratique avancée ont émergé, en réponse à un besoin de santé croissant de la population (Delamaire & Lafortune, 2010).

Le Conseil International des Infirmiers (CII) définit en 2008, la pratique infirmière avancée comme suit :

Une infirmière de pratique avancée est une infirmière diplômée d'Etat ou certifiée qui a acquis les connaissances théoriques, le savoir-faire nécessaire aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique avancée dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Un master est recommandé comme diplôme d'entrée. (Conseil International des Infirmières, 1899)

Hamric, Hanson, & Spross (2009) définissent la pratique infirmière avancée telle que :

« La pratique infirmière avancée est l'application d'une gamme élargie de compétences fondées sur la recherche théorique, pratique et sur des événements vécus par les patients dans le domaine des sciences infirmières » (Hamric, Hanson, & Spross, 2009, traduction libre, p. 78).

Le modèle d'Hamric, Hanson, & Spross (2009) décrit la pratique infirmière avancée par trois critères primaires et sept compétences fondamentales :

Les critères primaires (traduction libre, p.83):

1. L'enseignement supérieur
2. La certification
3. La pratique centrée sur le patient et/ou la famille

Les compétences fondamentales (traduction libre, p.83) :

1. La pratique clinique directe, se réfère aux activités des infirmières qu'elles assument auprès du patient et de son entourage.
2. Expert dans l'encadrement et l'orientation des patients, des familles et d'autres fournisseurs de soins
3. La consultation, auprès des autres professionnels dans le but de partager leurs connaissances et leurs expériences, de collaborer et demander des conseils ainsi que de l'aide.

4. La recherche qui comprend l'interprétation et l'utilisation de données issues de la recherche scientifique et la participation à des projets de recherche.
5. Le leadership au niveau clinique, professionnel et du système
6. La collaboration entre professionnels, patients et leurs proches
7. La prise de décision éthique

Ainsi la collaboration est l'une de compétences fondamentales identifiées par Hamric, Hanson, & Spross (2009). La capacité de collaborer est essentielle si l'avenir de la pratique infirmière avancée est amené à mettre en œuvre des modèles de pratiques interdisciplinaires et d'analyser les problèmes de santé complexes dans un environnement interactif.

Pour cette revue de la littérature étoffée, les concepts de collaboration et d'interdisciplinarité seront des éléments déterminants.

En Suisse, pour être reconnu en tant qu'infirmière de la pratique avancée, il est nécessaire d'être titulaire d'un Master en sciences infirmières (Association Suisse des infirmières, 2012, p. 1). Pour les infirmières de la pratique avancée, il est nécessaire de tenir un registre professionnel actif qui atteste leur développement professionnel en suivant des formations continues et en faisant preuve d'une pratique clinique directe et régulière. Aujourd'hui, les filières d'études de Master en sciences infirmières à Bâle, Berne, Lausanne, St-Gall et Winterthur préparent les infirmières à devenir une infirmière de la pratique avancée (ASI, 2012, p. 4).

5.1 Concept de collaboration

5.1.1 Définitions

La collaboration est définie comme « travailler avec d'autres à une œuvre commune » (Larousse, 2007). Hamric, Hanson, & Spross (2009) ont défini la collaboration telle que :

La collaboration est un processus dynamique et interpersonnel dans lequel deux ou plusieurs personnes font un engagement l'une envers l'autre pour interagir de manière authentique et constructive pour résoudre les problèmes et pour apprendre l'un de l'autre afin d'atteindre des objectifs identifiés. (Hamric, Hanson, & Spross, 2009)

Cette définition implique le partenariat, des valeurs partagées, de l'engagement, des objectifs et des différences d'opinions et d'approches.

Hamric, Hanson, & Spross (2009) affirment que la collaboration est un processus qui évolue au fil du temps.

Pour D'Amour (1997) la collaboration est :

Faite d'un ensemble de relations et d'interactions qui permettent ou non à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience, leurs habiletés pour les mettre, de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien des clients. (D'Amour, 1997)

5.1.2 Typologie de la collaboration

Pour Hamric, Hanson, & Spross (2009, p. 284), la collaboration est pratiquée sur quatre niveaux : le niveau individuel, le niveau de groupe/équipe, le niveau politique organisationnel et le niveau mondial. La collaboration au niveau individuel est le premier domaine dans lequel la collaboration est pratiquée. Les infirmières collaborent avec les patients pour établir et modifier des objectifs de soins et identifient les obstacles à l'atteinte de ces objectifs.

Le niveau de groupe correspond aux équipes de soins et le niveau politique organisationnel correspond aux forces politiques qui façonnent l'organisation des soins et exige des infirmières de participer activement à la collaboration. Au niveau mondial, la collaboration correspond à l'alliance entre différentes organisations de santé (Hamric, Hanson, & Spross, 2009, traduction libre).

Dans cette revue de la littérature étoffée, la collaboration se concentre essentiellement sur le niveau de groupe/équipe.

5.1.3 Les caractéristiques de la collaboration

Hamric, Hanson, & Spross (2009, p. 287) ainsi que Baggs & Schmitt (1997) et Baggs, et al. (1999) identifient plusieurs caractéristiques essentielles pour une collaboration efficace : La compétence clinique et la responsabilisation, le but commun, les compétences interpersonnelles et la communication efficace, y compris l'affirmation de soi, la confiance, le respect mutuel, la reconnaissance et la valorisation de la diversité des connaissances et des compétences complémentaires ainsi que l'humeur.

Beaulieu, D'Amour, Ferrara-Videla, & San Martin Rodriguez (2005) décrivent les caractéristiques de la collaboration à travers cinq concepts :

Le partage : Le processus de collaboration demande un partage des responsabilités, des prises de décisions, des valeurs, des données à disposition ainsi que les interventions

Le partenariat : Le partenariat fait référence à des relations collégiales, authentiques et constructives, une communication ouverte et honnête, une confiance mutuelle, du res-

pect, la conscience et la valorisation de la contribution des autres professionnels et la poursuite des buts communs.

Le pouvoir : Le pouvoir doit être partagé et être basé sur la connaissance et l'expérience plutôt que sur la fonction ou le titre, les relations et les interactions des professionnels.

L'interdépendance : La collaboration demande une dépendance mutuelle et requiert que les professionnels soient plus interdépendants qu'autonomes afin d'élaborer une action collective.

Le processus : Le processus fait référence à la négociation, des compromis lors de prises de décisions, le planning et les interventions partagés. Le processus vise à améliorer les soins en reconnaissant les qualités et les compétences des autres professionnels.

5.2 La collaboration interprofessionnelle

5.2.1 Définition

Pour définir la collaboration interprofessionnelle, Hennemann, Lee, & Cohen (1995) citent :

La collaboration interdisciplinaire implique une entente conjointe, une participation volontaire, une planification et une prise de décision partagées, une contribution d'expertises, une responsabilité et un pouvoir partagés, une relation non hiérarchique et se définit comme un processus de communication et de prise de décision qui favorise la synergie entre les connaissances et les compétences spécifiques et communes de différents professionnels de la santé afin d'influer sur les soins offerts au patient

D'Amour (1997) rajoute à la définition que la collaboration interprofessionnelle est une approche concertée fondée sur l'esprit d'équipe pour fournir des soins optimaux.

5.2.2 Déterminants de la collaboration interprofessionnelle

Canadian Interprofessional Health Collaborative (CIHC, 2010) identifie et décrit des compétences indispensables à une collaboration interprofessionnelle efficace. Ce Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme du CIHC, qui se trouve en annexe IV, repose sur « la capacité d'intégrer le savoir, les habiletés, les attitudes et les valeurs qui contribuent à forger l'esprit critique » (CIHC, 2010, p. 10). Ces six domaines sont :

La clarification des rôles : Avant toute collaboration, il est important que chaque professionnel définisse son rôle, ses compétences et ses responsabilités respectives afin que chacun les reconnaisse et les respecte. Lors de la collaboration, chaque professionnel doit assumer ses propres rôles et responsabilités (CIHC, 2010, p. 12).

Les soins centrés sur la personne, les proches et la communauté : Les professionnels soutiennent et encouragent les patients et leur entourage à participer aux soins en tant que partenaire à part entière. Pour cela, il est nécessaire de la part des professionnels, de partager les informations nécessaires aux personnes concernées afin de favoriser la participation. De plus, il est important que les professionnels soient disponibles pour les patients et leur entourage dans le but qu'ils puissent s'exprimer et questionner librement sur la planification et les prestations de soins. Un partenariat doit être instauré entre l'équipe interprofessionnelle et le patient ainsi que son entourage (CIHC, 2010, p. 13).

Le travail d'équipe : Pour que le travail en équipe soit efficace, les professionnels doivent d'abord comprendre les principes du travail en équipe. Ces principes impliquent de la confiance, du respect mutuel, de la disponibilité, une communication ouverte et claire ainsi qu'une écoute active. Le travail en équipe demande également, que les professionnels partagent les informations pertinentes entre eux afin de coordonner les soins (CIHC, p. 14).

Le leadership collaboratif : Le leadership demande à chaque professionnel d'assumer les responsabilités et les actions qui découlent de leurs rôles et d'identifier la personne qui assumera la direction du groupe. En tant que leader, la personne aura le rôle d'instaurer un climat de travail propice à la collaboration et oriente les autres professionnels à se concentrer sur les tâches à accomplir pour atteindre l'objectif commun (CIHC, 2010, p. 16).

La communication interpersonnelle : Pour qu'une communication soit efficace, une écoute active, une communication compréhensive et adaptée aux professionnels ainsi qu'aux patients et à leurs proches, des relations de confiance et de respect doivent être élaborées. De plus, dans un environnement interprofessionnel, la communication s'exprime par des moyens de négociation, de consultation, d'interaction et de discussion ou débat (CIHC, 2010, p. 18).

La résolution de conflits interprofessionnels : Pour maintenir une collaboration interprofessionnelle, une approche constructive de résolution de conflits doit être adoptée. Ce qui comprend la reconnaissance des risques de conflits, l'appréciation potentiellement positive des conflits ainsi que la connaissance et la maîtrise de stratégies de gestion de conflits. Pour résoudre des conflits, l'environnement doit être propice à l'expression d'opinions différentes et chaque professionnel doit travailler à la gestion et à la résolution du conflit (CIHC, 2010, p. 20).

L'acquisition de ces 6 compétences interprofessionnelles est un déterminant crucial à une collaboration interprofessionnelle efficace. Le référentiel de compétences « est intégré à l'éducation et à la pratique de façon à s'appuyer sur le savoir, les valeurs, les habiletés,

les attitudes et l'esprit critique des apprenants et des professionnels » (CIHC, 2010, p. 25).

Afin de mieux comprendre la collaboration interprofessionnelle, il paraît essentiel de définir le concept d'interdisciplinarité.

5.3 Concept d'interdisciplinarité

5.3.1 Définitions

Formarier & Jovic (2009) citent que « l'interdisciplinarité se caractérise comme une interaction entre les disciplines qui peut aller de la simple communication des idées jusqu'à une intégration mutuelle des concepts directeurs, de l'épistémologie, de la terminologie, de la méthodologie et des procédures » (p.210).

Hébert (1990) donne une autre définition de l'interdisciplinarité :

L'interdisciplinarité se définit non seulement par la juxtaposition de plusieurs disciplines mais aussi par les relations réciproques que doivent entretenir les professionnels impliqués... . Le mode formel (d'application de l'interdisciplinarité) fait appel à des réunions périodiques de l'équipe interdisciplinaire visant à partager les données de l'évaluation et à coordonner le plan d'intervention. (p.55)

Formarier & Jovic (2009) complètent les définitions en précisant que « l'interdisciplinarité n'est pas une valeur en soi, mais une construction volontaire pour aborder un objectif précis ». Le travail interdisciplinaire se construit autour d'un projet commun qui s'inscrit dans une dimension scientifique et nécessite la présence de plusieurs disciplines, représentées par des professions complémentaires mais différentes. La collaboration fait partie intégrante de l'interdisciplinarité car les disciplines infirmières et médicales doivent obligatoirement collaborer pour échanger au sujet des patients et permettre d'apporter différentes perspectives à un problème complexe afin de le cerner complètement (Choi & Pak, 2006, p. 356).

Formarier & Jovic (2009) précisent que :

L'interdisciplinarité est avant tout basée sur une interaction positive entre les disciplines pour les relier par des échanges de telle sorte qu'elles s'en trouvent enrichies et que les savoirs théoriques soient réorganisés. Cette pratique intégratrice permet d'approcher des problèmes complexes qui ne peuvent être réglés par une seule discipline. (p.211)

Les termes multidisciplinarité, pluridisciplinarité et transdisciplinarité peuvent être confondus et mélangés. Il y a quelques différences subtiles entre ces termes et le préfixe indique le niveau et la profondeur des interactions auxquelles se réfère le terme. Il est donc important de définir et de comprendre ces différents termes.

5.3.2 Concepts voisins

La multidisciplinarité : la multidisciplinarité se construit sur la connaissance de différentes disciplines mais chacun reste dans le cadre de ses domaines (Choi & Pak, 2006, p. 353). La publication traite d'une question par juxtaposition d'apports disciplinaires, sans que les partenaires aient préalablement précisé des objectifs communs (Dufour, Fourez, & Maingain, 2002, p. 57) cité dans Formarier & Jovic (2009). Aucun lien entre les différentes approches de la question n'est recherché.

La pluridisciplinarité : Ce terme est utilisé pour désigner la collaboration entre plusieurs disciplines de manière générale, lorsqu'il n'y a pas suffisamment d'éléments pour déterminer qu'il s'agit d'inter-, multi-, ou transdisciplinarité (Choi & Pak, 2006).

Dufour, Fourez, & Maingain (2002), en définissant la pluridisciplinarité, affirment qu'elle consiste à traiter une question en juxtaposant des apports de diverses disciplines, en fonction d'une finalité définie. Les savoirs de chaque discipline sont empruntés et la transmission a un sens unique.

La transdisciplinarité : est définie comme « le transfert d'un champ disciplinaire à un autre, de concepts, de modèles théoriques, de démarches, d'outils ou encore de compétences » (Dufour, Fourez, & Maingain, 2002) cité dans Formarier & Jovic (2009).

Darbellay & Perrig-Chiello (2002, p. 24) décrivent la transdisciplinarité comme :

Une vision globale et intégrée, qui réorganise les savoirs disciplinaires en vue de la résolution d'un problème complexe et qui ne se contenterait pas d'atteindre des interactions ou réciprocitys entre les recherches spécialisées, mais situerait ces liaisons à l'intérieur d'un système total sans frontières stables entre les disciplines.
(p.24)

Nowotny (2001) cite dans le livre d'Hamric, Hanson, & Spross (2009) que dans une équipe transdisciplinaire, les membres sont engagés à enseigner aux autres membres, d'apprendre des uns et des autres dans le but de planifier et fournir des soins aux patients. Chaque membre de l'équipe partage des connaissances et des compétences à travers les frontières disciplinaires (Hamric, Hanson, & Spross, 2009, p.286, traduction libre).

5.3.3 L'équipe interdisciplinaire

Le terme « équipe » est défini par Larousse (2007) simplement comme « un groupe de personnes travaillant à une même tâche » (p.425). Toutefois, une équipe interdisciplinaire est plus qu'un simple groupe de personnes agissant chacune individuellement. Ce qui forme une équipe, ce sont les liens qui les unissent et leur capacité à réaliser un but commun.

Le travail d'équipe nécessite selon Griesser (2010) que « toutes les personnes concernées comprennent le système ou l'organisation et le rôle qui leur incombent » (p. 73). Le travail d'équipe se construit par le dialogue, des interactions, la décision d'un but commun, l'identification et le sentiment d'appartenance à l'équipe (Choi & Pak, 2006, p. 359). Griesser (2010) met en avant le fait que l'interdisciplinarité « s'avère être un prérequis incontournable à la qualité de soins et nécessite une collaboration étroite » (p. 73).

Les caractéristiques d'une équipe interdisciplinaire efficace sont identifiées par Griesser (2010, p. 73) comme étant :

Des objectifs communs et partagés. L'équipe doit savoir ce que l'on attend d'elle. Tous les membres de l'équipe doivent avoir la même compréhension de la mission qu'ils sont amenés à accomplir.

Des rôles et responsabilités clairement définis. Avoir des rôles clairs, connaître son champ de responsabilités et de compétences, connaître celui des autres sont essentiels à un travail d'équipe (Griesser, 2010, p. 75).

Le sentiment d'appartenance. L'appartenance à un groupe permet de créer des liens indispensables à la réalisation d'un but commun. Mucchielli (1980) décrit dans le livre de Griesser (2010, p. 75) que l'appartenance n'est pas le fait de se trouver avec ou dans un groupe puisqu'on peut s'y trouver sans le vouloir mais « elle implique une identification personnelle par référence au groupe, des attaches affectives, l'adoption de ses valeurs, de ses normes, de ses habitudes et la solidarité avec ceux qui en font aussi partie » (Mucchielli, 1980).

La motivation et le besoin de feedback. Chacun doit trouver un sens et un intérêt au travail qu'il réalise. « Donner un feedback sur la qualité du travail réalisé et les résultats obtenus est un moyen de stimuler la motivation » (Griesser, 2010, p. 76). Les membres d'une équipe apprécient de connaître si leurs actions mises en œuvre ont été efficaces. Le sentiment de satisfaction après avoir résolu un problème favorise la cohésion du groupe (Griesser, 2010, p. 76). Il est précisé par Griesser (2010, p. 76) que le feedback est tout aussi important lors de l'échec de résolution d'un problème. « L'équipe éprouve le besoin de savoir qu'elle a agi selon les bonnes pratiques et que tout a été mis en œuvre dans les règles de l'art » (Griesser, 2010, p. 76). L'issue défavorable devient alors plus acceptable.

Les compétences collectives. Il est important que chaque professionnel prenne conscience du savoir et des compétences de ses collègues des différentes disciplines. Une équipe doit développer ses compétences, tant sur le plan individuel que collectif, pour être efficace (Griesser, 2010, p. 77)

Griesser (2010) explicite que « L'ensemble des caractéristiques d'une équipe interdisciplinaire concourt à une ambiance de travail harmonieuse, encourage la communication et influence favorablement la qualité et la sécurité des soins en améliorant la coordination des soins ainsi que la satisfaction des patients » (p.77) comme le montrent certaines études de Kalisch & Tschannen (2009) ; Curtis, De Vries, & Sheering (2011) et Chan, Liaw, Tang, & Zhou (2013).

5.4 Discipline infirmière

5.4.1 Définitions

Le Conseil International des Infirmières (CII) cite dans le livre de Formarier & Jovic (2009) une définition des soins infirmiers :

On entend par soins infirmiers les soins prodigués, de manière autonome ou en collaboration, aux individus de tous âges, aux familles, aux groupes et aux communautés – malades ou bien-portants – quel que soit le cadre. Les soins infirmiers englobent la promotion de la santé, la prévention de la maladie ainsi que les soins dispensés aux personnes malades, handicapées et mourantes. Parmi les rôles essentiels relevant du personnel infirmier citons encore la défense, la promotion d'un environnement sain, la recherche, la participation à l'élaboration de la politique de santé et à la gestion des systèmes de santé et des patients, ainsi que l'éducation. (p.224)

L'organisation Mondiale de la Santé (OMS) propose également une définition des soins infirmiers dans le livre de Formarier & Jovic (2009) :

La mission des soins infirmiers dans la société est d'aider les individus, les familles et les groupes à déterminer et à réaliser leur plein potentiel physique, mental et social et à y parvenir dans le contexte de l'environnement dans lequel ils vivent et travaillent, tout cela en respectant un code de déontologie très strict Les infirmières englobent également la planification et la mise en œuvre ses soins curatifs et de réadaptations et concernent les aspects physiques, mentaux et sociaux de la vie en ce qu'ils affectent la santé, la maladie, le handicap et la mort (p.226).

5.4.2 Le rôle infirmier

Sept rôles infirmiers ont été définis par la Conférence des Recteurs des Hautes Ecoles Spécialisées Suisse (KFH) à partir desquelles, un référentiel de compétences a été créé. Ce référentiel de compétences fait partie intégrante du plan d'études HES et permet aux infirmières de disposer des compétences spécifiques à la profession en décrivant les habiletés nécessaires à une pratique de qualité :

Expert en soins infirmiers : fait référence aux activités spécifiques de la profession infirmière. C'est-à-dire, qu'elles sont responsables de leurs soins, identifient les besoins des personnes et effectuent ou délèguent les soins appropriés que ce soit préventif, thérapeutique ou palliatif. (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009)

Communicateur : les infirmières établissent des relations professionnelles de confiance et adaptent leur communication à la situation. Elles assurent également la traçabilité des toutes les données pertinentes. Le rôle de communicateur inclut également le partage de leurs savoirs et de leurs expériences avec les autres professionnels. (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009)

Collaborateur : les infirmières s'engagent dans une équipe interdisciplinaire en coordonnant et accompagnant les équipes de soins, en prenant part à des prises de décision et en y défendant l'éthique professionnelle. (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009)

Manager : le management consiste à exercer le leadership professionnel pour contribuer à l'efficacité des organisations. De plus, elle consiste à mettre en œuvre des plans de soins et traitements (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009)

Promoteur de la santé : les infirmières défendent les intérêts des patients ainsi que de leurs proches et s'engagent en faveur de la santé et de la qualité de soins. Elles intègrent des concepts de promotion et de prévention. (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009)

Apprenant et formateur : Il est demandé aux infirmières de maintenir et de développer leurs compétences professionnelles à travers une formation continue et en s'appuyant sur des données scientifiques et pertinentes. Elles identifient également les besoins de formation des patients, de leur entourage et de la société pour proposer un soutien efficace. (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009)

Professionnel : Les infirmières s'engagent pour la santé et la qualité de vie de la personne et de la société tout en effectuant une pratique respectueuse de l'éthique ainsi qu'un engagement envers leur propre santé. Elles évaluent leur pratique professionnelle en démontrant une posture d'auto-évaluation et de réflexion pour contribuer à la santé et au mieux-être des personnes et de la société. (Ledergerber, Mondoux, & Sottas, 2009).

La médecine et les soins infirmiers ont des concepts similaires (santé et soins), mais également des concepts propres à leur discipline. Ces deux professions partagent une vision commune de l'humain et partagent également les principes éthiques et déontologiques des sciences humaines, ce qui permet de guider leurs pratiques respectives et de travailler de manière cohérente (Formarier & Jovic, 2009, p. 224).

Les concepts de collaboration et d'interdisciplinarité sont interdépendants. L'un ne peut pas être efficace sans l'autre. Sans la collaboration, l'interdisciplinarité n'existerait pas.

6. Méthode

6.1 Devis de recherche*

La partie méthodologique de cette revue étoffée de la littérature vise à trouver des études empiriques concernant la collaboration entre les médecins et les infirmières et les complications chez les patients, afin de mettre en évidence l'interdépendance et la relation de ces deux thèmes.

Dans ce chapitre, la méthodologie utilisée pour la recherche d'études scientifiques sera tout d'abord exposée et seront ensuite présentés et analysés les articles de recherche sélectionnés. Le but est de démontrer la relation entre la collaboration médecin-infirmière et les complications chez les patients. La totalité des études scientifiques retenues suivent une méthode quantitative, c'est-à-dire que c'est « une analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précises, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré » (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 17). L'approche quantitative s'inscrit dans le paradigme « positiviste* ».

6.2 Collecte de données

Afin de pouvoir répondre à la question de recherche, une recherche documentaire d'études scientifiques a été effectuée sur différentes bases de données. Ces bases de données recommandées correspondent à CINAHL, Pubmed et Medline et ont été consultées du 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016. Pour cibler la recherche, des mots-clés MeSH* faisant référence à la question de recherche ont été nécessaires. Les mots-clés utilisés sont « collaboration médecin-infirmière » et « résultats sur les patients ». En traduisant ces mots-clés en anglais, ils correspondent à « the nurse-physician collaboration » et « patient outcomes ».

Lors de la recherche sur les bases de données, deux filtres ont été activés. Ces filtres concernent le format de l'article, qui devait contenir le texte intégral et l'accès devait être gratuit. Les recherches avec ces filtres ont permis de trouver plusieurs articles :

Bases de données	Mots-clés	Nombre d'articles trouvés	Nombre d'articles retenus
CINAHL	Nurse-physician collaboration AND patient outcomes	104	6
Pubmed	Nurse-physician collaboration AND patient outcomes	37	1
Medline	Nurse-physician collaboration AND patient outcomes	88	0

En appliquant des critères d'inclusion* et d'exclusion, sept études empiriques ont été retenues pour la suite de cette revue étoffée de la littérature. Cinq études sont disciplinaires et deux non-disciplinaires.

6.3 Sélection des données

Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis afin de choisir des études qui soient centrées sur la question de recherche. Pour répondre aux critères d'inclusion, les études empiriques devaient être focalisées sur la collaboration médecin-infirmière et sur les complications ainsi qu'être rédigés en français ou en anglais. De plus, ces critères incluent les filtres utilisés lors de la recherche, soit la disponibilité des études en texte intégral ainsi que l'accès gratuit. Les critères d'exclusion représentent les articles n'ayant pas de structure méthodologique claire, c'est-à-dire un résumé, une introduction, une méthode, des résultats, une discussion et une conclusion. Ils font aussi références aux études ne répondant pas aux critères d'inclusion.

Les études retenues sont présentées sous forme de tableau :

Numéro	Auteurs	Titre	année	Base de données	Niveau de preuve
n° 1	Wheelan, S.A., Burchill, C.N. , Tilin, F.	The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units	2003	CINAHL	4
n° 2	Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C.L., Pizov, R., Cotev, S.	A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit	2003	Pubmed	4
n° 3	Boev, C., Xia, Y.	Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care	2015	CINAHL	4
n°4	San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., Leduc, N.	Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients	2008	CINAHL	4
n°5	Van Niekerk, L.M., Martin, F.	The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management	2003	CINAHL	4
n°6	Mazzocco, K., Petitti, D.B., Fong, K.T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., Lasky, R.E., Sexton, B., Thomas, E.J.	Surgical team behaviors and patient outcomes	2009	CINAHL	4
n°7	Townsend-Gervis, M., Cornell, P., Vardaman, J.M.	Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes	2014	CINAHL	2

6.4 Niveaux de preuves

Le niveau de preuves* fait référence à la pyramide de preuves élaborées par la Haute Autorité de Santé (HAS, 2013) dans le but de déterminer le grade de recommandations de chaque étude sélectionnée :

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins.
	Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Tiré de Haute Autorité de Santé, 2013, p. 8. Accès

(<http://www.has-sante.fr/portail/jcms/1249599/fr/la-has>)

6.5 Principes éthiques

Une revue de la littérature doit respecter les droits d'auteurs des articles et des ouvrages utilisés pour la réalisation de celle-ci. Pour que cette revue de la littérature soit acceptée, les sources utilisées sont rédigées selon les normes de l'American Psychological Association (6^{ème} édition) et seule la littérature publiée officiellement a été retenue. Le plagiat est interdit et aucun plagiat ne sera présent dans cette revue de la littérature.

En ce qui concerne les études retenues, cinq études ont été validées par un comité d'éthique et deux études ont utilisé des consentements éclairés.

6.6 Analyse des données

Pour analyser les résultats des études empiriques retenues, des liens pertinents sont effectués avec des concepts du cadre théorique. De plus, un tableau de recension a été élaboré pour chaque étude retenue afin d'avoir une vision synthétique et ainsi en faire ressortir les points essentiels. Ces tableaux se trouvent dans la partie annexe I de cette revue de la littérature. L'analyse se fait étude par étude, et chacune comporte trois sections : la description de l'étude, la validité méthodologique et la pertinence clinique.

7. Résultats

7.1 Description de l'étude n°1

Wheelan, S.A., Burchill, C.N., & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. American Journal of Critical Care, 12, 527-534.

Cette étude américaine descriptive* longitudinale* examine la relation entre la qualité du travail d'équipe de 234 professionnels (75% infirmières et 25% médecins et médicothérapeutes) et le taux de mortalité des patients dans 17 unités de soins intensifs. Pour étudier ce phénomène, les auteurs ont adopté un cadre de référence en explorant les stades de développement des équipes de soins afin de questionner les équipes.

Pour collecter les données, chaque participant a reçu un questionnaire correspondant aux quatre étapes de développement d'une équipe :

I) L'étape initiale du développement se concentre sur des questions d'inclusion et de dépendance. Ces questions tentent de mesurer la quantité d'énergie qu'un groupe dépense pour essayer de régler les problèmes de dépendance et d'inclusion dans l'équipe ; II) La deuxième étape concerne la période de contre-dépendance et de conflits. Les questions ciblent le règlement de conflits, le pouvoir et l'autorité ; III) La troisième étape contient le développement de la confiance, de la collaboration et du travail d'équipe ainsi que de la structure de l'équipe professionnelle. Plus précisément, les questions évaluent le degré de confiance et la structure de l'équipe de santé ; IV) Finalement, la dernière phase concerne le travail et l'augmentation de la productivité d'une équipe interdisciplinaire.

Le taux de mortalité a été exploré en utilisant les dossiers médicaux des patients un mois après leur date d'admission aux soins intensifs.

Les résultats rapportent une corrélation significative* ($p=0.004$) entre les étapes de développement des équipes interdisciplinaires et le taux de mortalité des patients. Lorsque le stade de développement de l'équipe augmente, le taux de mortalité prédit diminue (coefficient de corrélation à 0.662). Les professionnels des unités de soins intensifs avec des taux de mortalité plus faibles, percevaient leur service comme plus organisé, plus performant, se sentant plus en confiance les uns envers les autres et comme étant dans des stades de développement supérieurs.

7.1.1 Validité méthodologique

Le questionnaire qui collecte les données, nommé « *Group Development Questionnaire* », mais également « *l'outil APACHE* » qui prédit le taux de mortalité des patients, ont montré

une bonne fiabilité et validité et sont reconnus dans d'autres études similaires (Mann, 1966 ; Wheelan & Hochberger, 1996 ; Knaus, Wagner, Zimmerman, & A., 1993).

De plus, afin de garantir la fiabilité et la validité, les outils de recueil de données et d'analyses ont été soumis à un certain nombre de tests statistiques (coefficient de corrélation*, test de cohérence). Les résultats montrent que la variable indépendante* correspondant au travail interdisciplinaire influence la variable dépendante* qui est le taux de mortalité. L'échantillonnage s'est fait tout d'abord par quotas* car les auteurs cherchaient uniquement des professionnels travaillant dans des unités de soins intensifs, pour ensuite passer à un échantillonnage aléatoire simple*.

7.1.2 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude rapportent une association entre le travail d'équipe et le taux de mortalité chez les patients hospitalisés. Pour les auteurs, la preuve est suffisante pour justifier la mise en œuvre de stratégies visant le développement et l'amélioration du travail d'équipe ainsi que la collaboration entre les membres d'une unité de soins intensifs.

7.2 Description de l'étude n°2

Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C.L. et al. (2003). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, 23, 294-300.

Cette étude Israélienne quantitative longitudinale* étudie la nature et les causes des erreurs humaines chez 46 patients dans une unité de soins intensifs d'un hôpital de Jérusalem. Durant la collecte de données de 4 mois, des informations sur les erreurs humaines et les activités de soins ont été recueillies.

Les erreurs humaines ont été collectées avec un formulaire comportant plusieurs éléments : la durée de l'événement et de la découverte, la personne qui a commis l'erreur, l'identité de la personne qui la découvre et également une courte description de l'erreur avec sa cause présumée. Le formulaire rempli a été évalué selon les degrés de gravité par deux médecins et une infirmière à l'aide d'une échelle à cinq points, 1 étant moins grave et 5 étant la plus grave erreur possible.

L'observation des activités de soins concerne l'enregistrement et le classement de toutes les activités impliquant le patient et son entourage et toutes les activités autour du lit des patients durant 24 heures consécutives. De plus, d'autres mesures et interventions supplémentaires ont été enregistrées tels que les scores de Glasgow, les quantités d'urines, l'intubation endotrachéale et la pose de cathéters mais également les résultats de laboratoires.

Les observateurs, qui ont été spécialement formés pour cette étude, ont enregistré un total de 8178 activités. 78 erreurs ont été enregistrées au cours de ces observations, ce qui correspond 0.95% des activités. 4.7% des activités ont été réalisées par un médecin ; 84% des activités ont été effectuées par une infirmière et ensemble, les médecins et les infirmières ont été impliqués dans 3% des activités. Lors des 15 derniers patients qui ont été observés, une attention particulière a été consacrée à la communication verbale entre les professionnels. Sur les 3018 activités enregistrées concernant les 15 derniers patients, la communication verbale n'a été observée que dans 9% des activités. De plus, seulement 2% des activités concernaient la communication verbale entre les médecins et les infirmières.

Au total 554 erreurs humaines ont été enregistrées dont 476 erreurs ont été signalées par les médecins et les infirmières et 78 erreurs par les observateurs. La communication verbale entre les médecins et les infirmières ont été enregistrées dans 37% des erreurs.

Concernant l'indice de gravité des erreurs, celui-ci a montré que 29% des erreurs se trouvaient dans les catégories 4 et 5, ce qui veut dire que ces erreurs pourraient causer une détérioration significative de l'état du patient ou même amener à la mort.

Sur le nombre total d'erreurs signalées par le personnel médical, 46% des erreurs ont été commises par des médecins et 54% par des infirmières. Les erreurs qui ont été attribuées aux médecins avaient un pic distinct, c'est-à-dire correspondait à l'heure des activités de pointe entre 10h00 et 12h00. Les erreurs attribuées aux infirmières avaient un pic similaire. De plus, les infirmières avaient 3 pics secondaires, 7h30, 15h30 et 14h00, correspondant aux changements d'équipe.

Les types d'erreurs les plus fréquemment rencontrés concernent le système nerveux central et cardiovasculaire mais également le système respiratoire et digestif.

7.2.1 Validité méthodologique

Les auteurs ont utilisé un échantillonnage aléatoire simple et un seul critère d'inclusion a été défini : L'unité de soins intensifs devait être conscient des enjeux et de l'importance d'étudier les erreurs humaines. Dans cette étude, la variable indépendante qui est la communication verbale et la collaboration entre les médecins et les infirmières influence sur les activités de soins et les erreurs humaines.

Plusieurs réunions ont eu lieu entre les professionnels de l'unité et les membres de l'équipe de recherche dans le but de discuter des objectifs de l'étude et des principaux éléments. Les auteurs précisent que l'attitude du personnel envers l'étude était très positive et leur pleine coopération a été assurée. Les observateurs ont reçu une formation de la part d'une infirmière spécialisée de l'unité de soins intensifs, qui a également participé et supervisé le processus d'observation.

Le taux de mortalité dans les soins intensifs pour la période de l'étude était de 12%, un taux qui n'a pas varié de manière significative au cours des 10 dernières années.

7.2.2 Pertinence clinique

Après avoir établi les résultats, les auteurs mettent en évidence plusieurs explications possibles. Un facteur déterminant peut être les différences entre les médecins et les infirmières dans la nature de leurs tâches. Alors que les infirmières sont principalement impliquées dans les activités courantes et répétitives, les activités des médecins comprennent un pourcentage plus élevé d'interventions réactives. Les activités réactives sont moins prévisibles et plus sensibles au stress et donc ont une probabilité plus élevée d'erreurs.

Un autre facteur peut être le fait que les médecins, dans le cadre de leurs fonctions, ont été constamment appelés pour des consultations d'urgence en dehors de l'unité des soins intensifs. Par conséquent, leur contact avec chaque patient est plus discontinu et les chances d'erreurs et de confusion plus importantes.

En rassemblant les facteurs, cela met en évidence l'importance cruciale d'une bonne communication et collaboration entre les médecins et les infirmières. Les auteurs précisent que les responsabilités des médecins et des infirmières sont complémentaires, ce qui nécessite un flux d'informations complètes, cohérentes et une mise à jour des connaissances de l'état du patient. De plus les auteurs soulignent que les infirmières servent de liaison active et aident les médecins à combler les lacunes d'informations pour ainsi éviter toute confusion.

Le sujet traité par cette étude correspond à la question de recherche de cette revue de la littérature.

7.3 Description de l'étude n°3

Boev, C., & Xia, Y. (2015). Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care. *Critical Care Nurse*, 35, 66-72.

Cette étude longitudinale composée de deux analyses examine la relation entre la collaboration médecin-infirmière et les infections liées aux soins chez des adultes.

Quatre services de soins (chirurgie, médecine, grands brûlés et cardiologie) d'un hôpital universitaire de New-York ont participé à l'étude. Durant la première partie de l'étude, qui concernait uniquement les professionnels de la santé, les perceptions de 671 infirmières sur leur environnement de travail ont été recueillies grâce à une enquête effectuée auprès de chaque infirmière une fois par année, et ce durant 4.25 ans (de janvier 2005 à mars 2009). De plus l'intensité de la collaboration médecin-infirmière de chaque service a éga-

lement été mesurée à l'aide d'un questionnaire. Toutes ces données recueillies ont été retenues pour effectuer une deuxième analyse.

Cette deuxième analyse se composait d'un recueil de données auprès de 3610 patients hospitalisés atteints soit d'une pneumonie (associée à la ventilation mécanique) soit d'une infection sanguine (liée aux cathéters centraux). Des caractéristiques de chaque patient ont également été recueillies, notamment l'âge, le sexe, la durée du séjour, et les comorbidités.

En ce qui concerne les résultats, la collaboration médecin-infirmière a été significativement liée aux deux types d'infections observés. Pour chaque augmentation de 0.5% en intensité de la collaboration médecin-infirmière, le taux d'infections sanguines diminuait de 2.98% ($P=0.005$) et le taux de la pneumonie de 1.13% ($P=0.005$). Une proportion plus élevée d'infirmières présentes dans le service de soins a été associée à une incidence plus faible de 0.43% pour les infections sanguines ($P=0.02$) et un taux de pneumonie inférieur de 0.17% ($P=0.01$).

De plus, les analyses ont montré que les unités de soins avec plus d'heures de soins infirmiers pour chaque patient ont été associées à une diminution de 0.42% du taux d'infections sanguines ($P=0.05$). L'étude a également démontré que les perceptions favorables des infirmières en lien avec la collaboration médecin-infirmière ont été associées à des taux plus bas d'infections. Cependant, aucune des variables au niveau de l'unité (les compétences des infirmières, le roulement des équipes, les heures de soins infirmiers auprès des patients) était un prédicteur important de la pneumonie

7.3.1 Validité méthodologique

Afin de garantir la validité de l'étude, les auteurs déterminent la variable indépendante comme la collaboration médecin-infirmière influençant les variables dépendantes, c'est-à-dire les pneumonies et les infections sanguines. L'enquête « *The Nurse Perception Survey* » était une compilation de cinq instruments utilisés pour mesurer les différents aspects de l'environnement de travail. De plus, pour compléter l'objectif de recherche, une question de recherche et une hypothèse s'y reportant ont été formulées. Le taux de réponses de l'étude était de 96%.

Les auteurs ont utilisé un échantillonnage par quotas en définissant au préalable les critères d'inclusions : les différentes unités de soins devaient être isolées géographiquement les unes des autres ; la pneumonie liée à la ventilation mécanique doit avoir duré au minimum 2 jours et les cathéters centraux qui ont causé des infections sanguines devaient être restés en place au minimum 2 jours également.

Pour assurer un nombre suffisant de résultats et un niveau suffisant de variabilités, les données recueillies auprès des infirmières après 4.25 ans d'enquêtes, ont été regroupées

par unité de soins et par mois afin de calculer un score moyen pour toutes les infirmières. Les valeurs P inférieures à 0.05 ont été considérées comme significatives.

En raison du phénomène de nidification, une modélisation linéaire mixte a été utilisée pour l'analyse des données afin de diminuer les erreurs probables.

7.3.2 Pertinence clinique

L'objectif de cette étude correspond à la question de recherche de cette revue de la littérature et les résultats obtenus affirment l'hypothèse de recherche.

La collaboration médecin-infirmière est significativement liée aux infections contractées durant l'hospitalisation. Les résultats de cette étude ont le potentiel d'améliorer la sécurité des patients et d'éviter des complications grâce à une meilleure collaboration et communication interdisciplinaire. Cependant la généralisation des résultats est difficile car l'étude a été menée dans un seul hôpital universitaire.

7.4 Description de l'étude n°4

San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N. (2008). Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nursing*, 31, 18-27.

Cette étude quantitative, transversale* et comparative, menée dans un hôpital universitaire espagnol, évaluait l'effet de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle de 34 médecins et infirmières sur la satisfaction de 312 patients atteints d'un cancer, sur leurs incertitudes, sur la gestion de leurs douleurs et sur la durée de séjour à l'hôpital.

Un questionnaire mesurant l'intensité de la collaboration a été distribué à chaque professionnel et comportait des questions concernant le partage d'informations, le plan de soins commun, le suivi des patients, le partage des responsabilités cliniques et la coordination des activités cliniques entre les différents professionnels. De plus, d'autres questionnaires et échelles de mesures ont été utilisés afin d'évaluer la satisfaction des patients, leurs incertitudes et la gestion de leurs douleurs.

Les analyses ont relevé des différences significatives ($p=0.001$) entre les équipes de soins avec une haute intensité de collaboration et celles avec une faible intensité de collaboration. Les patients pris en charge par une équipe de soins avec une haute intensité de collaboration interprofessionnelle présentent un sentiment d'incertitude de 0.138 points de moins que ceux pris en charge par des équipes de soins avec une intensité de collaboration inférieure ($p=0.047$). L'intensité de la collaboration a également un effet statistiquement significatif ($P=0.016$) sur la gestion de la douleur. Les équipes disposant d'une haute intensité de collaboration étaient en mesure de gérer la douleur pour 92.6% de leurs patients. Ce chiffre tombe à 82.7% lorsque l'intensité de la collaboration est faible.

De plus, en calculant les moyennes de satisfaction des patients pris en charge par une équipe de haute intensité de collaboration et ceux pris en charge par une équipe de faible intensité, une différence de 0.501 était observable. Les auteurs précisent qu'aucune différence significative ($p=0.217$) n'a été trouvée en ce qui concerne la durée de séjour à l'hôpital.

7.4.1 Validité méthodologique

L'échelle « *the Intensity of Interprofessional Collaboration questionnaire* » a montré sa fiabilité en utilisant le coefficient alpha de Cronbach*, permettant de déterminer la cohérence interne de l'outil utilisé. Ce coefficient à 0.907 est considéré comme une valeur satisfaisante pour les auteurs. La satisfaction des patients mesurée par « *The Press Ganey Inpatient Survey questionnaire* » a un coefficient alpha de Cronbach à 0.98 et le questionnaire « *Uncertainty in Illness Scale for Adults questionnaire by Mishel* », utilisé pour évaluer l'incertitude des patients, a démontré un coefficient alpha de Cronbach à 0.92.

Afin de compléter leur objectif de recherche une hypothèse a été formulée. La variable indépendante correspondant à l'intensité de la collaboration interprofessionnelle influence les variables dépendantes (la satisfaction des patients, leurs sentiments d'incertitudes, la gestion de la douleur) exceptée la durée de séjour.

En définissant les critères d'inclusion et d'exclusion, les auteurs se réfèrent à un échantillonnage par quotas. Les critères d'inclusion stipulent que les patients devaient être hospitalisés pour une durée minimum de 8 mois et devaient être soignés dans au moins un des quatre services participant à l'étude. Les patients devaient également comprendre l'espagnol et ceux qui ont été transférés vers une autre équipe de soins au cours de leur séjour à l'hôpital ont été exclus de l'étude.

Le taux de réponses de la part des médecins et des infirmières se trouve à 82.9% et celui des patients à 82.1%.

7.4.2 Pertinence clinique

L'objectif de recherche de cette étude correspond à la question de recherche de cette revue de la littérature et l'hypothèse confirme les résultats de l'analyse.

Le chercheur principal de cette étude a parlé personnellement aux participants afin de les informer de la nature de leur participation et chacun a signé un consentement éclairé. L'étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal ainsi que du comité d'éthique de l'hôpital où la recherche a été menée.

Les résultats montrent que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle a un effet sur la satisfaction des patients, réduit l'incertitude et améliore la gestion de la douleur mais montre également que le degré de collaboration ne modifie pas la durée d'hospitalisation.

Même une petite amélioration de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle peut avoir un impact significatif sur les variables aussi important que la gestion de la douleur. Cependant les auteurs suggèrent de faire une étude similaire sur un échantillon plus grand.

7.5 Description de l'étude n°5

Van Niekerk, L., & Martin, F. (2003). The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Management Nursing*, 4, 3-10.

Cette étude quantitative menée dans des établissements de soins (hôpitaux, cabinets et établissements de soins) de plusieurs régions d'Australie avait pour but d'examiner les types d'obstacles rencontrés par 1015 infirmières lors de la gestion de la douleur des patients mais également d'examiner l'impact de la satisfaction des infirmières concernant leurs relations professionnelles avec les médecins sur la gestion de la douleur. Chaque infirmière a reçue un questionnaire évaluant trois sections différentes : I) les informations démographiques et les antécédents des infirmières ; II) Leurs implications dans la gestion de la douleur, plus précisément dans l'évaluation de la douleur, l'utilisation des analgésiques et la fréquence à laquelle elles ont consulté le médecin ; III) les barrières rencontrées dans le soulagement de la douleur. Des analyses ont été effectuées à partir de ces questionnaires mais également à partir des caractéristiques des infirmières dans le but d'étudier les relations entre ces différents éléments.

Ces analyses rapportent que 63.6% des infirmières ont signalé une coopération insuffisante de la part des médecins, 69.9% d'entre elles signalaient des prescriptions inadéquates d'antalgiques et 66% déclaraient les connaissances des médecins et leurs perceptions de la douleur insuffisantes. Une interaction significative ($p < 0.0001$) a été observée entre le sentiment d'avoir été consulté adéquatement par les médecins et l'obstacle à la gestion de la douleur. C'est-à-dire que la collaboration entre les médecins et les infirmières influencent la gestion de la douleur des patients.

Des analyses effectuées à l'aide du test « *Student Newman-Keuls** » montrent également que les infirmières qui ne se sentent pas suffisamment consultées par les médecins étaient significativement plus susceptibles de percevoir les connaissances des médecins sur leurs patients de manière insuffisante, de percevoir une coopération insuffisante de la part des médecins ainsi que de percevoir une prescription d'antalgiques inadéquate, et ce par rapport aux infirmières qui se sentent suffisamment consultées par les médecins.

7.5.1 Validité méthodologique

Afin d'établir un échantillon* représentatif de la population de Tasmanie, l'état a été divisé en trois régions, le nord, le sud et le nord-ouest et la méthode d'échantillonnage aléatoire simple a été utilisée pour sélectionner les participants. De ce fait, aucun critère d'inclusion et d'exclusion n'a été rédigé. De plus aucune question de recherche ou hypothèse n'a été définie préalablement.

Les résultats montrent que la variable indépendante, la collaboration médecin-infirmière, influence la gestion de la douleur et les obstacles à un soulagement optimal de la douleur.

7.5.2 Pertinence clinique

Les résultats de cette étude montrent l'importance des relations professionnelles entre les médecins et les infirmières et leurs effets sur les obstacles à la gestion optimale de la douleur. Une relation de collaboration optimale entre les deux professions ferait en sorte que les obstacles rencontrés par les infirmières pourraient être résolus dans une approche d'équipe de soutien. Mais les auteurs soulignent que les patients éprouvant des douleurs ont leurs propres croyances et leurs expériences sur la douleur ressentie. Il est donc difficile pour les infirmières d'évaluer la douleur, de comprendre et de prendre en compte les croyances et les expériences de chaque patient.

L'objectif de recherche de cette étude correspond à la question de recherche de la revue de la littérature. En ce qui concerne la validité éthique, une approbation éthique a été obtenue de la part de l'université du comité d'éthique de la Tasmanie.

7.6 Description de l'étude n°6

Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K.T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., et al. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 678-685.

Cette étude observationnelle rétrospective*, menée dans les salles d'opérations de deux centres médicaux et de deux centres de chirurgie ambulatoire des Etats-Unis, a pour objectif de déterminer si les patients bénéficiant de professionnels effectuant un travail en équipe de façon optimale ont de meilleurs résultats que les patients bénéficiant de professionnels travaillant peu en équipe. Au total 293 interventions de chirurgie ont été observées et évaluées du 1^{er} mars au 31 août 2005. Des infirmières observatrices ont eu des comportements précis à évaluer durant les phases d'inductions, les phases peropératoires et les phases de transferts : les informations dont disposaient les professionnels sur les patients et sur la procédure chirurgicale; les questions posées par les patients sur leur

suivi médical ; le partage d'informations entre professionnels ; le recueil de données ; la vigilance et la sensibilisation des professionnels et la gestion des mesures d'urgences.

Les interventions chirurgicales observées étaient classées comme faible, moyen ou à haut risque de complications postopératoires, à l'aide de « *American College of Cardiology (ACC)* ». Afin de recueillir des informations sur les complications postopératoires éventuellement développées par les patients, une évaluation est faite 30 jours après les jours opératoires. Les résultats ont été classés en cinq catégories : I) Pas de complications ; II) Un ou plusieurs indicateurs de risque potentiel de complications (intubation, CPAP, utilisation d'adrénaline, changement de procédure, etc.) ; III) Des complications mineures (temps opératoire prolongé, retour imprévu à la chirurgie, une assistance ventilatoire non planifiée, etc.) ; IV) Des complications majeures postopératoires (transfert dans une unité de soins plus élevés, un retour imprévu à la chirurgie, incapacité d'extubation, etc.) ; V) Des complications causant une invalidité permanente ou un décès.

Dans les résultats, un odds ratio* (OR) au dessus de 1.0 indiquait l'association des comportements d'équipe peu observés avec les moins bons résultats sur les patients.

Au total 293 cas ont été observés et analysés. A l'aide de « *American College of Cardiology* », 80% des procédures ont été classées à faible risque de complications, 19% des procédures à moyen risque et 1% des cas à haut risque de complications postopératoires. Après trente jours postopératoires, 54% des patients ne présentaient aucune complication, 4% des patients présentaient des complications postopératoires majeures et 3 patients sont devenus invalide ou sont décédés.

Les résultats ont été classés selon les trois phases opératoires (les phases d'inductions, les phases peropératoires et lors des transferts). Durant la phase d'induction, le partage d'informations entre les professionnels a été observé dans 84% des procédures. Dans ces 84%, 21% des patients présentaient des complications postopératoires. Au contraire, dans les 48 opérations où le partage d'informations était rarement observé, 25% des patients (n=12) ont présenté des complications par la suite.

Lors des phases peropératoires, le partage d'informations a été observé dans 74% des cas dont 18% ont eu des complications postopératoires. Durant cette phase, dans 76 cas, le partage d'informations a été rarement observé et 34% des patients (n=20) ont eu des complications postopératoires. Pour finir, durant les phases postopératoires, le partage d'informations entre les professionnels a été observé dans 80% des cas dont le nombre de patients ayant des complications se trouvaient à 19% (n=44). Le partage d'informations a été rarement observé durant 59 procédures chirurgicales, dont 20 patients (34%) ont eu des complications.

Les comportements à risque ont été significativement associés (OR = 4.82) à toute complication ou décès. Un des odds ratio le plus élevé concernait le partage d'informations

dans la phase peropératoire (2.45). Ce qui veut dire que le faible partage d'informations observé durant cette phase a été associé aux complications postopératoires.

7.6.1 Validité méthodologique

Les auteurs ont exigé de la part de tous les participants un consentement éclairé et les dossiers médicaux de chaque personne devaient être disponibles afin d'être inclus dans l'étude. Le travail d'équipe et le partage d'informations ont été définis comme les variables indépendantes, influençant les variables dépendantes, c'est-à-dire les complications postopératoires. Aucune question de recherche ou hypothèse n'a été formulée préalablement. Les infirmières observatrices ont suivi des séances d'informations et d'exercices. Afin d'analyser les résultats, des régressions logistiques et des odds ratio ont été calculés pour évaluer l'indépendance et l'association du travail d'équipe et les résultats sur les patients. Les interventions chirurgicales ont été sélectionnées les matins mêmes des jours d'observations, sur la base des consentements de tous les membres de l'équipe d'observation. Chaque intervention a été observée par une observatrice qui a rejoint l'équipe chirurgicale lorsque le patient a été amené en salle d'opération.

7.6.2 Pertinence clinique

Grâce aux résultats, les auteurs ont constaté que quand le partage d'informations et le travail en équipe étaient peu présents, le taux de complications postopératoires augmentait. Les patients sont donc plus susceptibles d'éprouver des complications. L'objectif de recherche de cette étude correspond à la question de recherche de la revue de la littérature. De plus, l'étude a été examinée et approuvée par le comité d'examen institutionnel « *Kaiser Permanente Institutional Review Board* ».

Cette étude a été menée dans un cadre communautaire, ce qui est susceptible d'être représentatif des procédures chirurgicales. Une variété d'opérations a été observée et les équipes étaient diverses. Cependant, l'étude était de type observationnel et n'a pas établi une relation de cause à effet entre de bons comportements d'équipe et des résultats optimaux sur les patients.

Les auteurs mettent en évidence les efforts supplémentaires à mettre en œuvre, notamment sur la collaboration interdisciplinaire et l'échange d'informations afin d'améliorer les résultats sur des patients.

7.7 Description de l'étude n°7

Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J.M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 1-12.

Cette étude quasi-expérimentale longitudinale, menée dans trois unités de chirurgie et de médecine d'un hôpital du Texas (USA) de 2010 à 2012, a pour but d'étudier si une communication structurée entre professionnels, dans le cadre de rondes interdisciplinaires quotidiennes et l'utilisation d'outils de communication, améliore la satisfaction des patients, le retrait d'une sonde vésicale et le taux de réadmission hospitalière. Au total, 111 infirmières ont participé activement mais le nombre précis des patients n'est pas défini préalablement.

Pour commencer l'étude, des réunions de cas ont été organisées dans les unités de soins participantes, afin que le personnel infirmier présente à leur équipe de soins leurs patients respectifs en les récitant de mémoire, à l'aide de notes personnelles et parfois à l'aide des dossiers médicaux. Ensuite en janvier 2011, afin d'avoir plus de structure lors de la communication interprofessionnelle, l'outil SBAR a été introduit. Les auteurs décrivent l'outil SBAR comme tel :

« *The situation* » correspond à l'état de santé actuel ou au problème du patient.

« *The background* » fournit des informations sur l'histoire médicale du patient, les traitements et les changements depuis l'admission dans le service de soins.

« *The assessment* », c'est-à-dire l'évaluation clinique de la personne comprend les signes vitaux, la douleur et les changements récents de l'état clinique.

« *The recommendation* » est l'action que l'infirmière suggère de prendre.

A l'aide d'un questionnaire distribué de façon aléatoire aux patients lors de leur sortie d'hospitalisation, les auteurs ont également évalué la satisfaction des patients concernant la performance de communication avec le personnel infirmier.

De plus, en octobre 2011, les chercheurs introduisent un programme visant à réduire le taux de réadmissions hospitalières. Ce programme consiste à rajouter une évaluation des facteurs de risques des patients lors de leur admission en milieu hospitalier et fournit également aux professionnels des informations supplémentaires afin de réduire la probabilité de réadmission. Pour finir, lors des rondes interdisciplinaires quotidiennes instaurées par les chercheurs, les facteurs de risque des patients sont énumérés et évalués dans le but d'y remédier et d'atténuer leur présence.

Les résultats de l'étude montrent une amélioration significative ($p < 0.001$) du taux de réadmission en milieu hospitalier. Les auteurs observent une baisse entre le troisième et le quatrième trimestre 2011, lorsque le programme a été lancé. Le taux de réadmission est

passé de 14.5% (n=2554) à 5.2% (n=2449). De plus, en passant du quatrième trimestre 2011 au troisième semestre 2012, le taux de réadmission a diminué de manière significative ($p < 0.001$), passant de 5.2% (n=2449) à 2.1% (n=2390). Ensuite le retrait des sondes vésicales a montré une amélioration positive, cohérente et significative ($p < 0.001$). En comparant le premier trimestre 2010 au quatrième trimestre 2012, le pourcentage de sondes vésicales, retirées avec succès le deuxième jour post-opératoire, a augmenté de 78% (n=132) à 94% (n=154). De plus, les résultats montrent que la satisfaction des patients concernant la communication avec les infirmières est passée de 65-70% à 70-75%, mais n'est pas améliorée de manière significative.

7.7.1 Validité méthodologique

Trois hypothèses de recherche ont été définies avant de débiter l'étude : I) La communication structurée et les rondes interdisciplinaires quotidiennes devraient fournir une compréhension plus approfondie de l'état de santé d'un patient et de leur plan de soins et conduira à une augmentation de la satisfaction des patients. II) Le taux de réadmission diminuera après la période d'intervention. III) La prise de conscience de l'amélioration des situations de santé se traduira par une amélioration des performances des sondes vésicales.

Les résultats de l'étude confirment la deuxième et la troisième hypothèse. Concernant la première hypothèse, la satisfaction des patients n'est pas améliorée de manière significative même si elle a tendance à aller également dans le sens hypothétique. De plus les variables indépendantes, l'outil de communication SBAR et les rondes interdisciplinaires quotidiennes, influencent les variables dépendantes, c'est-à-dire la satisfaction des patients, le retrait des sondes vésicales et le taux de réadmission. Cela confirme les résultats mis en évidence par cette étude.

Afin d'employer l'outil de communication SBAR de façon optimale, toutes les infirmières ont reçu une formation sur le protocole SBAR. L'échantillonnage s'est déroulé de manière aléatoire et le nombre exact de patients n'a pas été défini préalablement. Malgré cela deux critères d'inclusions ont été établis par les chercheurs : Les sondes urinaires devaient être retirées avec succès le deuxième jour post-opératoire pour être incluses dans l'étude et la réadmission hospitalière devait concerner toutes les causes de réadmissions et être établie dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation pour être prise en compte.

Les interventions sont conformes aux recommandations de « *The Joint Commission* » dans le but d'améliorer la communication et la sécurité des patients et toutes les procédures ont été examinées par l'organisation « *The Institutional Review Board* ». De plus,

tous les professionnels ont été informés à l'avance des objectifs de l'étude et les chercheurs ont été formés et certifiés.

7.7.2 Pertinence clinique

Grâce aux interventions instaurées par les chercheurs, l'ablation des sondes vésicales, le taux de réadmission, la fréquence et la cohérence de la communication interdisciplinaire ont été améliorés, ce qui peut considérablement améliorer les résultats sur les patients.

La satisfaction des patients concernant la communication avec les infirmières n'est pas améliorée de manière significative et serait liée, selon les auteurs, aux questions posées aux patients. Ces questions traitent plus le style de communication et les comportements des infirmières que le contenu et les connaissances des professionnels. De plus, l'étude a été menée sur un même site, sans groupe témoin, ce qui présente une limitation pour les auteurs. Les chercheurs précisent que la nature longitudinale de l'étude a conduit à une variabilité* de la composition de l'équipe infirmier, les transferts, les promotions et au chiffre d'affaires. Dans une certaine mesure cela est négatif, car elle a introduit des variations incontrôlées. D'autre part, ces changements sont une réalité éprouvée dans tous les hôpitaux. Les interventions ont été testées dans des conditions réalistes, et ont produit malgré cela des résultats positifs. De plus les auteurs mettent en évidence l'amélioration du taux de réadmission, ce qui amène à un impact financier positif.

Grâce aux interventions proposées par l'étude, les infirmières prennent un rôle plus important dans l'évaluation clinique et la planification de soins et pour les auteurs, l'amélioration de la prise de conscience sera une clé de leur succès. Pour finir, les auteurs indiquent que les médecins, ressentant le fait que les infirmières soient mieux informées et impliquées, amènera à une augmentation de leur collaboration interdisciplinaire.

7.8 Synthèse des principaux résultats

Les résultats montrent de nombreux et différents impacts sur la santé des patients et chaque étude traite une composante différente avec la présence de quelques similarités. Les études sont hétérogènes en ce qui concerne les mesures de complications et deux approches différentes ont été utilisées. Des études ont opté pour l'approche d'absence de collaboration et ses conséquences, alors que d'autres études ont été au contraire, dans l'approche de la présence optimale de collaboration interdisciplinaire et de ses effets positifs.

Les études n°1, n°3 et n°4 montrent que lorsque la collaboration médecin-infirmière est optimale, les résultats des patients sont meilleurs, notamment le taux de mortalité, les in-

fections sanguines et la pneumonie contractées durant l'hospitalisation ainsi que la gestion de la douleur.

Par contre, les études n°2, n°5 et n°6 montrent que le manque de collaboration interdisciplinaire conduit à une augmentation d'erreurs humaines, influence négativement la prise en charge de la douleur et augmente les complications postopératoires. Cela met en évidence l'importance de la collaboration interdisciplinaire.

Les études n°4 et n°5 ont présenté des similarités dans leurs résultats. Ces deux études montrent que la collaboration des équipes influence la prise en charge de la douleur. De plus l'étude n°4 fait ressortir que la durée d'hospitalisation n'est pas influencée de manière significative par la collaboration interdisciplinaire, ce qui n'a pas été confirmé par d'autres études.

L'étude n°7 est la seule étude clinique quasi-expérimentale. Elle démontre qu'en mettant en place une communication structurée entre professionnels, dans le cadre de rondes interdisciplinaires quotidiennes et l'utilisation d'outils de communication, on peut observer une amélioration de la satisfaction des patients, une amélioration du retrait de la sonde vésicale et une baisse du taux de réadmission hospitalière.

D'autres dimensions que les complications chez les patients ont également été évaluées.

L'étude n°4 et n°7 montrent qu'une haute intensité de collaboration interdisciplinaire augmente la satisfaction des patients. De plus, dans l'étude n°4, la collaboration interdisciplinaire optimale réduit les sentiments d'incertitude des patients.

Ensuite, l'étude n°5 rapporte une interaction significative entre le sentiment des infirmières d'avoir été consultées adéquatement par les médecins et la gestion de la douleur.

En conclusion, toutes les études affirment qu'en améliorant la collaboration interdisciplinaire, les complications de santé sont réduites, ce qui influence favorablement la sécurité et la qualité de soins.

8. Discussion

8.1 Discussion des résultats

Cette analyse documentaire confirme la direction du cadre théorique et de la problématique. En conséquence, la question de recherche est affirmée par les résultats trouvés dans les articles retenus traitant les concepts de collaboration, d'interdisciplinarité et la discipline infirmière. Les résultats permettent de mettre en avant des éléments essentiels de la collaboration médecin-infirmière et de sa relation avec une diminution des complications de santé chez les patients telles que les erreurs médicales, le taux de mortalité, les infections et le taux de réadmission hospitalier. Ces effets trouvés sont discutés ci-dessous.

Un premier effet concerne les erreurs médicales identifiées comme une conséquence du manque de collaboration interprofessionnelle par les HUG (2011) et confirmé par les résultats de l'étude de Donchin, et al. (2003). De plus, les résultats montrent que les complications de santé chez les patients peuvent être diminuées lorsqu'une collaboration interdisciplinaire est présente de façon optimale. Ce point rejoint l'idée de Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman (1986) et du Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone (2015) qui rapportent qu'une approche interdisciplinaire permet de diminuer voir d'éviter des complications de santé.

Knaus, Draper, Wagner, & Zimmerman (1986) affirme de manière significative que là où la collaboration médico-infirmière était meilleure, le taux de mortalité des patients diminuait. Ces résultats sont confirmés par l'étude analysée de Wheelan, Burchill, & Tilin (2003).

Helmreich, Sexton, & Thomas (2003) montrent que seulement une petite partie des infirmières jugeaient la qualité de collaboration et de communication avec les médecins optimale. Ce qui peut être complété avec les résultats de l'étude de Van Niekerk, Hons, & Martin (2003) affirmant que lorsque les infirmières ne se sentent pas suffisamment consultées par les médecins, elles étaient plus susceptibles de percevoir les connaissances des médecins insuffisantes et de percevoir une coopération lacunaire de leurs part.

Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014) ont mis en évidence un outil de communication interprofessionnel (SBAR) afin d'améliorer la communication entre les infirmières et les médecins et ainsi dépister rapidement les complications potentielles en utilisant l'évaluation clinique et la transmission précoce d'un changement de l'état de santé d'un patient. Mettre en avant la collaboration interdisciplinaire par des systèmes de communication telle que le SBAR reste un moyen proposé dans la littérature par plusieurs auteurs (Moll & Granry, 2014 ; M'Rithaa, Fawcus, Korpela, & De la Harpe, 2015 ; Blom, Petersson, Hagell, & Westergren, 2015).

L'importance du rôle de l'infirmier dans la collaboration interdisciplinaire a été documentée comme pertinente dans les études de Donchin, et al. (2003) ; Boev & Xia (2015) ; Van Niekerk, Hons, & Martin (2003) et de Townsend-Gervis, Cornell, & Vardaman (2014). Bien que plusieurs études aient explorées l'importance de la collaboration interdisciplinaire, elles manquent de clarté sur les typologies de professions impliquées.

Comme rapporté dans l'introduction, les infirmières jouent un rôle essentiel pour repérer pro-activement les risques et les complications possibles ainsi que pour développer des stratégies de prévention primaire, secondaire et tertiaire (SIDIEF, 2015).

De plus, le travail d'équipe, les soins centrés sur la personne et la communication interpersonnelle ont été clairement identifiées, que ce soit de façon positive ou négative, dans pratiquement toutes les études retenues (Wheelan, Burchill, & Tilin, 2003 ; Donchin, et al.,

2003 ; Boev & Xia, 2015 ; San Martin-Rodriguez, D'Amour, & Leduc, 2008 ; Van Niekerk, Hons, & Martin, 2003 ; Mazzocco, et al., 2009 ; Townsend-Gervis, Cornell, & Vardaman, 2014). Toutefois, d'autres caractéristiques comme la résolution de conflits interpersonnels, le leadership collaboratif, et la clarification des rôles n'en sont pas clairement ressorties. Il est important que toutes les caractéristiques soient présentes même si elles ne sont pas clairement identifiées et explicitées car elles sont un déterminant crucial pour qu'une collaboration interdisciplinaire soit efficace.

Enfin, ce travail a mis en lumière le métaparadigme infirmier comprenant les concepts qui fondent la théorie (la personne, la santé, l'environnement et les soins). Cette revue de la littérature a permis de mettre en évidence que les concepts de collaboration et d'interdisciplinarité s'insèrent dans les quatre dimensions du métaparadigme. Lorsque l'infirmière intervient auprès du patient et de sa famille, elle prend en compte ces quatre dimensions pour se centrer sur le maintien et la promotion de la santé.

En conclusion, L'étude de Kalisch & Tschannen (2009) affirme que la collaboration interdisciplinaire contribue à l'optimisation de la qualité et de la sécurité des soins. Cet énoncé est appuyé par les résultats de toutes les études. En diminuant le taux de mortalité, les infections, les complications postopératoires et le taux de réadmission hospitalier, et grâce à l'optimisation de la collaboration médico-infirmière, la sécurité des patients ainsi que la qualité de soins sont améliorés.

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Cinq des études sélectionnées pour cette revue de la littérature sont disciplinaires, donc du domaine infirmier. L'essentiel des échelles de mesures, des outils, les analyses statistiques et les logiciels informatiques employés pour la recherche sont reconnus scientifiquement et font preuve d'une fiabilité et validité*. Tous les résultats positifs mais également négatifs sont pris en compte et discutés évitant de ce fait un biais* de publication.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ainsi que l'échantillonnage probabiliste utilisés dans toutes les études ont permis de cibler une population représentative. De plus, des échantillons avec un caractère aléatoire sont présents dans cinq études retenues, ce qui diminue le risque de biais de sélection*. Les échantillons n'ont pas subi de modifications ni de perte significative en cours de recherche. Bien que toutes les études montrent des résultats statistiquement significatifs, aucune étude ne présente une réflexion par rapport à sa puissance statistique nécessaire afin d'éviter des biais dans la méthodologie et l'interprétation des résultats.

Certaines études précisent de manière claire la crédibilité et la fiabilité des évidences, alors que certaines ne donnent pas d'informations précises.

Les résultats montrent la pertinence et l'efficacité de la méthode de communication SBAR qui est d'ailleurs enseignée à la Haute Ecole de Santé (HES) de Sion.

8.3 Limites et critiques de la revue de la littérature

Pour commencer, il s'agit d'une revue de la littérature étoffée et non systématique. De ce fait, elle est non exhaustive.

Du fait qu'ils proviennent d'études scientifiques, les différents résultats paraissent pertinents. Cependant, il est nécessaire de prendre en compte que toutes les études ne sont pas d'un niveau de preuve élevé et que trois études proviennent de l'année 2003. Le certain manque d'études récent pourrait être une preuve que le sujet n'a pas été étudié dernièrement. Une autre limite de cette revue de la littérature possible est le fait qu'il n'y a aucune ou peu d'études randomisées récentes trouvées durant les recherches sur les bases de données. De ce fait, le manquement d'études randomisées démontrant des faits peut se faire ressentir.

Ensuite dans ce travail, la méthodologie a une grande importance et demande un esprit critique afin de sélectionner les résultats les plus pertinents. Toutefois par manque d'expérience dans le domaine de la recherche, il est difficile de se positionner en tant que novice à ce niveau de formation afin de sélectionner et d'analyser les résultats les plus pertinents. Les origines des études analysées sont hétérogènes et les différentes unités de soins étudiées se limitent principalement aux soins intensifs et aux unités de chirurgie et de médecine. De plus, cette revue de la littérature se concentre avant tout sur la collaboration médico-infirmière. Cependant il y a certainement d'autres visions à apporter en incluant les autres professionnels de la santé. Il est donc important de préciser que les résultats doivent être interprétés avec prudence et qu'ils ne peuvent pas forcément être généralisables* dans d'autres services de soins et dans d'autres structures de santé. Les résultats ne permettent pas de déclarer que la collaboration interdisciplinaire garantit une amélioration des complications de santé dans tous les services de soins. Plus d'études doivent clarifier cette association afin d'apporter plus d'évidence par rapport à ce sujet.

Les données collectées dans les études scientifiques proviennent de différents pays dont la Suisse ne fait pas partie. Ces études peuvent inspirer toutes les structures de santé mais n'apportent pas une validité externe* pour les interpréter dans un contexte suisse du fait des différences légales, politiques et institutionnelles (système d'assurances sociales et de politiques de santé différentes) ainsi que géographiques et démographiques.

9. Conclusions

Dans cette revue, la relation entre la collaboration médico-infirmière et les complications de santé chez des patients adultes constitue l'objet principal des recherches. Grâce aux différentes recherches et aux analyses des résultats, cette relation a pu être mise en évidence. L'intensité et l'efficacité de collaboration médecin-infirmière influencent les complications de santé ainsi qu'indirectement la qualité de soins et la sécurité des patients. Lorsque celle-ci est pratiquée de manière optimale, les complications de santé, le taux de mortalité, les erreurs médicales et le taux de réadmission hospitaliers diminuent considérablement.

9.1 Propositions pour la pratique

Dans un premier temps, il serait essentiel de sensibiliser les professionnels à l'importance de la collaboration médecin-infirmière et des influences qu'elle a sur les complications de santé mais également sur la qualité des soins et la sécurité des patients. Chaque professionnel doit être conscient de son rôle et de l'importance de sa contribution lors de la collaboration. Les interactions doivent permettre d'utiliser et de valoriser au mieux les connaissances et les compétences de chacun.

Les rôles principaux de l'infirmière sont d'établir des diagnostics infirmiers, de repérer les risques possibles de détérioration de l'état de santé du patient et de développer des stratégies de prévention. En utilisant l'évaluation clinique, elle reste en alerte pour signaler au médecin toute modification de l'état de santé afin qu'il puisse planifier des interventions. Le rôle principal des médecins consiste à établir un diagnostic médical en fonction de l'examen clinique, biologique et technologique, mais également des informations transmises par les infirmières et de proposer un traitement adéquat.

Il y a des développements en cours sur la collaboration et la communication médecin-infirmière notamment élaborés par l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI), section Valais. Cette association propose aux infirmières et aux étudiant-es en soins infirmiers une formation sur la communication médecin-infirmière afin de comprendre les attentes de ces deux professions et de proposer des outils dans le but d'améliorer la communication professionnelle. Il paraît essentiel de mettre en évidence ces propositions de formation dans les structures de soins ainsi que dans les Hautes Ecoles de Santé.

Toutefois, cette sensibilisation ne doit pas seulement se limiter aux infirmières mais doit également concerner les médecins. Des projets sont en cours afin de favoriser la collaboration entre la discipline médicale et la discipline infirmière, comme le proposent (Chastonay, et al., 2015). Chastonay, et al. (2015) ont instauré un programme proposant à des étudiants en médecine et à des étudiants en soins infirmiers de la Suisse romande

d'effectuer des stages dans des pays de développement dans le but d'étudier des problèmes de santé publique dans une approche interdisciplinaire. Ce programme met en évidence l'excellente dynamique qui s'établit entre les différents étudiants. Ces derniers constatent et apprécient leurs spécificités mais aussi leurs complémentarités.

Une proposition pour le terrain serait de créer un espace de travail en commun pour tous les professionnels afin d'instaurer et de favoriser la collaboration médico-infirmière. La plupart du temps, aux soins intensifs et dans les unités de chirurgie et de médecine, les interactions entre les médecins et les infirmières se font debout au desk infirmier, entourés d'autres collègues, et avec le risque d'être interrompus par les personnes présentes dans l'unité de soins. La création d'un lieu de travail en commun, réservé aux professionnels permettrait d'amener un climat calme et propice à la collaboration et à la communication. Cependant, le temps disponible aux interactions de la part des professionnels doit être pris en compte, car il est souvent limité et variable en fonction de la charge de travail et des imprévus.

De plus, il serait intéressant de développer et de proposer des cours d'examen cliniques aux infirmières et aux médecins, mais également aux autres professionnels de la santé afin de développer les compétences des différents acteurs impliqués dans ce cours. Le but serait de favoriser et d'amener les professionnels à collaborer et à se transmettre les informations observées. Ces cours permettraient de mettre en évidence les besoins d'informations de la part des professionnels et l'importance de collaborer afin d'identifier les éventuelles complications le plus rapidement possible.

9.2 Propositions pour la formation

Dans la formation des soins infirmiers proposée par la HES de Sion, la collaboration, la communication et l'interdisciplinarité y sont abordées au début de la formation. Après avoir effectué des stages en milieu hospitalier, les étudiants ont souvent rencontré des situations de collaboration médico-infirmière efficaces ou au contraire difficiles. Il serait également intéressant d'aborder ces thèmes en fin de formation Bachelor afin que les étudiants puissent partager leurs expériences, évaluer comment ils ont géré les situations rencontrées, quels outils et quelles ressources ils ont utilisés afin de faire face aux situations difficiles. De plus, la présence de professionnels, tel que des médecins et des infirmières, témoignant leurs expériences en matière de collaboration pourrait apporter des connaissances, des conseils et des ressources sur différentes situations.

Ensuite, il serait intéressant de mettre à disposition des formations continues, que ce soit aux infirmières diplômées ou aux médecins, comme le propose l'Association Suisse des Infirmières et Infirmiers (ASI). Ces formations permettraient également de partager et de discuter de ses expériences, de développer les ressources disponibles, de discuter des

attentes et des rôles de chaque profession. L'approche interdisciplinaire doit faire partie de la formation de base afin d'amener les étudiants au développement de leurs rôles infirmiers, plus spécifiquement le rôle de leadership, de collaborateur et de communicateur, qui est essentiel à une collaboration interdisciplinaire optimale.

9.3 Propositions pour la recherche

Lors de l'exploration des bases de données, un manque d'études concernant la population suisse s'est fait ressentir. Il est fort possible que les structures de santé suisses aient déjà fait des recherches internes sur la collaboration médecin-infirmière, mais sans toutefois les rendre publiques ou les mettre en lumière par un dispositif scientifique. Il serait donc intéressant d'effectuer une étude clinique randomisée au niveau suisse ou même sur le territoire valaisan, afin de mettre en évidence l'effet de la collaboration sur les complications de santé chez les patients. De plus, une étude exploratoire observationnelle dans les milieux de soins valaisans permettrait de mettre en lumière les besoins de formations pour améliorer la collaboration interdisciplinaire, de mettre en lumière les outils mis en place ainsi que les ressources disponibles pour les professionnels pouvant rencontrer des problèmes de collaboration.

Cette revue de la littérature concerne uniquement la collaboration interdisciplinaire dans les services de soins. Cependant d'autres voies sont à explorer, notamment la collaboration institutionnelle, c'est-à-dire la collaboration entre les différents établissements de soins tels que les CMS, les EMS et les cliniques de réadaptation.

10. Références bibliographiques

- Ahern, K., Bogossian, F., & Lim, J. (2010). Stress and coping in a Singaporean nurses: A literature review. *Nursing and Health Sciences* , 12, 251-258.
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. (2015). *Cadre de pratique des infirmières et infirmiers au Canada*. 1-35.
- Association des Médecins du canton de Genève. (2008). *Faut-il craindre l'erreur médicale*. Accès <http://www.amge.ch/2008/08/18/faut-il-craindre-l-erreur-medicale/>
- Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques. (2009). *Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques*. Accès <http://www.anq.ch/fr/anq/>
- Association Suisse des infirmières. (2012). *Réglementation de l'exercice de l'infirmière de pratique avancée*. Accès http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/bildung/APN/docs/2012_10_29_Eckpunkte_ANP_fr.pdf
- Badihi, Y., Biesky, M., Cotev, S., Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., ... Pizov, R. (2003). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Quality Safety Health Care* , 12, 143-148.
- Baggs, J. G., Eldrege, D. H., Hutson, A., Mitchell, P. H., Mushlin, A. I., Oakes, D., Schmitt, M.H. (1999). Association between nurse-physician collaboration and patient outcomes in three intensive care units. *Critical Care Medicine* , 27, 1991-1998.
- Baggs, J., & Schmitt, M. (1997). *Nurses' and resident physicians' perceptions of the process of collaboration in an MICU*. *Research in Nursing and Health*, 20, 71-80.
- Balavoine, F., Budan, F., Perone, N., Schaller, P., Schusselé Filliettaz, S., & Waldvogel, F. (2015). concrétiser la prise en charge interdisciplinaire de la complexité. *Santé Publique* , 77-86.
- Barumandzadeh, T., & El Methni, M. (2005). Analyse des comparaisons a posteriori. *Licence de psychologie L3* , 1.

- Beaulieu, M., D'Amour, D., Ferrara-Videla, M., & San Martin Rodriguez, L. (2005). The conceptual basis for interpersonal collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal for Interprofessional Care* , 5, 116-131.
- Berenholtz, S. M., Goeschel, C. A., Hunt, E., Lubomski, L. H., Marsteller, J. A., Needham, D. M., ... Thompson, D.A. (2006). Creating High Reliability in Health Care Organizations. *Health Services Research*, 4, 1599-1617.
- Blom, L., Petersson, P., Hagell, P., & Westergren, A. (2015). The SBAR model for communication between health care professionals: a clinical intervention pilot study. *Medical and Health Sciences* , 8, 530-535.
- Boev, C., & Xia, Y. (2015). Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care. *Critical Care Nurse* , 35, 66-72.
- Canadian Interprofessional Health Collaborative. (2010). Référentiel national de compétences en matière d'interprofessionnalisme. *College of Health Disciplines* . 1-35
- Chan, S. W., Liaw, S. Y., Tang, C. J., & Zhou, W. T. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses : An integrated literature review. *International Nursing Review* , 60, 291-302.
- Chastonay, P., Baumann, F., Chastonay, O., Staudacher, K., Verloo, H., Kabengele, E., ... Bernheim, L. (2015). Stages dans des pays en développement au cours des études de médecine: Eléments de la littérature et réflexions basées sur quatre expériences en Suisse romande. *Revue Médicale Suisse* , 11, 308-313.
- Choi, B., & Pak, A. W. (2006). Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, 351-364.
- Classification Internationale pour la sécurité des patients. (2009). The International Classification for patient safety. *World Health Organization*, 1-3.
- Click, E. R., Fitzpatrick, J. J., Glembocki, M. M., McNulty, R., & Nair, D. M. (2011). frequency of nurse-physician collaborative behaviors in an acute care hospital. *Journal of Interprofessional Care* , 1-6.

- Curtis, E., De Vries, J., & Sheering, F. (2011). Developing leadership in nursing: exploring core factors. *British Journal of Nursing*, 20, 306-309.
- D'Amour, D. (1997). *Structuration de la collaboration interprofessionnelle dans les services de santé de première ligne au Québec*. Accès http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk2/tape17/PQDD_0003/NQ32608.pdf
- D'Amour, D., Sicotte, C., & René, L. (1999). L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 17 (3), 67-93.
- Darbellay, F., & Perrig-Chiello, P. (2002). *Qu'est-ce que l'interdisciplinarité? Les nouveaux défis de l'enseignement*. Lausanne : Editions Réalités Sociales.
- Delamaire, M., & Lafortune, G. (2010). les pratiques infirmières avancées: Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. Editions OCDE.
- Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C. L., ... Cotev, S. (2003). A look into the nature and causes of human error in the intensive care unit. *Quality and Safety Health Care*, 12, 143-148.
- Dufour, B., Fourez, G., & Maingain, A. (2002). Approches didactiques de l'interdisciplinarité. *Revue des sciences de l'éducation*, 29, 211-212.
- Fondation pour la Sécurité des Patients en Suisse. (2003). *Stratégie de la Fondation pour la sécurité des Patients*. Accès <http://www.patientensicherheit.ch/fr/Portrait/Contact.html>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd.). Lyon : Mallet Conseil.
- Friedman, T. (2005). *The world is flat: A brief history of the 21st century*. New York: Straus and Giroux.
- Griesser, A.-C. (2010). *Petit précis d'organisation des soins interdisciplinarité* (2^e éd.). Rueil-Malmaison : Lamarre.
- Hamric, A. B., Hanson, C. M., & Spross, J. A. (2009). *Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach* (4^e éd.). St-Louis, Missouri: Elsevier.

Haute Autorité de Santé. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique. *Service des bonnes pratiques professionnelles* , 1-90.

Hébert, R. (1990). *Interdisciplinarité en gérontologie, actes du 4e congrès international francophone de gérontologie* (4^e éd.). Montréal: Edisem.

Helmreich, R., Sexton, J., & Thomas, E. J. (2003). Discrepant attitudes about teamwork among critical care nurses and physicians. *Critical Care Medicine* , 31, 956-959.

Henneman, E., Lee, J., & Cohen, J. (1995). Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* , 21, 103-109.

Hôpitaux Universitaires de Genève. (2011). *Colloque de médecine de premier secours*.

Accès

http://www.hugge.ch/sites/interhug/files/structures/medecine_de_premier_recours/documents/colloques_MPR/progr_colloque_smpr_13_04_11.pdf

Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2004). *Le MeSH bilingue anglais-français*. Accès

<http://mesh.inserm.fr/mesh/>

Institut français de l'Education . (2013). *Vie et santé*. Accès

<http://acces.ens-lyon.fr/acces/aLaUne/smart>

Kalisch, B. J., & Tschannen, D. (2009). The impact of nurse/physician collaboration on patient length of stay. *Journal of Nursing Management* , 17, 796-803.

King, C., Kramer, M., Krugman, M., & Schmalenberg, C. (2005). Excellence through evidence: Securing collegial/collaborative nurse-physician relationships. *Journal of Nursing Administration* , 35, 450-458.

Knaus, W. A., Draper, E. A., Wagner, D. P., & Zimmerman, J. E. (1986). An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine* , 104 (3), 410-418.

Knaus, W. A., Wagner, D. P., Zimmerman, J. E., & Draper, E. (1993). Variations in mortality and length of stay in intensive care units. *Annals of Internal Medicine* , 118, 724-738.

Larousse. (2007). *Le petit Larousse illustré*. Paris.

- Ledergerber, C., Mondoux, J., & Sottas, B. (2009). Compétences spécifiques finales pour les filières d'études HES du domaine de la santé. *Revue spécialisée*, 1-7.
- Lindeke, L. L., & Sieckert, A. M. (2005). nurse-physician workplace collaboration. *Journal of Issues in Nursing*, 10 (1).
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Tatano Beck, C. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: approches quantitatives et qualitatives*. Montréal : ERPI.
- Mann, R. (1966). The development of member and member-trainer relationships in self-analytic groups. *Human Relations*, 19, 84-117.
- Mazzocco, K., Petitti, D., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., ... Thomas, E.J. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 678-685.
- Moll, M. C., & Granry, J. C. (2014). La simulation: un facteur de développement des compétences professionnelles. *Risques & Qualité*, 11, 21-25.
- M'Rithaa, D. K., Fawcus, S., Korpela, M., & De la Harpe, R. (2015). The expected and actual communication of health care workers during the management of intrapartum: An interpretive multiple case study. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 7, 1-8.
- Petri, L. (2010). Concept Analysis of Interdisciplinary Collaboration. *Nursing Forum*, 45 (2), 73-82.
- Piaget, J. (1973). L'épistémologie des relations interdisciplinaires. *Bulletin Uni-information*, 4-8.
- San Martin-Rodriguez, L., D'Amour, D., & Leduc, N. (2008). Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nursing Journal*, 31, 18-27.
- Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone. (2015). *La qualité des soins et la sécurité des patients: une priorité mondiale*. Accès <https://www.sidiief.org/wp-content/uploads/SIDIIEF-M-moire-Qualit-des-soins.pdf>
- Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 1-12.

Van Niekerk, L. M., Hons, B., & Martin, F. (2003). The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Management Nursing* , 4, 3-10.

Wheelan, S. A., Burchill, C. N., & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal Of Critical Care* , 12, 527-534.

Wheelan, S., & Hochberger, J. (1996). Validation studies of the group development questionnaire. *Small Group Research* , 27, 143-170.

11. Annexes

11.1 Annexe I : Tableaux de recension

Wheelan, S. A., Burchill, C. N., & Tilin, F. (2003). The link between teamwork and patients' outcomes in intensive care units. *American Journal Of Critical Care*, 12, 527-534.

<p>Type d'étude ou devis : Etude descriptive longitudinale</p> <p>Paradigme : Positivisme</p> <p>Niveau de preuve : 4</p>	<p>Echantillon : 234 professionnels de 17 unités de soins intensifs différents des Etats-Unis ont participé à l'étude. 75% étaient des infirmières, et 25% correspondait à d'autres professionnels de la santé (médecins, assistants, et infirmières auxiliaires)</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Les participants devaient travailler dans un service de soins intensifs durant tout le long de l'étude et se sont portés volontaires à participer.</p>	<p>But, objectifs Examiner la relation entre le niveau de travail d'équipe (auto-évalué par les participants) dans une unité de soins intensifs et les résultats sur les patients.</p> <p>Question de recherche Non formulée</p> <p>Hypothèse : Non formulée</p> <p>Variables : <i>Dépendante :</i> le taux de mortalité <i>Indépendante :</i> le travail interdisciplinaire</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique :</p> <p>La collaboration</p> <p>L'interdisciplinarité</p> <p>Les soins infirmiers</p> <p>La qualité de soins</p> <p>La communication</p>	<p>Méthode de collecte des données : Les données recueillies comprennent les réponses du « <i>Group Development Questionnaire (GDQ)</i> » et du système APACHE, qui a été utilisé pour prédire le risque de décès d'un patient. Ces données APACHE ont été recueillies 1 mois après l'admission aux soins intensifs et le risque de mortalité est déterminé en examinant les dossiers des patients. Chaque hôpital a affecté 1 personne en tant que facilitateur et coordinateur pour la collecte de données, qui a été faite durant 5 jours. Le GDQ contient au total 60 questions correspondant aux 4 étapes de développement de groupe (1= inclusion/dépendance, 2= contre-dépendance/conflict, 3= confiance/collaboration/travail d'équipe et 4= travail/ augmentation de l'efficacité de la productivité). Chaque question est notée de 1 (jamais vrai) à 5 (toujours vrai). Pour évaluer la moyenne de productivité d'un groupe de travail, la question suivante a été posée : « A votre avis, comment est la productivité de ce groupe ». Les professionnels l'évaluent sur une échelle de 1(pas productive du tout) à 4 (très productive).</p> <p>Ethique : Non formulée</p>	<p>Méthode d'analyse : Des variances et des moyennes ont été utilisées pour analyser les données.</p> <p>Logiciel statistique : Non formulé</p>	<p>Résultats : Une corrélation significative (P=0.004) a été notée entre les étapes de développement du groupe et le taux de mortalité des patients. lorsque le stade de développement de l'équipe augmente, le taux de mortalité prédit diminue. Les professionnels des services de soins intensifs avec des taux de mortalité faible, percevaient leur service comme fonctionnant à des stades supérieurs de développement. De plus, l'analyse de variances* a montré que les services avec un taux de mortalité faible et un personnel hautement performant sont beaucoup moins dépendants que les autres services et sont également moins engagés dans un conflit avec les autres professionnels. Les membres des unités avec un taux de mortalité faible et un personnel hautement performant perçoivent leur service comme plus organisé et plus performant et se sentent plus en confiance les uns envers les autres. Conclusion : Les résultats de cette étude établissent un lien entre le travail d'équipe et les résultats sur les patients. Les professionnels des unités avec un taux de mortalité faible et une performance d'équipe élevée perçoivent leur équipe comme fonctionnelle, performante et se situent à un niveau élevé dans les étapes de développement de groupe. Forces et faiblesses de l'étude : Pour les auteurs, la preuve est suffisante pour justifier la mise en œuvre de stratégies visant à améliorer le niveau de travail d'équipe et la collaboration entre les membres du personnel dans les unités de soins intensifs.</p>
--	--	--	---	--	---	---

Donchin, Y., Gopher, D., Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C. L., et al. (2003). A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit. *Quality and Safety Health Care*, 12, 143-148

<p>Type d'étude ou de vis : Une étude longitudinale</p> <p>Paradigme : Positivisme</p> <p>Niveau de preuve : 4</p>	<p>Echantillon : l'échantillon a été défini par un échantillonnage probabiliste simple.</p> <p>Le centre médical qui a participé à l'étude est un hôpital de Jérusalem de 650 lits dont 46 patients ont participé à l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion / exclusion : L'unité de soins doit être consciente des enjeux et de l'importance d'étudier les erreurs.</p>	<p>But, objectifs Le but est d'enquêter sur la nature et les causes des erreurs humaines dans une unité de soins intensifs.</p> <p>Question de recherche : Quelles sont la nature et les causes des erreurs humaines ?</p> <p>Hypothèse : Des erreurs se produisent et suivent un modèle qui peut être découvert.</p> <p>Variables : <i>Dépendante :</i> erreurs humaines et les activités de soins <i>Indépendante :</i> communication verbale et la collaboration entre médecins et infirmières.</p>	<p>Concepts Cadre de référence théorique :</p> <p>Les erreurs médicales</p> <p>La collaboration</p> <p>La communication</p> <p>L'interdisciplinarité</p> <p>Les soins infirmiers</p> <p>La qualité de soins</p>	<p>Méthode de collecte des données : la collecte de données a recueilli et observé les erreurs humaines et les activités de soins durant 4 mois. Lors de la découverte d'une erreur, celle-ci est immédiatement enregistrée sur un formulaire incluant le temps de l'événement et de la découverte, la personne qui a commis l'erreur, l'identité de la personne qui l'a découverte et une courte description de l'erreur avec sa cause présumée.</p> <p>Les rapports d'erreurs sont évalués par trois membres du personnel (2 médecins et 1 infirmière) et sont notés à l'aide d'une échelle de gravité, 1 étant moins grave et 5 la plus grave.</p> <p>Les activités concernent l'enregistrement de toutes les activités autour des lits de 46 patients durant 24h. les observations ont été effectuées par des enquêteurs.</p> <p>Toutes les mesures et interventions supplémentaires sont également notées sur une feuille (par exemple le Glasgow, les quantités d'urines, l'intubation endotrachéale d'urgence, pose de cathéters). De plus, les résultats de laboratoires sont enregistrés.</p> <p>Ethique : non formulée</p>	<p>Méthode d'analyse : Les distributions de fréquences, les activités moyennes, les taux d'erreurs, et les pourcentages ont été calculés et croisés en utilisant un logiciel statistique. De plus un test de corrélation de Pearson a été effectué</p> <p>Logiciel statistique : SAS, Cary, NC.</p>	<p>Résultats : Un total de 8178 activités ont été enregistrées au cours de ces observations, dont 78 erreurs, ce qui correspond à 0.95% des activités. 382 (4.7%) des activités ont été réalisées par un seul médecin et 6857 (84%) des activités par une seule infirmière. Ensemble, les médecins et les infirmières ont été impliqués dans 256 (3%) des activités. Lors des 15 derniers patients qui ont été observés, une attention particulière a été consacrée à la communication verbale entre les professionnels. Sur les 3018 activités enregistrées concernant les 15 derniers patients, la communication verbale n'a été observée que dans 291 (9%) activités. De plus, seulement 60 (2%) des activités concernaient la communication verbale entre les médecins et les infirmières.</p> <p>Au total 554 erreurs humaines ont été enregistrées, dont 476 erreurs par les médecins et les infirmières et 78 erreurs par les observateurs. La communication verbale entre les médecins et les infirmières a été enregistrée dans 205 (37%) des rapports d'erreurs.</p> <p>Concernant l'indice de gravité des erreurs, celui-ci a montré que 147 (29%) des erreurs se trouvaient dans les catégories 4 et 5, ce qui veut dire que ces erreurs pourraient causer une détérioration significative de l'état du patient ou même amener à la mort. Sur le nombre total d'erreurs signalées par le personnel médical, 206 (46%) des erreurs ont été commises par des médecins et 240 (54%) par des infirmières. Les types d'erreurs les plus fréquemment rencontrés concernent le système nerveux central et cardiovasculaire mais également le système respiratoire et digestif.</p> <p>Conclusion : Un nombre important d'erreurs humaines dangereuses se produit dans l'unité de soins intensifs. Bon nombre de ces erreurs pourraient être attribué à des problèmes de communication entre les médecins et les infirmières. Les infirmières ne faisaient pas partie intégrante des tours de médecins alors que dans la plupart des cas, elles ne participaient pas et n'étaient pas incluses dans l'échange d'informations.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Les auteurs précisent que la simple réalisation d'une étude avec des observateurs et des rapports d'erreurs peut modifier les comportements des professionnels. De plus, l'étude a été menée dans une unité de soins spécifiques d'un hôpital israélien, une unité grossièrement en sous-effectif, qui sert aussi de centre de formation.</p>
---	---	--	--	--	---	---

Boev, C., & Xia, Y. (2015). Nurse-physician collaboration and hospital-acquired infections in critical care. *Critical Care Nurse*, 35, 66- 72.

<p>Type d'étude ou devis : Une étude longitudinale composée de 2 analyses</p> <p>Paradigme : Positive</p> <p>Niveau de preuve : 4</p>	<p>Echantillon : L'étude a été menée dans un hôpital universitaire de New-York. 4 services de réanimation (chirurgie, médecine, grands brûler et cardiovasculaire) ont participé à l'étude. Au total, 671 infirmières ont participé à la première partie de l'étude et 3610 patients ont participé à la deuxième partie.</p> <p>Critères d'inclusion : Inclusion : Les unités devaient être isolées géographiquement les unes des autres. Pour les patients ayant contracté une pneumonie liée à la ventilation mécanique, la ventilation devait avoir duré au minimum 2 jours. Concernant les infections sanguines causées par des cathéters centraux, ces cathéters devaient être restés en place au minimum 2 jours.</p>	<p>But, objectifs : Examiner la relation entre la collaboration médecin-infirmière et les infections associées aux soins chez les adultes.</p> <p>Question de recherche : Quelle est la relation entre la collaboration médecin-infirmière et la pneumonie associée à la ventilation mécanique ainsi que les infections sanguines associées aux cathéters centraux, contractées par les patients qui sont directement liées à la pratique infirmière de l'unité de soins.</p> <p>Hypothèse : L'hypothèse est que la collaboration médecin-infirmière est liée à la pneumonie contractée durant la ventilation mécanique et l'infection sanguine causée par un cathéter central</p> <p>Variables : <i>Dépendante :</i> les pneumonies et les infections sanguines <i>Indépendante :</i> la collaboration médecin-infirmière</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique : la collaboration</p> <p>l'interdisciplinarité</p> <p>les soins infirmiers</p> <p>la qualité de soins</p>	<p>Méthode de collecte des données : Une première étude a été réalisée durant 4.25 ans, afin de mesurer la perception des infirmières sur leur environnement de travail, à l'aide d'une enquête « <i>The Nurse Perception Survey</i> » utilisée 1 fois par année. La collaboration médecin-infirmière a également été mesurée à l'aide d'une échelle de Likert* à 6 points. 1 = fortement en désaccord et 6= fortement d'accord. Les données sur toutes les infirmières qui ont participé à l'étude initiale ont été incluses dans l'analyse secondaire. Lors de la deuxième analyse, des données sur des patients (n=3610) atteints de pneumonie, associée à la ventilation mécanique, et des infections sanguines associées aux cathéters centraux quittant le service ont été recueillies. D'autres informations sur les patients ont été recueillies, notamment l'âge, le sexe, la durée du séjour et les comorbidités. Ces données ont été analysées durant l'étude secondaire.</p> <p>Ethique : L'analyse secondaire des données a été approuvée par l'examen de la recherche universitaire.</p>	<p>Méthode d'analyse : Un score moyen a été calculé pour toutes les infirmières. Pour assurer un nombre suffisant de résultats et un niveau suffisant de variabilités, les données ont été regroupées par unité de soins et par mois. Les données ont été calculées et exprimées en moyennes et écart-types. Les valeurs P inférieures à 0.05 ont été considérées comme significatives. Une modélisation linéaire mixte pour l'analyse des données a été utilisée, ce qui a permis de contrôler les observations au sein des groupes qui peuvent être dépendant en raison du phénomène de la nidification. (par ex : les patients en réanimation cardiovasculaires auraient des taux inférieurs de pneumonies car ils ne sont généralement pas intubés pendant de longues périodes après l'opération). Le contrôle de la nidification dans l'analyse de données est important pour diminuer l'erreur.</p> <p>Logiciel statistique : SAS version 9.3 Software (SAS Institute Inc.)</p>	<p>Résultats : La collaboration médecin-infirmière a été significativement liée aux deux types d'infections observés. Pour chaque augmentation de 0.5% en intensité de la collaboration, le taux des infections sanguines diminue de 2.98% (P=0.005) et celle de la pneumonie de 1.13% (P=0.005). Une proportion plus élevée d'infirmières a été associée à une incidence plus faible d'infections sanguines de 0.43% (P=0.02) et un taux de pneumonie inférieure de 0.17% (P=0.01). Les unités de soins avec plus d'heures de soins infirmiers pour les patients ont été associées à une diminution du taux d'infections sanguines de 0.42% (P=0.05). Les unités avec des perceptions favorables sur la collaboration médecin-infirmière ont été associées à des taux plus bas d'infections sanguines et de pneumonies.</p> <p>Conclusion : La collaboration médecin-infirmière est significativement liée aux infections contractées durant l'hospitalisation. Par exemple, lors d'une pose d'un cathéter central, tous les membres de l'équipe de soins doivent communiquer efficacement et collaborer les uns avec les autres sur une technique stérile, l'utilisation d'équipements et la mise à jour des protocoles/procédures. Les résultats de cette étude a le potentiel d'améliorer la sécurité des patients grâce à une meilleure collaboration et communication.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : La généralisation des résultats est difficile car l'étude a été menée dans un seul hôpital universitaire. De plus, seules les perceptions des infirmières sur la collaboration médecin-infirmière ont été mesurées. La perception des médecins n'a pas été prise en compte.</p>
--	---	--	--	--	---	--

D'Amour, D., Leduc, N., & San Martin-Rodriguez, L. (2008). Outcomes of interprofessional collaboration for hospitalized cancer patients. *Cancer Nursing Journal*, 31, 18-27.

<p>Type d'étude ou de- vis : Étude quantitative transversale comparative</p> <p>Para- digme : positivisme</p> <p>Niveau de preuve : 4</p>	<p>Echantillon : 312 patients d'un hôpital universitaire espagnol, 34 médecins et infirmières travaillant dans 4 unités d'oncologie et d'hématologie.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : <i>Critères d'inclusion :</i> doit être ou avoir été hospitalisé pendant une période de 8 mois ; doit avoir reçu des soins dans 1 des 4 unités participant à l'étude ; être capable de comprendre l'espagnol ; être capable de répondre à des questions des questionnaires</p> <p><i>Critères d'exclusion :</i> avoir été transférés vers une autre équipe de soins au cours de leur séjour à l'hôpital</p>	<p>But, objectifs Evaluer l'effet de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle sur la satisfaction des patients atteints de cancer, l'incertitude, la gestion de la douleur et la durée du séjour</p> <p>Question de recherche : Non formulée</p> <p>Hypothèse : Lorsqu'on compare les résultats des patients traités par des équipes disposant d'une faible intensité de collaboration interprofessionnelle et les patients soignés par des équipes disposant d'une haute intensité de collaboration, on montre que ces derniers sont plus satisfaits, ont moins d'expérience de sentiments d'incertitude, ont une gestion adéquate de la douleur et ont des séjours hospitaliers plus courts.</p> <p>Variables : <i>Dépendantes :</i> la satisfaction des patients, le sentiment d'incertitude, la gestion de la douleur et la durée du séjour hospitalier</p> <p><i>Indépendante :</i> l'intensité de la collaboration interprofessionnelle</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théo- rique : La collaboration L'interdisciplinarité La douleur Les soins infirmiers</p>	<p>Méthode de collecte des données : L'intensité de la collaboration interprofessionnelle entre les membres a été mesurée par « <i>The Insensity of Interprofessional Collaboration questionnaire</i> ». La satisfaction des patients a été mesurée par « <i>The Press Ganey Inpatient Survey questionnaire</i> » avec une échelle de Likert à 5 points (1=peu de satisfaction/5=grande satisfaction). L'incertitude des patients a été mesurée par « <i>The Mishel Uncertainty in Illness Scale for Adults questionnaire by Mishel</i> ». Ce questionnaire est évalué par une échelle de Likert à 5 points. La gestion de la douleur a été mesurée par « <i>The Pain Management Index (PMI)</i> ». le PMI mesure la différence entre le plus haut niveau d'analgésiques prescrits au patient pendant son séjour hospitalier et la plus grande intensité de douleur ressentie par le patient au cours de cette même période. L'intensité de la douleur et les analgésiques prescrits ont été obtenus à partir des dossiers des patients. Après avoir signé le consentement éclairé, les patients reçoivent tous les questionnaires d'évaluations.</p> <p>Éthique : Le chercheur principal a parlé personnellement avec les participants afin de les informer de la nature de leur participation. Chacun a reçu une enveloppe avec le consentement éclairé à signer. Cette étude a reçu l'approbation du comité d'éthique de l'Université de Montréal ainsi que du comité d'éthique de l'hôpital où la recherche a été menée.</p>	<p>Méthode d'analyse : L'analyse s'est faite en 2 étapes : la 1^{ère} étape, dans laquelle l'unité d'analyse était les professionnels, consistait à analyser les différences d'intensité de collaboration interprofessionnelle entre les 4 unités de soins. La 2^{ème} étape, qui a utilisé le patient comme unité d'analyse, consistait à évaluer les effets de l'intensité de la collaboration sur les 4 variables dépendants</p> <p>Logiciel statistique : Logiciel PASS 2000 et SPSS 13.0</p>	<p>Résultats : L'écart dans l'intensité de la collaboration entre les équipes avec une haute moyenne d'intensité de collaboration par rapport aux équipes avec une faible moyenne d'intensité de collaboration n'est pas très grande (0.5 point). Malgré cela, l'analyse a révélé l'existence de différences significatives (p= 0.001). Les résultats montrent que les patients pris en charge par une équipe avec une haute intensité de collaboration présentent un sentiment d'incertitude de 0.138 points de moins que ceux pris en charge par des équipes avec une faible intensité de collaboration (P=0.47). L'intensité de la collaboration interprofessionnelle a également un effet statistiquement significatif (P=0.016) sur la gestion de la douleur. Les équipes disposant d'une haute intensité de collaboration étaient en mesure de gérer la douleur pour 92.6% de leurs patients. Ce chiffre tombe à 82.7% lorsque l'intensité de la collaboration est faible. La différence dans la satisfaction moyenne entre ceux pris en charge par une haute intensité de collaboration et ceux pris en charge par une faible intensité de collaboration était de 0.501. L'analyse n'a également trouvé aucune différence significative (p= 0.217) pour la durée de leur séjour à l'hôpital</p> <p>Conclusion : Les résultats démontrent que l'intensité de la collaboration interprofessionnelle a un effet sur la satisfaction des patients, réduit l'incertitude et améliore la gestion de la douleur mais montre également que le degré de collaboration ne modifie pas la durée de séjour à l'hôpital. Même une petite amélioration de l'intensité de la collaboration interprofessionnelle peut avoir un impact significatif sur les variables aussi important que la gestion de la douleur.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Les auteurs suggèrent de faire une même étude sur un échantillon plus grand.</p>
--	---	---	---	--	---	--

Van Niekerk, L.M., Hons, B.A., & Martin, F. (2003). The impact of the nurse-physician relationship on barriers encountered by nurses during pain management. *Pain Management Nursing*, 4, 3-10.

<p>Type d'étude ou de- vis : Étude quantitative</p> <p>Para- digme : Positi- visme</p> <p>Niveau de preuve 4</p>	<p>Echantillon : Pour établir un échantillon repré- sentatif de la po- pulation de Tas- manie (Australie), l'état a été divisé en 3 régions (sud/nord/nord- ouest). Dans chaque région, les infirmières travail- lant dans des éta- blissements de soins (hôpitaux, cabinets, établis- sements) ont été choisies au ha- sard. Au total 1015 infirmières ont participé à l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Non formulées</p>	<p>But, objectifs Examiner les obstacles ren- contrés par les infirmières lors de la gestion de la douleur chez les pa- tients et exa- miner l'impact de la satisfac- tion des infir- mières par rapport aux re- lations avec les médecins sur la gestion de la douleur.</p> <p>Question de recherche : Non formulée</p> <p>Hypothèse : Non formulée</p> <p>Variables : <i>Dépendante :</i> la gestion de la douleur et les obstacles à un soulage- ment optimal de la douleur <i>Indépendante :</i> la collabora- tion médecin- infirmière</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théo- rique :</p> <p>La collabo- ration</p> <p>L'interdiscipli- narité</p> <p>La douleur</p> <p>Les soins infirmiers</p> <p>La qualité de soins</p>	<p>Méthode de collecte des données : Le nombre total d'infirmières dans chaque région a été calculé et chacune a reçu un question- naire. Le ques- tionnaire com- porte 3 sec- tions : 1.l'information démographique et les antécé- dents. 2. l'implication des infirmières dans la gestion de la douleur 3.les barrières ren- contrées dans le soulagement de la douleur.</p> <p>Ethique : Une approbation éthique pour mener l'étude a été obtenue à l'université du Comité d'éthique de la Tasmanie.</p>	<p>Méthode d'analyse : Des analyses ont été faites à l'aide du test « <i>Student Newman-Keuls</i> ». Une autre analyse a été faite pour étudier l'effet des caractéristiques in- firmières sur les barrières rencon- trées lors de la gestion de la dou- leur.</p> <p>Logiciel statis- tique : Non formulé</p>	<p>Résultats : 63.6% des infirmières ont signalé une coopération insuffisante de la part des médecins ; 69.9% des infirmières signalaient des prescriptions inadéquates d'analgésiques et 66% déclarent les connaissances des médecins et leurs perceptions de la douleur insuffisantes. 35% des répondants ont indiqué que leur capacité à fournir un soulagement efficace de la douleur a été affectée par un manque de connaissances personnelles sur la gestion de la douleur. Une interaction significative ($p < 0.0001$) a été observée entre le sentiment d'avoir été consulté adéquatement par les médecins et l'obstacle à la gestion de la douleur. Le test « <i>Student Newman-Keuls</i> » a montré que les infirmières qui ne se sentent pas suffisamment consultées par les médecins étaient signi- ficativement plus susceptibles de : percevoir de manière insuffisante les con- naissances des médecins sur leurs patients, de percevoir une coopération in- suffisante de la part des médecins, ainsi que de percevoir une prescription d'antalgiques inadéquate, et ce par rapport aux infirmières qui se sentent suffi- samment consultées par les médecins. Le test « <i>Student Newman-Keuls</i> » a également montré que l'âge des professionnels affecte les obstacles rencon- trés. Les répondants de 40 ans et plus étaient significativement moins ($p < 0.001$) susceptibles de percevoir les connaissances insuffisantes des mé- decins sur leurs patients comme étant un obstacle à la gestion de la douleur. De plus ce test a relevé que l'interaction entre l'expérience des professionnels et les obstacles est significative ($p < 0.01$). Les infirmières ayant moins de 10 ans d'expériences étaient plus susceptibles d'avoir des difficultés avec le manquement de coopération de la part des médecins.</p> <p>Conclusion : Les résultats de cette étude montrent l'importance des relations profes- sionnelles entre les médecins et les infirmières et leurs effets sur les obstacles à la gestion optimale de la douleur. Plus d'un tiers des participants ont indiqué qu'ils avaient rencontré au moins un type de barrières pour fournir un soulagement de la douleur optimal, in- cluant la collaboration insuffisante de la part des médecins et les prescriptions inadéquates d'antalgiques. Les infirmières qui ne se sentent pas suffisamment consultées par les médecins étaient plus susceptibles de rencontrer des obs- tacles tels que la coopération insuffisante des médecins et la prescription ina- déquate d'antalgiques.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Les patients qui éprouvent des douleurs ont leurs propres croyances et expé- riences sur la douleur ressentie. Il est donc difficile pour les infirmières d'évaluer la douleur, de comprendre et de prendre en compte les croyances et expériences de chaque patient.</p>
---	--	---	---	---	--	---

Mazzocco, K., Petitti, D. B., Fong, K. T., Bonacum, D., Brookey, J., Graham, S., et al. (2009). Surgical team behaviors and patient outcomes. *The American Journal of Surgery*, 678-685.

<p>Type d'étude ou de vis : Etude observationnelle rétrospective</p> <p>Paradigme : Positivisme</p> <p>Niveau de preuve : 4</p>	<p>Echantillon : Cette étude a été menée dans les salles d'opérations de 2 centres médicaux et de 2 centres de chirurgie ambulatoire aux Etats-Unis. Au total 293 cas de chirurgie ont été choisis.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : avoir signé le consentement éclairé ainsi que les dossiers médicaux devaient être disponibles aux chercheurs.</p>	<p>But, objectifs : Déterminer si les patients bénéficiant de professionnels effectuant un travail d'équipe de façon optimale ont de meilleurs résultats que ceux qui bénéficient de professionnels travaillant peu en équipe.</p> <p>Question de recherche : Non formulée</p> <p>Hypothèse : Non formulée</p> <p>Variables : <i>Dépendante</i> : les complications postopératoires <i>Indépendante</i> : le travail en équipe et le partage d'information s</p>	<p>Concepts Cadre de référence théorique :</p> <p>L'interdisciplinarité</p> <p>La collaboration</p> <p>Les soins infirmiers</p> <p>La qualité de soins</p>	<p>Méthode de collecte des données : La période d'observation des professionnels lors des interventions chirurgicales au niveau des 4 sites s'est déroulée de mars à août 2005. Plusieurs comportements précis ont été évalués par les observatrices : les informations disponibles (sur le patient, la procédure chirurgicale, les questions posées, le suivi médical), le partage d'informations (la collaboration), le recueil de données, la vigilance, la sensibilisation et la gestion des mesures d'urgences. Pour évaluer chaque comportement, les observatrices mettent une note de 0 à 4. Un score de 0 signifie que le comportement n'a jamais été observé et un score de 4 signifie que le comportement a été observé fréquemment durant la période d'observation. Les interventions chirurgicales ont été classées comme faible, moyen ou haut risque de complications postopératoires selon « <i>American College of Cardiology (ACC)</i> ». L'évaluation des résultats postopératoires s'est fait 30 jours après l'opération. Les résultats ont été classés en 5 catégories : 1= pas de complications et 5= décès ou invalidité permanente.</p> <p>Ethique : les participants ont signé un consentement éclairé. L'étude a été examinée et approuvée par le comité d'examen institutionnel « <i>Kaiser Permanente Institutional Review Board</i> ».</p>	<p>Méthode d'analyse : Des régressions logistiques et des odds ratio ont été calculés pour évaluer l'indépendance et l'association du travail d'équipe et les résultats sur les patients. Un odds ratio au-dessus de 1.0 indiquait l'association des comportements d'équipes peu observés avec des moins bons résultats sur les patients.</p> <p>Logiciel statistique : logiciel SPSS version 14.0</p>	<p>Résultats : Au total 293 cas ont été observés et analysés. 233 (80%) procédures ont été classées à faible risque de complications, 56 (19%) procédures à moyen risque et 4 (1%) procédures à haut risque. 30 jours après les opérations, 158 (54%) patients ne présentaient aucune complication, 13 (4%) patients présentaient des complications postopératoires majeures et 3 patients sont devenus invalides ou sont décédés. Durant la phase d'induction, le partage d'informations entre professionnels a été observé dans 84% des procédures. Dans ces 84%, 21% des patients présentaient des complications postopératoires. Au contraire, dans les 48 opérations où le partage d'informations était rarement observé, 25% (n=12) des patients ont présenté des complications par la suite. Lors de la phase peropératoire, le partage d'informations a été observé dans 74% des cas et a été fréquemment observé dans 217 des cas, dont 38 (18%) personnes ont eu des complications postopératoires. Durant cette phase, dans 76 cas, le partage d'informations a été rarement observé et 34% (n=20) des patients ont eu des complications. Durant les phases postopératoires, le partage d'informations entre les professionnels a été observé dans 80% des cas, dont fréquemment observé dans 234 cas de chirurgie. Concernant les 234 cas, le nombre de patients ayant des complications se trouvaient à 19% (n=44). Le partage d'informations a été rarement observé durant 59 procédures chirurgicales, dont 20 patients (34%) ont eu des complications. Concernant toutes les phases opératoires, le odds ratio pour les complications des patients étaient supérieurs à 1.0 lorsque les comportements d'équipe ont été faiblement observés. Un des odds ratio le plus élevé concernait le partage d'informations dans la phase peropératoire (2.45). Les comportements à risque ont été significativement associés (odds ratio = 4.82) à toute complication ou décès.</p> <p>Conclusion : les comportements à risque, dont le faible partage d'informations et une vigilance défavorable amène à une augmentation de complications postopératoire. Lorsque les comportements de travail d'équipe étaient relativement rares pendant les interventions chirurgicales, les patients étaient plus susceptibles d'éprouver la mort ou une complication majeure.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Cette étude a été menée dans un cadre communautaire, ce qui est susceptible d'être représentatif des procédures chirurgicales. Les auteurs précisent qu'ils ont utilisé les mêmes techniques d'échantillonnage pour les infirmières observatrices que celles utilisées dans des études antérieures. Pour les auteurs, la communication continue entre les observatrices tout au long de l'étude à assurer un niveau de fiabilité. L'étude était de type observationnel et n'a pas établi une relation de cause à effet entre de bons comportements d'équipe et des résultats optimaux sur les patients.</p>
--	---	--	---	--	--	---

Townsend-Gervis, M., Cornell, P., & Vardaman, J. M. (2014). Interdisciplinary rounds and structured communication reduce re-admissions and improve some patient outcomes. *Western Journal of Nursing Research*, 1-12.

<p>Type d'étude ou devis : Etude quasi-expérimentale longitudinale</p> <p>Paradigme : Positivisme</p> <p>Niveau de preuve : 2</p>	<p>Echantillon : L'étude s'est déroulée dans 3 unités de chirurgie/médecine d'un hôpital de Texas (USA). Elle s'est déroulée de 2010 à 2012 et tout le long de cette étude, 111 infirmières ont participé. Concernant les patients, le nombre précis n'est pas défini préalablement.</p> <p>Critères d'inclusion / d'exclusion : Les sondes urinaires devaient être retirées avec succès le deuxième jour post-opératoire pour être incluses dans l'étude. La réadmission hospitalière concerne toutes les causes de réadmissions et devait être dans les 30 jours suivant la sortie d'hospitalisation.</p>	<p>But, objectifs Etudier si la communication structurée, dans le cadre de rondes interdisciplinaires quotidiennes et des outils de communication (SBAR), améliore la satisfaction des patients, le retrait de la sonde vésicale et le taux de réadmission.</p> <p>Question de recherche : Non connue</p> <p>Hypothèse : 1. La communication structurée et les rondes interdisciplinaires quotidiennes devraient fournir une compréhension plus approfondie de l'état de santé d'un patient et leur plan de soins et amener une augmentation de la satisfaction des patients. 2. Le taux de réadmission diminuera après la période d'intervention. 3. La prise conscience de l'amélioration des situations de santé se traduira par une amélioration des performances des sondes vésicales</p> <p>Variables : <i>Dépendante :</i> la satisfaction des patients, le retrait des sondes vésicales et le taux de réadmission en milieu hospitalier. <i>Indépendante :</i> l'outil de communication SBAR et les rondes interdisciplinaires quotidiennes</p>	<p>Concepts Cadre de référence Cadre théorique :</p> <p>La communication</p> <p>L'interdisciplinarité</p> <p>La collaboration</p> <p>Les soins infirmiers</p> <p>La qualité de soins</p>	<p>Méthode de collecte des données : Des réunions de cas ont été organisées, où le personnel infirmier présentait à l'équipe de soins leurs patients. En janvier 2011, l'outil SBAR a été introduit afin d'ajouter plus de structure à la communication. Les infirmières ont utilisé l'outil SBAR lors de changements d'équipes, durant les visites médicales, les colloques interdisciplinaires et durant les transferts des patients. La satisfaction des patients a été déterminée par un questionnaire ciblant la performance des infirmières. Les patients devaient évaluer la performance sur une échelle à 4 points allant de « jamais » à « toujours ». En octobre 2011, un programme de réduction des réadmissions a été introduit. Ce programme rajoute une évaluation des facteurs de risques lors de l'admission des patients et fournit aux professionnels des informations supplémentaires afin de réduire la probabilité de réadmission des patients. Pendant les rondes interdisciplinaires quotidiennes, les facteurs de risques des patients sont énumérés et évalués visant à atténuer leur présence.</p> <p>Ethique : Tous les professionnels ont été informés à l'avance des objectifs de l'étude et les chercheurs ont été formés et certifiés. De plus, toutes les procédures ont été examinées par l'organisation « <i>Institutional Review Board</i> ».</p>	<p>Méthode d'analyse : Des analyses ont été effectuées à partir du taux de réadmission calculé à la fin de l'étude et le nombre d'ablations de sondes vésicales effectuées. 3 questions ont été utilisées pour déterminer si les rondes interdisciplinaires quotidiennes et l'outil SBAR améliorent la satisfaction des patients : « les infirmières vous traitent avec courtoisie et respect », « les infirmières expliquent d'une manière que vous comprenez » et « les infirmières vous écoutent attentivement ». Ces questions ont été assemblées afin de créer une moyenne sur la communication avec les infirmières.</p> <p>Logiciel statistique : Non formulée</p>	<p>Résultats : Le retrait de la sonde vésicale a montré une amélioration significative ($p < 0.001$). En comparant le premier trimestre de 2010 au quatrième trimestre 2012, le pourcentage d'ablations de sondes vésicales a augmenté de 78% ($n=132$) à 94% ($n=154$). Une amélioration est observée dans le taux de réadmissions hospitalières. Il y avait une baisse significative ($p < 0.001$) entre le troisième et quatrième trimestre de 2011. Le taux de réadmissions a diminué de manière significative ($p < 0.001$) de 14.5% ($n=2554$) à 2.1% ($n=2390$). Le score de satisfaction des patients sur la communication avec les infirmières est passé de 65-70% à 70-75% mais n'a pas été amélioré de manière significative.</p> <p>Conclusion : Grâce aux interventions instaurées par les chercheurs, l'ablation des sondes vésicales, le taux de réadmissions, la fréquence et la cohérence de la communication interdisciplinaire ont été améliorés, ce qui peut considérablement améliorer les résultats sur les patients.</p> <p>Forces et faiblesses de l'étude : Les chercheurs sont bien conscients qu'il est difficile d'obtenir une mesure directe de la conscience de la situation dans un environnement de travail car il ne peut pas être mesuré avec précision sans interrompre le processus de travail. Néanmoins, 2 hypothèses ont été soutenues par les résultats. L'étude a été menée sur un même site, sans groupe témoin ce qui présente une limitation selon les auteurs.</p>
--	---	---	---	--	---	--

11.2 Annexe II : Tableau récapitulatif des études

Etude N°	Auteurs et qualifications	Revue	Editeur	Considérations éthiques	Conflit d'intérêt, financement de l'étude	Facteur d'impact
N°1	Wheelan, S.A. (PhD), Burchill, C. N. (RN, PhD), Tilin, F. (PhD)	American Journal of Critical Care	The American Association of Critical-Care Nurses	Pas mentionnées	Pas mentionné	2.115 (2015)
N°2	Donchin, Y. , Gopher, D. (PhD), Olin, M., Badihi, Y., Biesky, M., Sprung, C.L., Pizov, R., Cotev, S.	Quality and Safety Health Care	The Health Foundation	Pas mentionnées	Cette étude a été soutenue en partie par une subvention du ministère du Travail et des Affaires sociales, le comité pour la recherche et la prévention de la sécurité et la santé au travail.	3.988 (2015)
N°3	Boev, C. (RN, PhD, CCRN), Xia, Y. (PhD, MS)	Critical Care Nurse	The American Association of Critical-Care Nurses	Approbation par la recherche universitaire de New-York	Cette recherche a été financée par « St John Fisher College faculty development ».	1.556 (2015)
N°4	San Martin-Rodriguez, L. (PhD, MSc, RN), D'Amour, D. (PhD, MSc, RN), Leduc, N. (PhD)	Cancer Nursing Journal	Wolters Kluwer	Approbation éthique par l'université de Montréal et par le comité d'éthique de l'hôpital où l'étude a été menée	Pas mentionné	1.996 (2015)
N°5	Van Niekerk, L. M. (B.A.), Hons, B. (RN), Martin, F. (PhD)	Pain Management Nursing	The American Association of Critical-Care Nurses	Approbation éthique à l'université du comité d'éthique de la Tasmanie	Cette recherche a été soutenue par une bourse de «The Australian Commonwealth Department of Health and Aged Care ».	1.529 (2014)
N°6	Mazzocco, K. (RN, JD), Petitti, D. B. (MD, MPH), Fong, K. T. (MS), Bonacum, D. (MBA), Brookey, J. (MD), Graham, S. (RN, PhD), Lasky, R. E. (PhD), Sexton, J. B. (PhD), Thomas, E. J. (MD, MPH)	The American Journal of Surgery	Elsevier	Approbation par le comité d'examen institutionnel « Kaiser Permanente Institutional Review Board »	Pas mentionné	2.291 (2014)
N°7	Townsend-Gervis, M. (MS), Cornell, P. (PhD), Vardaman, J.M. (PhD)	Western Journal of Nursing Research	Midwest Nursing Research Society	Approbation par l'organisation « The Institutional Review Board »	Cette recherche a reçu une aide financière de « Baptist Memorial Health Care Corporation ». Les auteurs ont déclaré qu'il n'y avait aucun conflit d'intérêt potentiel par rapport à la recherche, les auteurs et la publication de l'article.	1.032 (2015)

11.3 Annexe III : Glossaire de méthodologie

Analyse de variances (ANOVA) : C'est une analyse statistique qui a pour but de vérifier les différences entre plusieurs groupes (trois ou plus) en comparant la variabilité entre les groupes et la variabilité aux centres des groupes. Les résultats de cette analyse donne le rapport de variance (F) (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 375).

Biais : «Facteur qui fausse les résultats d'une étude» (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 44).

Biais de sélection : « Tous les biais qui peuvent conduire à ce que les sujets effectivement observés dans l'enquête ne constituent pas un groupe représentatif des populations étudiées » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 46).

Coefficient alpha de Cronbach : Ce coefficient est un indice de fidélité. Il est utilisé pour mesurer la cohérence interne d'une mesure comprenant plusieurs éléments (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 332).

Coefficient de corrélation : « Indice résumant le degré de relation entre deux variables, allant habituellement de 1.00 (relation parfaitement positive) à 0.00 (aucune relation) et à -1.00 (relation parfaitement négative) » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 365).

Critères d'inclusion : Ce sont des critères utilisés pour définir les caractéristiques de la population cible et sur lesquels on se base pour sélectionner les participants d'une étude (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 264).

Critères d'exclusion : Ce sont les caractéristiques que la population ne doit pas avoir (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 265).

Devis de recherche : « Plan global destiné à répondre à une question de recherche ; il s'agit notamment des spécifications destinées à améliorer l'intégrité de l'étude » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 60).

Devis longitudinal : C'est une étude dans laquelle le chercheur recueille des données à plusieurs reprises pendant une période prolongée. (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 198).

Devis rétrospectif : « Dans une étude assortie d'un devis rétrospectif, le phénomène observé dans le présent est lié à un phénomène qui s'est produit dans le passé » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 193).

Devis transversal : « Devis dans lequel on ne recueille les données qu'une fois » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 197).

Echantillon : « Sous-ensemble d'une population donnée, sélectionné pour participer à une étude » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 60)

Echantillonnage par quotas : C'est une sélection non aléatoire des participants car le chercheur définit préalablement les caractéristiques de l'échantillon et qui a pour but d'en accroître la représentativité (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 267).

Echantillonnage probabiliste aléatoire simple : C'est une méthode de sélection d'unités d'échantillonnage dans une population à l'aide de techniques aléatoires, c'est-à-dire que chaque élément de la population a des chances égales et indépendantes d'être sélectionné (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 270).

Echelle de Likert : « Mesure qui requiert traditionnellement que la personne indique sur une échelle de 1 à 5 si elle fortement en désaccord (1) ou fortement d'accord (5) avec un énoncé » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 302).

Etude descriptive : « Etude qui explore les liens entre des variables sans intervention de la part du chercheur » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 194). C'est-à-dire que l'étude s'intéresse à la description des relations entre les variables, sans tenter d'établir un lien de causalité (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 194).

Généralisabilité : « degré auquel les méthodes de recherche utilisées permettent de déduire que les conclusions sont vraies pour un groupe plus vaste que celui des sujets ; notamment, déduction que les conclusions peuvent être généralisées et appliquées à la

population à partir de l'échantillon » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 47).

MeSH : « Medical Subject Headings » est le thésaurus de référence dans le domaine biomédical » (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2004).

Niveau de preuve : « Le niveau de preuve d'une étude caractérise la capacité de l'étude à répondre à la question posée. La capacité d'une étude à répondre à la question posée est jugée sur la correspondance de l'étude au cadre du travail (question, population, critères de jugement) et sur les caractéristiques suivantes : l'adéquation du protocole d'étude à la question posée; l'existence ou non de biais importants dans la réalisation; l'adaptation de l'analyse statistique aux objectifs de l'étude ; la puissance de l'étude et en particulier la taille de l'échantillon » (Haute Autorité de Santé, 2013, p. 6).

Odds ratio : Mesure scientifique qui exprime le degré de dépendance entre des variables aléatoires. « L'odd (ou cote) d'un événement (dans un groupe donné) est le nombre de patients qui présentaient l'évènement par rapport au nombre de patients qui ne le présente pas. Cela représente la proportion de malades par rapport aux sains » (Institut français de l'Education , 2013).

Paradigme positiviste : « Paradigme traditionnel qui sous-tend l'approche scientifique, dans lequel on suppose l'existence d'une réalité fixe et ordonnée qui se prête à une étude objective ; souvent associé à la recherche quantitative » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 15).

Recherche qualitative : « analyse d'un phénomène, d'ordinaire de façon complète et approfondie, grâce à la collecte de données narratives étoffées dans le cadre d'un devis de recherche souple » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 17)

Recherche quantitative : « Analyse d'un phénomène qui se prête à des mesures et à une quantification précises, souvent dans le cadre d'un devis rigoureux et structuré » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 17)

Significatif sur le plan statistique : « Expression indiquant que les résultats de l'analyse des données ne sont probablement pas le fruit du hasard, à un niveau donné de probabilité » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 78).

Test « Student Newman-Keuls » : Test utilisé pour déterminer les différences significatives entre les moyennes des groupes dans une analyse de variance. (Barumandzadeh & El Methni, 2005, p. 16)

Valeur P : « Dans un test statistique, probabilité que les résultats obtenus sont uniquement le fait du hasard » p.373

Validité : « Degré auquel un instrument mesure ce qu'il doit mesurer » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 43).

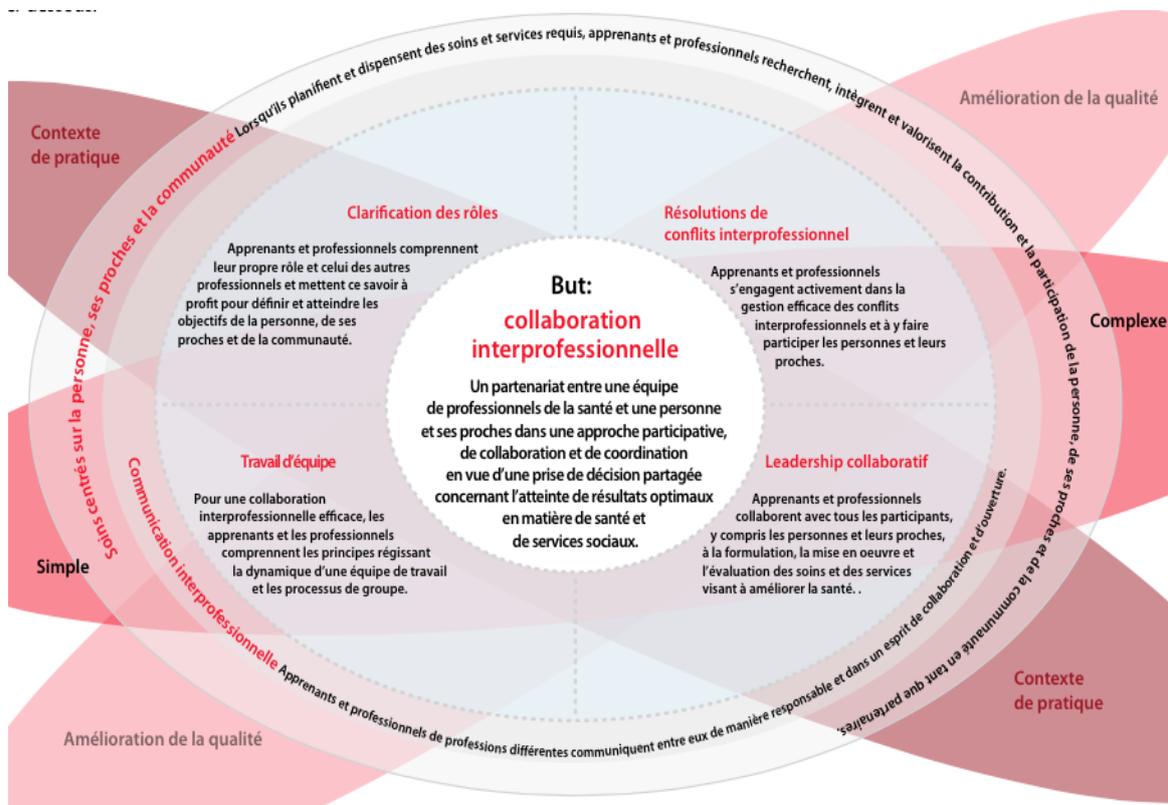
Validité externe : « Degré auquel les résultats de l'étude peuvent être généralisés et appliqués à des situations ou à des échantillons autres que les situations ou les échantillons étudiés » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 206)

Variable : « Caractéristique ou qualité qui peut avoir plusieurs valeurs » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 36). Les gens et les conditions varient, c'est pour cela que l'on entreprend des projets de recherche. « La plupart des chercheurs qui font appel aux méthodes quantitatives s'efforcent de comprendre comment ou pourquoi les choses varient et de découvrir en quoi les différences touchant une variable sont liées aux différences qui concernent une autre variable » (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 36).

Variable dépendante : Variable qui dépend d'une autre variable. C'est l'effet présumé (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 37).

Variable indépendante : Variable qui est à l'origine ou influe sur de la variable dépendante. C'est la cause présumée (Loiselle, Profetto-Mcgrath, Polit, & Tatano Beck, 2007, p. 37)

11.3 Annexe IV : Référentiel national des compétences en matière d'interprofessionnalisme



Tiré de Canadian Interprofessional Health Collaborative, 2010. Accès (http://www.cihc.ca/files/CIHC_IPCompetencies-FrR_Sep710.pdf)