

# Table des matières

<b>Problématique.....</b>	<b>1</b>
<b>Méthode.....</b>	<b>5</b>
2.1    Présentation des bases de données .....	5
2.2    Stratégies de recherche documentaire .....	5
2.2.1    Concepts, mots-clés et descripteurs utilisés .....	5
2.2.2    Limites.....	7
2.2.3    Équations de recherche et résultats obtenus .....	7
2.2.4    Critères d'inclusion et d'exclusion.....	9
2.3    Sélection des articles .....	9
2.4    Nouvelles stratégies de recherche documentaire et sélection des articles.....	9
2.5    Présentation des résultats.....	11
2.6    Synthèse des résultats.....	11
<b>Résultats .....</b>	<b>12</b>
3.1    Présentation des résultats.....	12
3.1.1    Tableau de présentation des résultats .....	13
3.1.2    Texte narratif .....	18
3.2    Synthèse des résultats.....	21
<b>Discussion.....</b>	<b>25</b>
<b>Liste de références.....</b>	<b>30</b>

## Problématique

Selon l'International Association of Ambulatory Surgery (IAAS), la chirurgie ambulatoire est un acte nécessitant le recours à un bloc opératoire et pour lequel le séjour du patient est inférieur à 12 heures (Petermann, Vuilleumier, & Demartines, 2013). En Suisse, la chirurgie ambulatoire est définie par défaut, en la distinguant de l'hospitalisation, soit un séjour d'une durée supérieure à 24 heures ou séjour de moins de 24 heures mais grevé d'un décès; séjour suivi d'un transfert ou résultant en l'occupation d'un lit sur la nuit (Charbonnet, Ott, Schiffer, Berney, & Morel, 2010).

Les actes chirurgicaux ambulatoires les plus couramment pratiqués en France voisine sont la chirurgie ophtalmologique (opération de la cataracte), la chirurgie oto-rhino-laryngologique (rhino-septoplastie), la chirurgie gynécologique (stérilisation féminine), la chirurgie orthopédique (décompression du nerf médian ou méniscectomie), la chirurgie digestive (cure d'hernie inguinale), la chirurgie vasculaire (varicectomie) ou encore la chirurgie infantile (orchidopexie) (Association Française de Chirurgie Ambulatoire, 2013).

L'application des traitements chirurgicaux suit une évolution constante vers un élargissement de la pratique ambulatoire. La tendance vers un raccourcissement des temps d'hospitalisation s'y inscrit définitivement. Ceci s'explique par les bénéfices qui en découlent, c'est-à-dire par une réduction des coûts, un raccourcissement des délais et des arrêts de l'activité professionnelle et une diminution des risques d'infections nosocomiales (Charbonnet et al., 2010). Dans certains pays d'Europe, la pratique ambulatoire est même en voie d'être la règle pour certaines pathologies, comme c'est le cas de la cholécystectomie en France (Charbonnet et al., 2010). En 2013, 42,3% des actes chirurgicaux étaient réalisés en ambulatoire en France (Association Française de Chirurgie Ambulatoire, 2013). En Suisse, en 2008, une estimation établissait ce taux à moins de 20%. En comparaison internationale (États-Unis) ou européenne (Grande-Bretagne), ces taux sont inférieurs (Petermann et al., 2013).

La tendance vers un raccourcissement du temps de séjour implique une maîtrise de tous les paramètres autour de l'opération (Petermann et al., 2013). Un des domaines clés à développer est l'amélioration de la guidance de la gestion des symptômes en période postopératoire (Gilmartin & Wright, 2007). Pour ce faire, l'utilisation d'une théorie intermédiaire est aidante; elle va notamment permettre de développer la pratique clinique. La théorie de la gestion des symptômes, introduite par la Faculté des Sciences Infirmières de l'Université de Californie à San Francisco en 1994, peut être utilisée dans le contexte de la chirurgie ambulatoire (Eicher, Delmas, Cohen, Baeriswyl, & Python, 2013). Elle a pour but d'amener le patient à prendre en charge ses auto-soins et à comprendre l'expérience de ses symptômes, ainsi que de l'aider à trouver des stratégies pour les gérer en fonction des résultats désirés (Rosén, Bergh, Schwartz-Barcott, & Mårtensson, 2014). La théorie est composée de trois concepts centraux : *l'expérience du symptôme, les stratégies de gestion du symptôme et les résultats obtenus sur*

*l'état du symptôme*. Chaque concept comprend plusieurs composantes. Cette théorie met également en évidence des relations mesurables entre ces différents concepts. Elles permettent de comprendre les liens qu'il y a entre eux, d'étudier les interventions à réaliser et de suggérer des résultats réalisables (Eicher et al., 2013).

Le concept de *l'expérience du symptôme* représente à la fois la perception, l'évaluation et la réponse face à un symptôme ou un groupe de symptômes (Eicher et al., 2013). Un symptôme est une expérience individuelle montrant des changements dans le fonctionnement bio-psycho-social, dans les perceptions ou dans la cognition d'un individu (Eicher et al., 2013). Un patient peut vivre l'expérience d'un symptôme ou d'un groupe de symptômes, qui interagissent entre eux.

Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, ces symptômes peuvent être en relation avec des complications postopératoires. Les plus fréquemment rencontrées sont : la douleur, les nausées, les vomissements, la somnolence, les vertiges, les maux de gorge, l'enrouement, l'hémorragie, les céphalées, les lombalgies, la rétention urinaire et l'hyperthermie (Mattila, Toivonen, Janhunen, Rosenberg, & Hynynen, 2005). Certains de ces symptômes peuvent prolonger la sortie du service, provoquer une hospitalisation le jour même ou dans les jours suivants l'intervention (Shnaider & Chung, 2006). De ce fait, en accord avec la théorie intermédiaire, les éléments essentiels face à un symptôme sont de le mesurer et de le caractériser pour identifier les actions à mettre en place pour y pallier. De plus, en chirurgie ambulatoire, il est primordial que les professionnels de santé aient des connaissances quant aux symptômes en lien avec les actes chirurgicaux. Cela leur permet d'informer et d'accompagner le patient afin d'éliminer ou minimiser le symptôme (Eicher et al., 2013).

Le concept *des stratégies de gestion du symptôme* se caractérise par les efforts mis en place par le patient pour prévenir, retarder ou limiter l'expérience de ses propres symptômes. La stratégie utilisée a pour but de diminuer la fréquence, minimiser la sévérité ou encore soulager le fardeau associé au symptôme. Pour mettre en place des stratégies de gestion des symptômes, il faut évaluer les composantes de ces dernières, soit le qui, le quoi, le quand, le où, le pourquoi, le combien (dosage de l'intervention), le à qui (bénéficiaire de l'intervention) et le comment (proposition d'intervention). Depuis quelques années, plus de responsabilités et d'implication sont données au patient quant à la gestion de ses symptômes, favorisant ainsi les stratégies d'autogestion (Eicher et al., 2013).

En chirurgie ambulatoire, les stratégies de gestion des symptômes sont élaborées par les professionnels de santé et le patient. Le succès de ce mode de prise en charge requiert une approche multidisciplinaire, par les infirmiers<sup>1</sup>, les chirurgiens et les anesthésistes (Charbonnet et al., 2010). Les infirmiers, par leurs compétences et connaissances spécifiques au contexte ambulatoire, ont un rôle clé

---

<sup>1</sup> Bien que la forme au masculin soit choisie tout au long du texte, elle englobe les infirmiers et les infirmières.

dans la prise en charge du patient (Abraham, 2011). Avec l'expansion de la chirurgie ambulatoire, ils devront relever de nouveaux défis, car ils auront davantage de responsabilités et plus d'influence dans la prise en charge globale du patient (Hamström, Kankkunen, Suominen, & Meretoja, 2012). En période postopératoire, soit dès la sortie du bloc ou de la salle de réveil, les infirmiers travaillent en partenariat avec le patient. Durant cette période, tant à l'hôpital qu'à domicile, il est important de détecter les symptômes postopératoires afin de trouver des interventions adaptées pour y faire face. Pour ce faire, les infirmiers se basent sur l'expérience des symptômes et combinent, avec le patient, plusieurs stratégies sur mesure dans le but d'avoir davantage d'impact pour soulager les symptômes en cause (Eicher et al., 2013).

Une stratégie de gestion des symptômes suite au retour à domicile après une chirurgie ambulatoire pourrait être le suivi téléphonique infirmier. Dans le cadre de la chirurgie standard, il offre la possibilité d'évaluer le statut postopératoire du patient, d'identifier les problèmes actuels ou potentiels et de fournir un suivi, c'est-à-dire des informations, du soutien et, si cela est justifié, de rediriger le patient. Il est délivré par le personnel infirmier, informé de l'évolution de l'état des patients à l'hôpital et connaissant les normes de rétablissement et les potentielles complications. Cette intervention facilite la transition de l'hôpital au domicile et c'est un moyen aisément accessible à tous (Hodgins, Ouellet, Pond, Knorr, & Geldart, 2008). Dans le contexte de la chirurgie ambulatoire, une étude sur le suivi téléphonique démontre que les patients ont des conceptions erronées en ce qui concerne la douleur et sa gestion et que cela requière un suivi (Dewar, Scott, & Muir, 2004). Les appels téléphoniques permettent aux infirmiers de renforcer l'enseignement postopératoire. C'est également un moyen d'assurer la sécurité du patient une fois qu'il a quitté l'hôpital et de permettre une continuité des soins (Godden, 2010). Les interventions délivrées par téléphone ont un effet significatif sur la gestion à domicile des dimensions du statut fonctionnel et de la détresse émotionnelle (Allard, 2006). De plus, il semblerait que ce soit une stratégie peu coûteuse et efficace pour assister le patient en période postopératoire (Flanagan, 2009). Comme il y a des contraintes économiques et pratiques à l'enseignement au patient en période préopératoire et postopératoire immédiat, l'apport d'informations par les appels téléphoniques est une piste à explorer selon certains auteurs (Dewar, Craig, Muir, & Cole, 2003).

Le concept *des résultats obtenus sur l'état du symptôme* concerne les changements objectivables de l'état du symptôme, par une réduction de la fréquence, de l'intensité et de la pénibilité. Ces résultats doivent être précis et mesurables, pour évaluer la pertinence de la stratégie mise en place. Le fait d'améliorer l'état du symptôme peut induire chez le patient un meilleur fonctionnement physique (statut fonctionnel) et mental (statut émotionnel), une meilleure qualité de vie, une réduction de la durée du séjour hospitalier ou un retour plus rapide au travail, ce qui diminue les coûts pour le patient, sa famille, l'employeur et de façon plus globale, le système de santé (Eicher et al., 2013).

D'après la théorie, *les résultats obtenus émergent de l'expérience du symptôme et des stratégies de gestion du symptôme* (Dodd et al., 2001). De ce fait, la stratégie du suivi téléphonique pourrait potentiellement améliorer les résultats obtenus sur la gestion des symptômes à domicile après une chirurgie ambulatoire. En effet, il semblerait que l'utilisation d'un suivi téléphonique comme stratégie soit soutenue par des premiers éléments de preuve (Flanagan, 2009). Cependant, il y a des données limitées concernant la justification de cette intervention et ses avantages dans le cadre de la chirurgie ambulatoire (Forster et al., 2008).

La question de recherche est: quelle est l'efficacité d'un suivi téléphonique sur la gestion des symptômes à domicile suite à une chirurgie ambulatoire chez l'adulte?

## **Méthode**

Cette partie présente tout d'abord les bases de données et le moteur de recherche consultés. Puis, les stratégies de recherche documentaire (concepts, mots-clés et leurs descripteurs, limites, équations de recherche et résultats obtenus, et critères d'inclusion et d'exclusion) sont développées et la sélection des articles est expliquée. Elles n'ont pas permis d'obtenir suffisamment d'articles pertinents. Ainsi, de nouvelles stratégies de recherche sont choisies. La présentation et la synthèse des résultats sont finalement exposées.

### **2.1 Présentation des bases de données**

Pour répondre à la question de recherche, deux bases de données ont été utilisées (CINAHL et MEDLINE), ainsi qu'un moteur de recherche (Google Scholar).

*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) est une base de données bibliographiques qui traite principalement des sciences infirmières et des sciences connexes de la santé (Fortin, 2010).

*Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line* (MEDLINE) est une base de données internationale en sciences de la santé. Elle traite notamment des sciences bio-médicales et de la médecine (Fortin, 2010). PubMed, produit par la National Library of Medicine (NLM), est une version de MEDLINE, gratuite et accessible depuis Internet (Favre & Kramer, 2013).

Google Scholar est un moteur de recherche spécialisé permettant d'obtenir des publications de divers types susceptibles d'intéresser des personnes d'un niveau universitaire. Il permet de faire des recherches par l'utilisation de mots-clés, gratuitement depuis Internet (École Polytechnique de Montréal, 2007).

### **2.2 Stratégies de recherche documentaire**

#### **2.2.1 Concepts, mots-clés et descripteurs utilisés**

Les concepts de la recherche documentaire, choisis selon la stratégie PICOT, sont la prise en charge infirmière (qui a ensuite été modifiée par le suivi téléphonique infirmier), la chirurgie ambulatoire, les complications postopératoires (symptômes) et la période postopératoire. Ensuite, plusieurs mots-clés ont été choisis, en fonction des concepts de la question de recherche. Puis, dans chacune des bases de données, des descripteurs découlant des mots-clés ont été sélectionnés. Le tableau 1 présente les concepts, mots-clés et descripteurs utilisés.

Tableau 1 : Concepts, mots-clés et descripteurs utilisés

<b>Concepts de la question</b>	<b>Mots-clés</b>	<b>CINHAL</b> (subject headings)	<b>PubMed</b> (MeSH Terms → accès à MEDLINE seulement)
<b>I: prise en charge infirmière</b> (concept qui a ensuite été modifié par le <b>suivi téléphonique infirmier</b> )	Nurse	Perioperative Nursing	Nurses
	Nursing		Nursing
	Nursing role	Nursing Role	-
	Nursing care	Nursing Care	Nursing Care
	Patient management	-	Patient Care Management
	Perianesthesia nursing	Perianesthesia Nursing	Perioperative Nursing
<b>C: chirurgie ambulatoire</b>	Ambulatory surgery	Ambulatory surgery	Ambulatory Surgical Procedures
	Outpatient surgery		
	Day surgery		
	Ambulatory care	Ambulatory Care	Ambulatory Care
		Ambulatory Care nursing	
<b>O: complications postopératoires (symptômes)</b>	Anesthetic complications	Treatment Complications, Delayed	-
	Postoperative complications	Postoperative Complications	Postoperative Complications
	Symptom	Symptoms	Symptom Assessment
		Symptom Distress	-
	Anesthesia recovery	Anesthesia recovery	Anesthesia Recovery Period
<b>T: période postopératoire</b> (dès la sortie du bloc opératoire/de la salle de réveil)	Postoperative period	Perioperative care	Postoperative Period
	Perioperative period		Perioperative Period
	Postoperative care	-	Postoperative Care

### **2.2.2 Limites**

Les restrictions que nous avons appliquées pour éliminer les articles les moins pertinents dans la base de données CINAHL sont le groupe d'âge (tous les adultes, entre 19 et 64 ans), ainsi que les dates de publication (entre 2006 et 2016). Les limites appliquées pour la base de données PubMed sont le groupe d'âge (tous les adultes, entre 19 et 64 ans) et les dates de publication (les dix dernières années). Pour Google Scholar, la limite appliquée est les dates de publications (entre 2006 et 2016).

### **2.2.3 Équations de recherche et résultats obtenus**

Dans les bases de données, l'association de plusieurs descripteurs par des opérateurs booléens a permis d'obtenir diverses équations de recherche. Puis, des limites ont été appliquées pour affiner les recherches.

Dans CINAHL, des associations des descripteurs de trois concepts ont été effectuées et les limites ont été appliquées. Les résultats obtenus ont montré que cette stratégie était trop restrictive. Dès lors, le choix d'associer uniquement les descripteurs de deux concepts a permis d'obtenir des résultats satisfaisants. Le concept de la chirurgie ambulatoire a été sélectionné pour chaque équation.

Dans PubMed, des associations des descripteurs de trois concepts ont été effectuées et les limites ont été appliquées. Les résultats obtenus ont aussi montré que cette stratégie était trop restrictive. Ensuite, l'association des descripteurs de deux concepts a abouti à des résultats variables : certains résultats étaient satisfaisants, et d'autres ont montré que la stratégie de recherche n'était pas assez restrictive. Pour ajuster cette recherche, une modification a été apportée : certains descripteurs pour un concept ont été éliminés, ce qui a permis d'obtenir de meilleurs résultats. Le concept de la chirurgie ambulatoire a également été sélectionné pour chaque équation.

Dans Google Scholar, les associations effectuées ont été de deux concepts, soit un mot-clé respectif, puis, la limite a été appliquée. Le nombre d'articles obtenus était très élevé. Ainsi, le choix de trier les articles par pertinence a été effectué afin de relever les articles les plus pertinents d'après ce moteur de recherche.

Le tableau 2 présente les équations de recherche, les résultats obtenus et la date à laquelle la recherche a été effectuée dans les bases de données CINAHL et PubMed.

Tableau 2 : Bases de données, équations de recherche, résultats obtenus, date

Nom de la base de données	Descripteurs recherchés	Résultats de la recherche	Date de la recherche
<b>CINAHL</b>	( (MH "Ambulatory Care") OR (MH "Ambulatory Surgery") OR (MH "Ambulatory Care Nursing") ) AND ( (MH "Perianesthesia Nursing") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Perioperative Nursing") ) AND (MH "Perioperative Care+") )	17	Le 28 mai 2016
	( (MH "Ambulatory Care") OR (MH "Ambulatory Surgery") OR (MH "Ambulatory Care Nursing") ) AND ( (MH "Anesthesia Recovery") OR (MH "Symptom Distress") OR (MH "Symptoms") OR (MH "Postoperative Complications+") OR (MH "Treatment Complications, Delayed") ) AND ( (MH "Perianesthesia Nursing") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Perioperative Nursing") ) )	14	
	( (MH "Ambulatory Care") OR (MH "Ambulatory Surgery") OR (MH "Ambulatory Care Nursing") ) AND ( (MH "Anesthesia Recovery") OR (MH "Symptom Distress") OR (MH "Symptoms") OR (MH "Postoperative Complications+") OR (MH "Treatment Complications, Delayed") ) )	242	
	( (MH "Ambulatory Care") OR (MH "Ambulatory Surgery") OR (MH "Ambulatory Care Nursing") ) AND ( (MH "Perianesthesia Nursing") OR (MH "Nursing Care+") OR (MH "Nursing Role") OR (MH "Perioperative Nursing") ) )	90	
	(MH "Perioperative Care+") AND ( (MH "Ambulatory Care") OR (MH "Ambulatory Surgery") OR (MH "Ambulatory Care Nursing") ) )	102	
<b>PubMed</b>	((("Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh]) OR "Ambulatory Care"[Mesh]) AND (((("Nurses"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh]) OR "Patient Care Management"[Mesh])) AND (("Postoperative Care"[Mesh]) OR "Perioperative Period"[Mesh]))	42	Le 16 mai 2016
	((("Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh]) OR "Ambulatory Care"[Mesh]) AND (((("Postoperative Complications"[Mesh]) OR "Symptom Assessment"[Mesh]) OR "Anesthesia Recovery Period"[Mesh])) AND (((("Nurses"[Mesh]) OR "Nursing"[Mesh]) OR "Nursing Care"[Mesh]) OR "Patient Care Management"[Mesh]))	121	
	((("Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh]) OR "Ambulatory Care"[Mesh]) AND (((("Postoperative Complications"[Mesh]) OR "Symptom Assessment"[Mesh]) OR "Anesthesia Recovery Period"[Mesh]))	691	
	((("Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh]) OR "Ambulatory Care"[Mesh]) AND (("Postoperative Care"[Mesh]) OR "Perioperative Period"[Mesh]))	210	
	("Nursing"[Mesh]) AND (("Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh]) OR "Ambulatory Care"[Mesh])	119	

## 2.2.4 Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour juger de la pertinence de nos articles en fonction de la question de recherche, des critères ont été sélectionnés. Les critères d'inclusion sont: articles primaires, publiés en français ou en anglais, traitant de la chirurgie ambulatoire, ciblant la période postopératoire, concernant une intervention infirmière (qui a ensuite été modifiée par le suivi téléphonique infirmier). Le critère d'exclusion est: les articles centrés sur une intervention délivrée par d'autres professionnels que les infirmiers.

## 2.3 Sélection des articles

Après avoir appliqué les équations de recherche dans les bases de données CINAHL et PubMed et obtenu un nombre de résultats satisfaisant, les articles ont été sélectionnés sur la base de leur titre et résumé. Si un accès à l'entier de l'article était possible, une première analyse critique de la validité interne et externe a pu être effectuée d'après la grille de lecture critique de Fortin (Fortin, 2010).

Ainsi, trois articles ont été sélectionnés:

Flanagan, J. (2009). Postoperative telephone calls: timing is everything. *AORN Journal*, 90(1), 41-51.

doi:10.1016/j.aorn.2009.04.001

Forster, A. J., LaBranche, R., McKim, R., Faught, J. W., Feasby, T. E., Janes-Kelley, S., ... van Walraven, C. (2008). Automated patient assessments after outpatient surgery using an interactive voice response system. *The American Journal of Managed Care*, 14(7), 429-436.

Jones, D., Duffy, M. E., & Flanagan, J. (2011). Randomized clinical trial testing efficacy of a nurse-coached intervention in arthroscopy patients. *Nursing Research*, 60(2), 92-99.

doi:10.1097/NNR.0b013e3182002e46

Le moteur de recherche Google Scholar n'a pas permis de trouver davantage d'article.

## 2.4 Nouvelles stratégies de recherche documentaire et sélection des articles

Après avoir constaté le peu d'articles sélectionnés, de nouvelles stratégies de recherche documentaire ont été choisies. Suite à la lecture de nombreux titres et résumés lors de l'étape précédente, il a été constaté qu'une intervention effectuée par le personnel infirmier revenait plusieurs fois: le suivi téléphonique en période postopératoire. Ainsi, il a été décidé de préciser le concept initial de la prise en charge infirmière (soit le concept I de la stratégie PICOT) par le suivi téléphonique infirmier. Donc, la question de recherche a également été précisée. Suite à la modification du concept de la prise en charge par le suivi téléphonique, un nouveau mot-clé a été choisi, ainsi qu'un nouveau descripteur correspondant.

Le tableau 3 présente ce concept, ce mot-clé et le descripteur utilisé dans les bases de données CINAHL et PubMed.

Tableau 3 : Concept, mot-clé et descripteur utilisés

<b>Concept de la question</b>	<b>Mot-clé</b>	<b>CINAHL</b> (subject headings)	<b>PubMed</b> (MeSH Terms → accès à MEDLINE seulement)
<b>I: suivi téléphonique infirmier</b>	Telephone	Telephone	Telephone

Ensuite, dans les bases de données CINAHL et PubMed, des associations de descripteurs de deux ou trois concepts (la chirurgie ambulatoire, le suivi téléphonique infirmier et la période postopératoire) ont été effectuées. La limite des dates de publication a été élargie aux quinze dernières années (au lieu des dix dernières années), soit entre 2001 et 2016, afin d'obtenir davantage de résultats.

Le tableau 4 présente les nouvelles équations de recherche, les résultats obtenus et la date à laquelle la recherche a été effectuée dans les bases de données.

Tableau 4 : Bases de données, équations de recherche, résultats obtenus, date

<b>Nom de la base de données</b>	<b>Descripteurs recherchés</b>	<b>Résultats de la recherche</b>	<b>Date de la recherche</b>
<b>CINAHL</b>	((MH "Ambulatory Care Nursing") OR (MH "Ambulatory Surgery") OR (MH "Ambulatory Care")) AND (MH "Telephone+") AND (MH "Perioperative Care+")	21	Le 31 mai 2016
<b>PubMed</b>	((("Ambulatory Surgical Procedures"[Mesh]) OR "Ambulatory Care"[Mesh])) AND "Telephone"[Mesh]	90	Le 31 mai 2016

Les critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi que la sélection des articles sont restés identiques à précédemment.

Ainsi, trois articles supplémentaires ont été sélectionnés:

Allard, N. C. (2007). Day Surgery for Breast Cancer: Effects of a Psychoeducational Telephone Intervention on Functional Status and Emotional Distress. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 133-141. doi:10.1188/07.ONF.133-141

Dewar, A., Craig, K., Muir, J., & Cole, C. (2003). Testing the effectiveness of a nursing intervention in relieving pain following day surgery. *Ambulatory Surgery, 10*(2), 81-88. doi:10.1016/S0966-6532(02)00041-0

Fallis, W. M., & Scurrah, D. (2001). Outpatient laparoscopic cholecystectomy: home visit versus telephone follow-up. *Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien De Chirurgie, 44*(1), 39-44.

La lecture des références de l'article d'Hodgins et al. (2008), qui a été utilisé pour l'élaboration de la problématique, a permis de trouver un article intéressant. En effet, il est en lien avec le concept du suivi téléphonique infirmier et apporte des éléments pour la discussion.

Ainsi, un dernier article a été sélectionné :

Ouellet, L. L., Hodgins, M. H., Pond, S., Knorr, S., & Geldart, G. (2003). Post-discharge telephone follow-up for orthopaedic surgical patients: a pilot study. *Journal of Orthopaedic Nursing, 7*(2), 87-93. doi:10.1016/S1361-3111(03)00039-6

## **2.5 Présentation des résultats**

Les données pertinentes pour répondre à la question de recherche seront extraites des articles sélectionnés, puis classées sous forme de tableau (comprenant les références, les devis, les objectifs, les participants, les interventions et les résultats). Un texte narratif traitera de la validité interne et externe des articles.

## **2.6 Synthèse des résultats**

Pour cette partie, un tableau sera réalisé. Il contiendra les composantes pertinentes de deux concepts du cadre théorique, soit *les stratégies de gestion du symptôme* et *les résultats obtenus sur l'état du symptôme*. Les résultats seront classés en fonction des composantes de ces concepts.

## **Résultats**

Cette partie présente les données principales issues des articles. Tout d'abord, il y a la présentation des résultats. Elle est sous forme de tableau, accompagné d'un texte narratif. Puis, la synthèse des résultats, sous forme de tableau, est articulée avec le cadre théorique.

### **3.1 Présentation des résultats**

Cette partie se compose d'un tableau et d'un texte narratif. Le tableau 5 contient les résultats pertinents en lien avec la question de recherche. Les articles retenus sont classés dans ce tableau par ordre de pertinence de leur objectif, afin de répondre au mieux à la question de recherche. Les données extraites sont réparties selon le devis, l'objectif, les participants, les interventions et les résultats. Le texte narratif développe la validité interne et externe de chaque article.

### 3.1.1 Tableau de présentation des résultats

Tableau 5 : Présentation des résultats

Références	Devis	Objectifs	Participants	Interventions	Résultats
Jones, Duffy et Flanagan (2011).	Essai clinique randomisé	Déterminer l'efficacité des interventions de coaching infirmier pour soulager les symptômes de détresse et améliorer l'état de santé fonctionnel.	N = 102 participants (52 dans le groupe d'intervention et 50 dans le groupe contrôle). Ils ont bénéficié d'une chirurgie arthroscopique ambulatoire, sous anesthésie générale.	Interventions par téléphone: premier soir opération, à 24, 48, 72 heures et à 1 semaine.  Chaque coach a reçu: guides de gestion de symptôme (un pour chaque problème postopératoire courant), contenant cinq domaines à explorer: évaluation (auto-évaluation), gestion actuelle, évaluation de l'adéquation de l'intervention, suggestion de stratégies d'intervention supplémentaires et proposition de résultat (auto-évaluation).	<u>Symptômes de détresse:</u> -Pas de différence significative entre les deux groupes dans les scores de la "Symptom Distress Scale" (SDS) le jour de l'opération ( $F = 2,1$ ; $p = 0,06$ ), mais le groupe d'intervention a significativement moins de symptômes de détresse à 72 heures ( $F = 8,5$ ; $p < 0,0001$ ) et à 1 semaine postopératoire ( $F = 7,2$ ; $p < 0,0001$ ) que le groupe contrôle. -Le score SDS diminue de la même façon dans les deux groupes à 72 heures, mais il augmente à 1 semaine postopératoire (lien: reprise activités quotidiennes dans les deux groupes).
Boston (États-Unis)					<u>Statut de santé fonctionnel:</u> -Présence d'une différence significative entre les deux groupes dans les scores de santé physique ( $F = 2,9$ ; $p = 0,016$ ) et mentale ( $F = 4,6$ ; $p = 0,001$ ) de la forme abrégée de la "Medical Outcomes Study" (MOS SF-36) à 1 semaine postopératoire. Le score de santé physique à 1 semaine postopératoire dans les deux groupes était plus bas que les scores du jour de l'opération, tandis que le groupe d'intervention a des scores de santé physique et mentale (=fonctionnelle) significativement plus hauts que le groupe contrôle.

Références	Devis	Objectifs	Participants	Interventions	Résultats
<b>Dewar, Craig, Muir et Cole (2003).</b> (Canada)	Étude cas-témoin	Déterminer si une intervention préopératoire avec un suivi en postopératoire améliorerait la gestion de la douleur et des effets secondaires d'antalgiques des patients à domicile suite à une chirurgie ambulatoire.	N= 222 participants. Ils ont bénéficié d'une chirurgie ambulatoire, soit une arthroscopie, chirurgie mammaire, réparation d'hernie ou chirurgie anale; toutes sont associées à une douleur importante (patients devaient compléter journal douleur).	En préopératoire: groupe intervention a reçu: enseignement thérapeutique sur douleur postopératoire, dépliant sur gestion douleur et journal de douleur (à remplir dès le soir de l'opération durant 4 jours; aussi distribué au groupe contrôle).  Suivi téléphonique: réalisé par même infirmier de recherche, présent dans l'unité, le 1er, 2ème et 3ème jour postopératoire.  Lors de l'appel: suivi d'un protocole pour évaluer: douleur, sa gestion et d'autres symptômes (nausées, vomissements, constipation, vertiges, fatigue). Si symptôme présent: conseils pour le gérer.  Au 5ème jour: nouvel appel sur: douleur, prise antalgiques et leurs effets indésirables.	-Jour 5: le groupe d'intervention a significativement moins de douleur que le groupe contrôle ( $p = 0,04$ ). -Pas de différence significative entre les deux groupes en regard de l'expérience d'autres symptômes (nausée, vomissement, constipation, fatigue, vertige et somnolence). -Différence de réduction du niveau de douleur entre les deux groupes au fil du temps: entre les jours 0 et 2 ( $p = 0,033$ ) et les jours 0 et 3 ( $p = 0,016$ ), le groupe d'intervention a expérimenté une diminution significative du niveau de la douleur. -Jour 1: pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne: niveau d'impact des symptômes sur l'humeur, sommeil, relations avec autres, capacité de marche et concentration. -Pas de différence en regard du nombre de médicaments consommés. Au jour 0: pas de différence quant à la quantité de soulagement des patients obtenue par médication contre la douleur, mais au fil du temps, le groupe d'intervention était davantage soulagé. Dès le jour 1: la différence était significative ( $p = 0,028$ ), au jour 2 ( $p = 0,042$ ) aussi et également au jour 3 ( $p = 0,047$ ). Autres symptômes: diminué avec le temps, n'ont pas varié entre les 2 groupes. -Suivi téléphonique: évalué comme étant aidant ou très aidant par le groupe intervention (79,6%). Les patients l'ont apprécié, ainsi que le soutien, et la préoccupation des infirmiers de recherche pour la douleur.
<b>Allard (2007).</b> Québec (Canada)	Essai clinique randomisé	Examiner les effets d'une intervention infirmière basée sur la théorie de l'autorégulation pour améliorer le statut	N = 117 participants (61 dans le groupe expérimental et 56 dans le groupe contrôle).	Deux sessions téléphoniques au groupe intervention: 3-4ème et 10-11ème jour après l'opération (durée non limitée, mais prédéfinie, adaptée selon situation).	Statut fonctionnel: -Effet statistiquement significatif de l'intervention sur la gestion de la perturbation à domicile, donc effet bénéfique sur la dimension du fonctionnement (F[1, 98] = 6,85; $p = 0,01$ ).

Références	Devis	Objectifs	Participants	Interventions	Résultats
		fonctionnel et la détresse émotionnelle.	Femmes qui ont bénéficié d'une chirurgie ambulatoire, pour le traitement initial pour le cancer du sein ou une lésion suspecte.	L'investigateur a utilisé: guide d'interview et feuille de suivi, pour évaluer les symptômes: questionnements pour identifier et décrire chaque symptôme, actions entreprises et leur efficacité, encouragements à trouver d'autres stratégies ou suggestion de nouvelles en cas d'inefficacité, reconnaissance des sentiments et émotions exprimés.	<u>Détresse émotionnelle:</u> -Les comparaisons ont montré une différence significative entre les deux groupes au 9-10ème jour sur les scores de détresse émotionnelle (F[1, 93] = 3,98; p = 0,05).
<b>Flanagan (2009).</b> (États-Unis)	Étude descriptive	Comprendre la perception des patients sur arthroscopie du genou en ambulatoire et leur rétablissement à domicile.  Déterminer le meilleur moment pour effectuer le suivi par téléphone, afin de comprendre, si besoin, les besoins d'apprentissage des patients et leur famille.  Comprendre l'expérience globale des patients, surtout le suivi téléphonique.	N = 77 participants (dont 27 hommes et 50 femmes, âgés entre 25 et 82 ans) ont été recrutés.  Patients ayant subi une arthroscopie du genou en ambulatoire.	Suivi téléphonique aux patients: à 12, 24 et 72 heures postopératoires, par membre de l'équipe de recherche.  Entretien téléphonique semi-structuré; infirmiers posaient des questions ouvertes (appartenant à une liste de questions prédéfinie, selon moment de l'entretien) permettant d'être ouvert au dialogue tout en restant centré sur l'exploration de l'expérience du patient.	<u>Expérience du patient à 12 heures postopératoires:</u> -Sensations euphorie, soulagement. Symptômes: nausées, vomissements, maux de gorge, pas de douleur. -Sentiment que tout s'est passé comme attendu, ne désirent pas d'informations supplémentaires, n'anticipent pas de problèmes et se sentent préparés pour ce qui les attend lors des prochains jours.  <u>Expérience du patient à 24 heures postopératoires:</u> -Sentiment de ne pas être préparés et capables de gérer la situation seuls, surtout gestion douleur. Selon eux: procédure et ses effets minimisés. -Symptômes: douleur, nausées, fatigue, œdème, saignement, manque de mobilité, anxiété, détresse. -Sentiment que quelque chose s'est mal passé. -82% des femmes étaient des proches aidantes: se sentant dans les premières heures si bien, n'ont pas voulu représenter un fardeau, ont donné congé à leur personne de soutien. Après 24 heures: ont reconnu qu'elles n'auraient pas dû faire cela. Sentiment: abandon, isolement, manque de ressources pour l'aide aux soins. Patients jeunes: n'ont pas demandé de l'aide à une tierce personne. Donc, population vulnérable, décrivant impression d'être dépassés, abandonnés et anxieux.

Références	Devis	Objectifs	Participants	Interventions	Résultats
<b>Fallis et Scurrah (2001).</b> (Canada)	Étude cas témoin	Déterminer s'il y a une différence significative des taux de préoccupation et de satisfaction, entre les patients ayant reçu une visite à domicile et ceux qui ont reçu un appel téléphonique, afin de déterminer un suivi approprié.	N = 149 participants (72: visite à domicile (VD) et 77: appel téléphonique (AT) le soir de l'intervention). Patients ayant subi une cholécystectomie par laparoscopie en ambulatoire.	Évaluation, soir de l'opération: AT avec infirmier en chirurgie ou VD par infirmier des soins à domicile. Lors entretiens: questions selon cinq domaines: activité, douleur, plaie chirurgicale, alimentation et élimination. Infirmiers à domicile: ont, en plus, partagé leur ressenti quant à la nécessité visite à domicile. Sondage téléphonique a été réalisé dans les deux groupes après 48 heures, pour évaluer: niveau d'activité, satisfaction, expérience globale, perception besoin visite à domicile comme suivi postopératoire.	Expérience du patient à 72 heures postopératoires: -Augmentation sentiment abandon, mais se sentent capables de gérer seul. -Symptômes: douleur, fatigue. Préoccupations de ne pas encore se sentir prêt pour retour activités (surtout travail), alors qu'ils avaient imaginé en être capables à ce moment. -Apprécient contact avec personnel infirmier: peuvent exprimer préoccupations et obtenir des réponses à leurs questions. -Capacité de réfléchir sur expérience globale et émergence sentiment guérison.
					<u>Moment opportun pour le suivi téléphonique:</u> -Durant premières 24 heures (12 heures: prématuré, 24 heures: tardif).  -Les participants du groupe appel téléphonique présentaient un taux moyen de préoccupation (dont la première était la douleur) beaucoup moins élevé ( $p < 0,001$ ) et étaient beaucoup plus satisfaits de leur suivi ( $p = 0,034$ ) que ceux du groupe visite à domicile. -Une différence significative a été relevée entre les deux groupes concernant leur perception du besoin de suivi: 61% des patients du groupe VD ne trouvaient pas nécessaire la visite à domicile en comparaison aux 21,7% du groupe AT. Les infirmiers pensaient : 75 % des visites à domicile n'étaient pas nécessaires, car aucune intervention n'était prodiguée. -Le taux de réadmission n'a pas atteint 1 % (1 VD) et le recours aux services d'urgence s'est établi à 6 % (3 VD, 6 AT).

Références	Devis	Objectifs	Participants	Interventions	Résultats
Forster et al. (2008), Alberta (Canada)	Étude de faisabilité et d'acceptabilité	Tester la faisabilité et l'utilité d'un système de réponse par voix interactive (Interactive Voice Response System = IVRS), dans le suivi postopératoire de patientes ayant subi une chirurgie ambulatoire.	N = 249 participantes.  Femmes ayant subi des chirurgies gynécologiques en ambulatoire.	L'IVRS (CallAssure): appel le lendemain de l'opération.  Si pas de réponse: système rappelait toutes les 2 heures jusqu'à obtention réponse. Si toujours pas de réponse à 21 heures: système arrêta les appels.  Si réponse: système posait 1 question d'identification et 4 autres sur: symptômes (présence de nouveaux ou péjoration), problèmes liés à chirurgie, médication, souhaite parler à infirmier. Dès 1ère réponse positive à l'une des 4 questions dernières questions: système transférait l'appel vers programme provincial de triage téléphonique infirmier (nommé HealthLink).  30 jours après: appel manuel concernant: souvenir de l'appel automatique, problèmes de santé (nouveaux ou péjoration), consultation prestataires de soins et opinion sur l'IVRS.	<u>Faisabilité et perception de l'IVRS:</u> -52% des patientes ont été atteintes, 86% ont compris le système, 82% l'ont trouvé facile à utiliser et 75% l'ont trouvé utile. -Plupart des patientes (68%, $p < 0,001$ ): ont préféré l'IVRS plutôt qu'un appel manuel personnel. -Système: est faisable.  <u>Utilité de l'IVRS:</u> -Des 130 patientes contactées: 9 avaient un problème relatif à la chirurgie, 7 ont relevé avoir nouveaux ou péjoration des symptômes, 6 désiraient parler à infirmier et 1 avait un problème relatif à médication. -Bien que des réponses positives aient été données, aucune patiente n'a parlé à un infirmier. Raison du problème: mise en attente non mentionnée à la patiente, donc elle a rapidement raccroché. Ainsi, aucune action mise en place, bien que effets secondaires aient été mentionnés. -Système : utilité non démontrée. -Lors appel au 30ème jour: 40 patientes ont mentionné avoir eu des effets secondaires (16%, IC 95% [12 – 21], mais l'IVRS n'en a identifié que peu, car 90% d'entre eux sont apparus après l'appel, donc après le 1er jour postopératoire. Majorité des effets adverses: manifestés au 10ème jour postopératoire (IQR [3-14]). -Appel par IVRS: associé de manière significative à réduction probabilité de survenue effets adverses (OR = 0,40; IC 95% [0,19 - 0,83]).

### **3.1.2 Texte narratif**

En ce qui concerne l'article de Jones, Duffy et Flanagan (2011), une attribution randomisée est respectée (enveloppe scellée) et les instruments de mesure des résultats de l'étude utilisés sont valides et fiables. Les tests statistiques sont adéquats avec les hypothèses de recherche et les variables à l'étude. La formation des coaches et les supports offerts (cours collectif, livret, vidéo, guidelines et journal) ont favorisé une réalisation uniforme de l'intervention. Des rencontres régulières de l'équipe de recherche leur ont permis de discuter des problèmes et de trouver un consensus sur les guidelines à utiliser en fonction des symptômes afin de maintenir une intégrité et une fidélité quant à l'intervention. Plusieurs limites sont relevées par les auteures. Deux autres essais cliniques de grande envergure touchant la population bénéficiant d'arthroscopie ont eu lieu en même temps que l'étude, ce qui a retardé le recrutement de ses participants. Les résultats ont pu être influencés par une potentielle attention plus particulière du coach au groupe d'intervention, sachant qu'il connaissait l'attribution des participants dans les deux groupes. Ceci est un biais de mesure, mais les auteurs en ont fait part. Divers symptômes ont été évalués en utilisant les guidelines, mais certains symptômes (notamment la douleur) ont nécessité des moyens supplémentaires d'évaluation. Ainsi, l'hypothèse d'une bonne validité interne de l'étude est soutenue. À Boston, aux États-Unis, les ressources du système de santé (bien que leur utilisation peut être freinée pour des questions financières) et la culture peuvent être transposables au canton de Vaud. En ambulatoire, l'une des chirurgies les plus couramment pratiquées, indépendamment du sexe, de l'ethnie, de la race et des groupes d'âge, est l'arthroscopie. Ainsi, l'intervention pour des adultes ayant bénéficié d'une arthroscopie sous anesthésie générale est généralisable à la population du canton de Vaud, ce qui démontre une bonne validité externe.

Concernant l'article de Dewar et al. (2003), une attribution randomisée est respectée (liste) et il y a une répartition égale des différents types de chirurgie entre les deux groupes. Les outils de mesure sont valables. Les tests statistiques sont pertinents, bien que la taille de l'échantillon ne soit pas déterminée selon une puissance statistique adéquate. Davantage de variables auraient pu être présentées dans le tableau des caractéristiques démographiques. En préopératoire, un dépliant sur la gestion de la douleur, basé sur des guidelines, a été distribué et un enseignement par un infirmier a été réalisé (manque d'informations sur ce dernier élément). Un journal de la douleur, distribué aux deux groupes, contient des questions pertinentes, bien que son contenu ne soit pas fondé sur des preuves et qu'il puisse être plus complet. Le suivi téléphonique était réalisé selon un protocole standardisé, ce qui favorise une réalisation uniforme de l'intervention, mais aucune justification scientifique n'est mentionnée. Certains patients ont eu des chirurgies avant l'étude, les auteurs n'en ont pas tenu compte, mais le mentionnent. La validité interne est donc relativement bonne. La même infirmière de recherche a rencontré le patient lors de l'enseignement thérapeutique préopératoire et a réalisé le suivi téléphonique. Les auteurs soulignent donc que ce n'est probablement pas réaliste. Dans les quatre types de chirurgie, il y avait des variations de procédure et certaines d'entre elles étaient plus

douloureuses que d'autres. Ainsi, les participants de l'étude représentent un groupe hétérogène, ce qui facilite la généralisation des résultats. Au Canada, les ressources du système de santé et la culture peuvent être transposables au canton de Vaud.

Au sujet de l'article d'Allard (2007), une attribution randomisée est réalisée (tables de nombres au hasard). Les instruments de mesure sont valides et fiables. Les tests statistiques sont adéquats. L'échantillon semble homogène du point de vue de la procédure chirurgicale, de la morbidité et du pronostic. Le principal investigateur a exclu les personnes ayant déjà expérimenté un cancer ou des problèmes psychiatriques, ces éléments pouvant influencer les résultats. L'auteure relève qu'il y a eu un manque de diversité dans l'échantillon étant donné qu'elle a uniquement inclus des femmes parlant français (au Québec), ceci a pu peut-être induire un biais de sélection et de culture. Le principal investigateur a choisi un assistant qui n'avait pas de connaissance des soins, pour éviter des biais. Cette personne était la seule à réaliser l'intervention (guide d'interview, feuille de suivi), ce qui a permis une homogénéité dans la réalisation de l'intervention. L'auteure signale que le niveau de perturbation de l'humeur des participantes était relativement bas, rendant l'observation des effets de l'intervention sur les réponses émotionnelles difficile. Le manque d'effet de l'intervention a pu être le résultat d'un biais dans les réponses ou dans les mesures utilisées. La validité interne est donc relativement bonne. L'échantillon comprend des participantes de différents sites, favorisant ainsi la généralisation des données. De plus, les femmes québécoises parlant le français sont une population relativement similaire aux femmes du canton de Vaud. Les ressources du système de santé sont également transposables. Ainsi, l'étude a une bonne validité externe.

Pour ce qui est de l'article de Flanagan (2009), l'échantillon est relativement grand pour une étude qualitative. Les membres de l'équipe de recherche avaient tous au moins 20 ans d'expérience dans les soins aux patients subissant des chirurgies orthopédiques. La chercheuse a développé une liste de questions pour l'intervention (expérience personnelle, recherche de littérature, résultats de recherche antérieure menée par elle-même avec des collaborateurs). Cette liste a été revue avec l'équipe de recherche, cependant elle ne semble pas totalement crédible, car elle a été élaborée essentiellement par une personne. La chercheuse a créé l'outil de récolte des données démographiques. Les entretiens ont été menés suivant les questions de la liste, ce qui a favorisé une homogénéité dans la réalisation de l'intervention. Ils ont été enregistrés, ce qui limite les biais. L'analyse des données a été faite selon une approche conventionnelle référencée. La majeure partie de l'analyse a été réalisée par l'auteure (lecture, relecture, classement des thèmes par catégories et sous-catégories). La fiabilité des données a été assurée, selon l'auteure, par un compte rendu de pairs avec l'équipe de recherche. Les thèmes relevés n'ont pas été discutés avec les patients (pas de triangulation), ce qui limite la crédibilité de l'étude. Des verbatims sont présents dans l'article. Ainsi, la crédibilité de l'étude, de la méthode et des résultats est moyenne. L'auteure mentionne qu'elle a choisi un échantillon de convenance, avec peu de

variabilité des données démographiques, ce qui n'est probablement pas représentatif d'une population plus large subissant une arthroscopie en ambulatoire. La transférabilité est donc relativement faible. Selon l'auteure, le contexte de l'arthroscopie en ambulatoire est probablement associé à une expérience particulière, donc les résultats ne sont peut-être pas transférables à d'autres contextes de chirurgie en ambulatoire. Aux États-Unis, les ressources du système de santé (bien que leur utilisation peut être freinée pour des questions financières) et la culture peuvent être transposables au canton de Vaud. Ainsi, l'étude a une transférabilité relative.

Quant à l'article de Fallis & Scurrah (2001), l'allocation dans les deux groupes a été faite selon un programme prédéterminé (randomisation). Les tests statistiques sont présents. Les outils sont pertinents mais ne sont pas tous validés par la littérature scientifique. Le niveau d'expertise et des compétences (infirmiers à domicile ou de chirurgie) différait entre les deux groupes, influençant probablement l'intervention délivrée. De plus, la formation des intervenants et la façon dont ils réalisent l'intervention ne sont pas mentionnés. Les auteurs relèvent un biais de sélection, car les patients ont pu choisir entre une chirurgie traditionnelle ou en ambulatoire. Ils mentionnent qu'ils n'ont pas pu collecter les taux de satisfaction de 14% des participants, ce qui a pu influencer les résultats. Les auteurs expliquent une différence des scores de préoccupations entre les deux groupes car les réponses étaient plus fréquemment données par les proches aidants dans le groupe appel téléphonique. Les réponses des participants ont pu être influencées par la proximité de l'infirmier lors de la visite à domicile et le moment de l'intervention était plus tardif pour l'appel téléphonique que pour la visite à domicile. La validité interne de l'étude est donc relativement faible. L'étude a été réalisée au Canada, les résultats sont donc applicables au canton de Vaud car la culture et les ressources du système de santé sont relativement similaires.

Concernant l'article de Forster et al. (2008), les tests statistiques sont pertinents, bien que la taille de l'échantillon ne soit pas justifiée par une puissance statistique. Il y a eu un manque de diversité dans l'échantillon étant donné qu'il y a uniquement des femmes, ce qui a peut-être pu induire un biais de sélection. Les infirmiers travaillant au centre de triage (HealthLink) possèdent des algorithmes spécifiques pour gérer les problèmes postopératoires, ce qui montre une uniformisation de cette étape de l'intervention. En revanche, un problème majeur du système a été mis en évidence par les auteurs: lors de la mise en attente de l'appel, le système ne le mentionnait pas aux patientes. De ce fait, les patientes ont raccroché, ne pouvant donc pas parler avec un infirmier de leurs problèmes. De plus, lorsque les patientes ne répondaient pas, le système ne pouvait pas identifier la cause de ce problème. L'étude a donc une validité interne faible. La chirurgie gynécologique est l'une des chirurgies ambulatoires les plus courantes ; les résultats de cette étude sont donc généralisables à la Suisse. À Atlanta, aux États-Unis, les ressources du système de santé (bien que leur utilisation peut être freinée

pour des questions financières) et la culture peuvent être transposables au canton de Vaud. Donc, les résultats sont généralisables et la validité externe de l'étude est bonne.

Pour ce qui est de l'article de Ouellet, Hodgins, Pond, Knorr et Geldart (2003), après analyse selon la grille de Fortin, il a été exclu du travail (il n'est donc pas présenté dans cette partie). En effet, dans l'article, il n'est pas précisé si le contexte est de la chirurgie ambulatoire ou de la chirurgie standard. Or, la chirurgie ambulatoire est l'un des critères d'inclusion de ce travail.

### **3.2 Synthèse des résultats**

Cette partie est présentée sous forme de tableau, soit le tableau 6, qui contient les résultats relatifs aux composantes de deux concepts du cadre théorique, c'est-à-dire *les stratégies de gestion du symptôme* et *les résultats obtenus sur l'état du symptôme*. Certaines composantes ont été supprimées ou ajoutées durant l'élaboration de la synthèse.

Tableau 6 : Synthèse des résultats

	<b>Jones, Duffy et Flanagan (2011).</b>	<b>Dewar, Craig, Muir et Cole (2003).</b>	<b>Allard (2007).</b>	<b>Flanagan (2009).</b>	<b>Fallis et Scurrah (2001).</b>	<b>Forster et al. (2008).</b>
<b>Stratégies de gestion du symptôme</b>	Patient et personnel infirmier	Patient et personnel infirmier	Patient et personnel infirmier	Patient et personnel infirmier	Patient et personnel infirmier	Patient, personnel infirmier et système de réponse par voix interactive (IVRS)
<b>Qui (soigne)</b>	Patient et personnel infirmier	Patient et personnel infirmier	Patient et personnel infirmier	Patient et personnel infirmier	Patient et personnel infirmier	Patient, personnel infirmier et système de réponse par voix interactive (IVRS)
<b>Quoi</b>	Suivi téléphonique	-Enseignement thérapeutique préopératoire, dépliant et "journal" de la douleur. -Suivi téléphonique	Suivi téléphonique	Suivi téléphonique	Suivi téléphonique ou visite à domicile	Suivi téléphonique via un système de réponse par voix interactive
<b>Quand</b>	24, 48, 72 heures et 1 semaine postopératoires	1er, 2ème, 3ème et 5ème jour postopératoire	3 ou 4ème jour et 10 ou 11ème jour postopératoire	12, 24 et 72 heures postopératoires	Soir de l'opération (appel téléphonique ou visite) et 48 heures postopératoires (appel)	Lendemain de l'opération
<b>Où</b>	À domicile	À domicile	À domicile	À domicile	À domicile	À domicile
<b>À qui</b>	Patient	Patient	Patient	Patient	Patient	Patient
<b>Comment</b>	Guide de gestion de symptômes.	Protocole pour évaluer la douleur et d'autres symptômes, et leur gestion.	Guide d'interview et feuille de suivi, pour l'évaluation et la gestion des symptômes.	Entretien téléphonique semi-structuré: questions ouvertes appartenant à une liste de questions prédéfinies.	Questions concernant cinq domaines. Après 48 heures: sondage téléphonique (dans les deux groupes).	Questions sur : symptômes, chirurgie, médication, souhait de parler aux infirmiers. Si réponse positive: transfert de l'appel vers infirmiers.

	<b>Jones, Duffy et Flanagan (2011).</b>	<b>Dewar, Craig, Muir et Cole (2003).</b>	<b>Allard (2007).</b>	<b>Flanagan (2009).</b>	<b>Fallis et Scurrah (2001).</b>	<b>Forster et al. (2008).</b>
<b>Pourquoi</b>	-Symptômes de détresse -État de santé fonctionnelle (chirurgie arthroscopique)	-Gestion douleur + autres symptômes communs (chirurgie arthroscopique, mammaire, anale et réparation d'hernie)	-Statut fonctionnel -Détresse émotionnelle (cancer du sein ou lésion suspecte)	Besoins d'apprentissage + expérience globale (chirurgie arthroscopique)	Suivi approprié: appel téléphonique vs visite à domicile (cholécystectomie par laparoscopie)	Tester: faisabilité + utilité IVRS (chirurgie gynécologique)
<b>Résultats obtenus sur l'état du symptôme</b>	Statut émotionnel ↓ symptômes de détresse (72 heures, 1 semaine) ↑ scores de santé mentale	Impact = des symptômes sur: humeur, sommeil, relations avec autres, capacité marche et concentration.	↓ détresse émotionnelle (9 et 10ème jour)	-Sentiment d'euphorie, de soulagement, d'être prêts pour la suite (à 12 heures). -Sentiment de ne pas être préparés, ni capables de gérer seul (surtout douleur), procédures + ses effets minimisés, symptômes anxieux + détresse (à 24 heures). ↑ sentiment d'abandon, mais se sentent capables de gérer seul, préoccupations retour aux activités, capacité réflexion expérience globale et émergence sentiment de guérison (à 72 heures).	Appel téléphonique: ↓ préoccupations (surtout douleur) > perception du besoin de suivi pour l'appel	IVRS > appel manuel Faisabilité + utilité IVRS: compris, utile et facile à utiliser

	<b>Jones, Duffy et Flanagan (2011).</b>	<b>Dewar, Craig, Muir et Cole (2003).</b>	<b>Allard (2007).</b>	<b>Flanagan (2009).</b>	<b>Fallis et Scurrah (2001).</b>	<b>Forster et al. (2008).</b>
Statut fonctionnel	↓ symptômes de détresse (72 heures, 1 semaine) ↑ scores de santé physique	↓ douleurs et plus rapidement (5ème jour) Expérience d'autres symptômes = ↑ soulagement (nombre médicaments consommés =)	Effets positifs: gestion perturbation à domicile + dimension fonctionnement	-Symptômes nausées, vomissements, maux de gorge, pas de douleur (à 12 heures). -Symptômes douleurs, nausées, fatigue, œdèmes, saignement, manque mobilité (à 24 heures). -Symptômes douleurs + fatigue (à 72 heures).		↓ probabilité survenue effets adverses. Problèmes (justifiant utilité IVRS): chirurgie, nouveaux/péjoration symptômes, désirs de parler à infirmier et médication.
Coûts					Appel téléphonique: -Pas de réadmission -6 % : recours services urgence	
Satisfaction du patient		-Ont apprécié: appel téléphonique, soutien, préoccupation du soignant (douleur). -Suivi: évalué comme étant aidant ou très aidant.		Ont apprécié: contact avec les infirmiers.	↑ satisfaction	

## Discussion

L'objectif de l'étude était de déterminer l'efficacité d'un suivi téléphonique sur la gestion des symptômes à domicile suite à une chirurgie ambulatoire chez l'adulte. Les résultats démontrent qu'un suivi téléphonique est efficace sur la gestion des symptômes du patient à domicile, en améliorant les statuts fonctionnel et émotionnel, suite à une chirurgie ambulatoire.

Le cadre théorique, soit la théorie intermédiaire de la gestion des symptômes, a permis de structurer les données issues des articles et donc d'avoir une vision globale de la réalisation de l'intervention et de ses résultats obtenus. Concrètement, le concept *des stratégies de gestion du symptôme* a permis l'analyse de l'intervention au travers de ses différentes composantes, soit le qui, quoi, quand, où, à qui, comment et pourquoi. Ainsi, ce concept a rendu possible la compréhension de l'ensemble des éléments relatifs au suivi téléphonique, tant au niveau du contenu que de la forme. Le concept *des résultats obtenus sur l'état du symptôme* a permis de comprendre les effets de l'intervention, par le biais des composantes de ce concept, soit les statuts émotionnel et fonctionnel et les coûts. Donc, la théorie a permis d'avoir une réflexion pertinente quant à l'intervention, d'avoir une réalisation cohérente de l'ensemble du travail et de répondre à la question de recherche. De façon générale, la théorie aide à structurer et mettre en œuvre les interventions infirmières. De plus, elle a déjà été utilisée pour illustrer des situations postopératoires dans le contexte de la chirurgie ambulatoire (Rosén et al., 2014). Cependant, certains éléments sont discutables. Dans la théorie, il y a une distinction entre le statut fonctionnel (physique) et le statut émotionnel (mental). Or, dans l'un des articles, le statut fonctionnel représente la santé physique et mentale, ce qui a rendu difficile la catégorisation de certains résultats. Ceci suggère que le statut fonctionnel est défini de manière différente selon les auteurs (théorie et articles). Lors de la synthèse des résultats, une composante supplémentaire, soit la satisfaction du patient, a été créée pour obtenir des résultats plus précis et répondre de façon plus complète à la question de recherche.

Les résultats de ce travail, qui démontrent l'efficacité d'un suivi téléphonique sur la gestion des symptômes après une chirurgie ambulatoire, confirment l'étude d'Allard (2006) qui a trouvé que des interventions délivrées par téléphone à des femmes québécoises (adultes) en chirurgie ambulatoire ont un effet significatif sur la gestion à domicile des dimensions du statut fonctionnel et de la détresse émotionnelle. Les résultats supportent également le travail de Godden (2010) qui soutient que les appels téléphoniques, dans un contexte ambulatoire, permettent aux infirmiers de renforcer l'enseignement postopératoire, aussi bien que de reconforter le patient et d'atténuer son anxiété. Finalement, les résultats appuient l'étude de Dewar et al. (2004) qui relève que les patients (canadiens) ont besoin d'un suivi téléphonique suite à une chirurgie ambulatoire pour la gestion de la douleur.

Dans ce travail, deux bases de données, soit PubMed et CINAHL, ont été utilisées. Elles sont les deux plus importantes et comprennent, entre autres, les disciplines médicales et infirmières essentielles à la réalisation de ce travail. La base de données Embase aurait pu être utilisée afin de trouver davantage d'articles, notamment issus d'études européennes (Université de Genève, 2001). Les concepts choisis sont pertinents et en adéquation avec la question de recherche. Les mots-clés et descripteurs utilisés dans les stratégies de recherche documentaire sont judicieux, bien que d'autres termes aient pu être utilisés pour élargir les recherches. Lors de l'élaboration des premières stratégies de recherche, une bibliothécaire a été consultée, ce qui n'a pas été le cas par la suite. Elle aurait peut-être permis d'obtenir de meilleurs résultats. Les limites appliquées (âge et dates de publication) ont potentiellement exclu des articles. En effet, la limitation des groupes d'âge dans PubMed est très spécifique et celle des dates de publication était probablement trop restrictive au vu du nombre limité d'articles trouvés. Donc, les limites ont été élargies lors des nouvelles stratégies de recherche, ce qui a permis d'obtenir plusieurs articles pertinents. En ce qui concerne les équations de recherche lancées dans les bases de données, il aurait probablement fallu en effectuer davantage pour obtenir des articles en plus grand nombre. La sélection des critères d'inclusion et d'exclusion pour juger de la pertinence des articles était judicieuse, assurant l'obtention d'articles incluant les concepts de la question de recherche. Étant donné qu'il y a une tendance vers un raccourcissement des temps d'hospitalisation (Charbonnet et al., 2010), le contexte de la chirurgie ambulatoire et les stratégies associées sont un sujet d'actualité. Ainsi, le suivi téléphonique est un concept pertinent. D'un côté, la question de l'efficacité de l'intervention est relativement prématurée au vu du nombre limité d'articles obtenus, de l'autre, elle est innovante et a tout de même permis de trouver certains articles de qualité.

La généralisation des résultats peut être limitée car la formation et les compétences des infirmiers (canadiens et américains), qui ont délivré l'intervention, peuvent différer des infirmiers diplômés de Suisse. De plus, certaines études traitaient d'une population uniforme du point de vue du sexe, de la langue et du type de chirurgie. Cependant, l'ensemble des échantillons de ce travail représente une population hétérogène qui correspond à la population vaudoise à qui pourrait s'appliquer l'intervention. Les résultats de ce travail semblent être généralisables à une population plus large que celle définie par les critères de sélection. En effet, un suivi téléphonique pourrait notamment être réalisé dans différents types de chirurgie ambulatoire, voire même à la chirurgie standard. De plus, d'autres groupes d'âge pourraient bénéficier d'un tel suivi (enfants/parents, adolescents, personnes âgées). Finalement, les États-Unis et le Canada ont une culture et des ressources du système de santé relativement similaires à la Suisse. Globalement, les résultats obtenus sont généralisables.

Ce travail a permis de proposer des recommandations pour la recherche et la pratique clinique. Concernant la recherche, deux recommandations principales peuvent être envisagées. Premièrement, la modification de certaines variables, comme l'âge et la présence d'un proche aidant. Quant à l'âge de la

population ciblée par l'intervention, dans ce travail, il était de 19 à 64 ans. Les personnes âgées sembleraient vivre un processus de rétablissement différent de l'adulte, marqué par plus de fatigue et un retour aux activités normales retardé (Jones et al., 2011). Ce dernier, pourrait être dû à la présence de co-morbidités et non en lien avec le type de chirurgie pratiqué. En raison de la tendance actuelle vers un vieillissement de la population, il semblerait pertinent de faire davantage de recherches sur le rétablissement particulier des personnes âgées suite à une chirurgie ambulatoire, ainsi que sur l'influence possible des co-morbidités sur la guérison et quelles co-morbidités pourraient être impliquées dans ce phénomène (Forster et al., 2008; Jones et al., 2011). Quant à la présence des proches aidants à domicile, la question de leur rôle dans le processus de rétablissement serait un élément à investiguer car ils permettent de soutenir et aider la personne suite à une chirurgie ambulatoire (Jones et al., 2011).

Deuxièmement, le moment opportun et la fréquence optimale auxquels réaliser l'intervention ne semblent pas clairs (Allard, 2007). Pour certains (chercheurs et suggestion de patients), le suivi téléphonique devrait être réalisé le soir de l'opération ou le lendemain (Fallis & Scurrah, 2001; Flanagan, 2009). Pour d'autres, l'effectuer le soir même de l'opération ou le lendemain serait trop précipité (Dewar et al., 2003; Forster et al., 2008). Il semble donc important pour la suite de déterminer le moment le plus judicieux pour réaliser efficacement cette intervention. De plus, la fréquence (dose) à laquelle effectuer les appels, donc la quantité de contact avec les infirmiers durant le rétablissement, semble elle aussi relativement incertaine (Allard, 2007; Flanagan, 2009). Pour la suite, varier la dose de l'intervention et évaluer son effet sur la gestion des symptômes par le patient pourrait être une piste à explorer (Allard, 2007). Ainsi, davantage d'informations sur ces différents éléments permettraient d'enrichir les connaissances actuelles sur le rétablissement à domicile de patients ayant subi une chirurgie ambulatoire. Elles aboutiraient peut-être à l'identification des types de soins infirmiers à prodiguer et les moments auxquels ils seraient nécessaires, offrant probablement la possibilité aux infirmiers d'assister plus efficacement le patient et ses proches (Flanagan, 2009; Jones et al., 2011).

En ce qui concerne la pratique clinique, il y a plusieurs recommandations, à différents niveaux. Premièrement, il serait important de connaître les points clés relatifs au suivi téléphonique, afin de clarifier sa réalisation. Il devrait être adapté selon le type de chirurgie et basé sur une approche planifiée pour évaluer les complications postopératoires (les symptômes) et utiliser des stratégies détaillées pour les gérer (Jones et al., 2011). Globalement, le suivi téléphonique devrait tendre vers une approche thérapeutique et les infirmiers devraient s'assurer que chaque interaction est dans ce but précis (d'autant plus si le temps est restreint) (Ouellet et al., 2003). Il faudrait travailler avec des guides, des feuilles de suivi, des protocoles, des questionnaires ou des checklists basés sur la littérature scientifique (Allard, 2007; Dewar et al., 2003; Flanagan, 2009; Jones et al., 2011; Ouellet et al., 2003).

Une évaluation systématique de chaque problème ou préoccupation devrait être effectuée par des questions explicites (Ouellet et al., 2003). Ceci semble important pour identifier des nouveaux problèmes ou préoccupations car ils varient au cours du processus de rétablissement, mais aussi pour couvrir ceux qui pourraient paraître mineurs (Flanagan, 2009; Ouellet et al., 2003). Des questions suffisamment précises pourraient permettre d'évaluer la progression du patient et de couvrir les problématiques actuelles ou potentielles (Ouellet et al., 2003). Lorsqu'un problème est identifié, une évaluation plus profonde devrait être effectuée pour en apprécier la nature et la portée et pour initier des interventions appropriées et individualisées (Allard, 2007; Ouellet et al., 2003). Lors de l'évaluation, rediriger l'attention du patient sur des éléments concrets et objectifs lui permettrait d'évaluer, comprendre et gérer plus efficacement ses symptômes et de développer des interventions infirmières innovantes (Allard, 2007). Les interventions devraient inclure un renforcement de l'enseignement préalable, des solutions, des conseils, du soutien émotionnel, des encouragements et du réconfort (Dewar et al., 2003; Ouellet et al., 2003). Les conseils devraient être spécifiques et explicites pour être suffisamment aidants. Ils devraient notamment permettre aux patients de savoir exactement ce qu'ils peuvent ou ne peuvent pas faire. Le soutien permettrait de diminuer la douleur, sans modifier la quantité de médicaments consommés. L'enseignement aux patients devrait inclure des informations au sujet des effets secondaires des médicaments et comment les gérer et souligner l'importance de rechercher de l'aide en cas de difficultés. Si un support écrit est distribué en association du suivi téléphonique, les infirmiers devraient en faire usage durant l'appel, car des supports différents (oral et écrit) sont aidants (Dewar et al., 2003).

Deuxièmement, en ce qui concerne la forme, soit la façon de s'y prendre pour atteindre le patient, il serait important de connaître certains éléments pour pouvoir réaliser l'intervention. Il est souhaitable de faire plusieurs tentatives pour joindre la personne. Si elle ne répond pas, se focaliser sur cette dernière car elle pourrait être plus à risque de problèmes que les autres (Forster et al., 2008).

Troisièmement, il semble essentiel, dans le respect d'une vision globale (bio-psycho-sociale) du patient, que les infirmiers soient impliqués dans l'ensemble de la prise en charge, soit dans le contexte hospitalier (aigu), mais également dans le contexte du domicile (Flanagan, 2009). En effet, les soins infirmiers représentent les soins effectués aux personnes malades ou bien-portantes, de tous âges et à leurs famille, de façon autonome ou en collaboration avec d'autres professionnels, peu importe le contexte (Association suisse des infirmières et infirmiers, 2011). Dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, le rôle infirmier peut être, entre autres, de rassurer les patients et leurs proches, de procurer un environnement sécurisant et de prodiguer divers soins. En période préopératoire, les infirmiers ont notamment un rôle considérable et essentiel dans l'accueil du patient, la réalisation d'une anamnèse complète, l'évaluation de l'état de santé, le respect des critères d'inclusion à une chirurgie ambulatoire et l'éducation thérapeutique, qui pourraient avoir un impact sur la suite de la

prise en charge. En période postopératoire, suite au retour à domicile, le patient et sa famille ont une responsabilité quant à la gestion des complications postopératoires (autogestion des symptômes). En effet, en comparaison à la chirurgie standard, le retour à domicile précoce implique que les soins sont externalisés de l'hôpital et les patients se retrouvent rapidement avec des responsabilités plus importantes. Ainsi, il est du rôle infirmier d'évaluer l'état du patient, de le guider et l'accompagner dans la gestion autonome de ses symptômes. Les infirmiers doivent donc être impliqués dans toute la prise en charge du patient, c'est-à-dire à l'hôpital mais également lorsqu'il est à domicile, ce qui est possible par le suivi téléphonique.

En conclusion, l'élargissement des opérations effectuées dans le contexte ambulatoire implique la maîtrise du suivi postopératoire, notamment par la gestion des symptômes du patient à domicile. Une stratégie de gestion est le suivi téléphonique infirmier. Il est démontré qu'il est efficace sur la gestion des symptômes du patient à domicile, en améliorant les statuts fonctionnel et émotionnel, suite à une chirurgie ambulatoire. Pour la réalisation de ce type d'intervention, il est important pour les infirmiers de respecter une prise en charge globale (y compris à domicile) et de connaître les points clés relatifs au suivi téléphonique, soit le contenu, ainsi que la forme. Finalement, le suivi téléphonique infirmier assure la continuité des soins et rend possible une prise en charge de qualité, qui allie, entre autres, la satisfaction et la sécurité du patient.

## Liste de références

- Abraham, J. (2011). Innovative perioperative role improves patient and organisational outcomes in minimal invasive surgery. *Journal of Perioperative Practice*, 21(5), 158-164.
- Allard, N. C. (2006). Day surgery and recovery in women with a suspicious breast lesion: evaluation of a psychoeducational nursing intervention. *Canadian Oncology Nursing Journal = Revue Canadienne De Nursing Oncologique*, 16(3), 137-153.
- Allard, N. C. (2007). Day Surgery for Breast Cancer: Effects of a Psychoeducational Telephone Intervention on Functional Status and Emotional Distress. *Oncology Nursing Forum*, 34(1), 133-141. doi:10.1188/07.ONF.133-141
- Association Française de Chirurgie Ambulatoire. (2013). *Taux de chirurgie ambulatoire par spécialité : actes marqueurs internationaux : résultats nationaux 2013*. Repéré à <http://chirurgie-ambulatoire.org/fr/taux-chirurgie>
- Association suisse des infirmières et infirmiers. (2011). *Les soins infirmiers en Suisse perspectives 2020 : document de positionnement de l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)*. Repéré à [http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop\\_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf](http://www.sbk.ch/fileadmin/sbk/shop_downloads/fr/Perspektive2020-fr.pdf)
- Charbonnet, P., Ott, V., Schiffer, E., Berney, T., & Morel, P. (2010). Chirurgie ambulatoire : une voie incontournable. *Revue médicale suisse*, 6(254), 1302-1305.
- Dewar, A., Craig, K., Muir, J., & Cole, C. (2003). Testing the effectiveness of a nursing intervention in relieving pain following day surgery. *Ambulatory Surgery*, 10(2), 81-88.  
doi:10.1016/S0966-6532(02)00041-0
- Dewar, A., Scott, J., & Muir, J. (2004). Telephone follow-up for day surgery patients: patient perceptions and nurses' experiences. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 19(4), 234-241.

- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... Taylor, D. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676. doi:10.1046/j.1365-2648.2001.01697.x
- Ecole Polytechnique de Montréal. (2007). *La face cachée de Google Scholar*. Repéré à [http://www.polymtl.ca/carrefour/cms/infotech/vol\\_1\\_num\\_45/googlescholar.php](http://www.polymtl.ca/carrefour/cms/infotech/vol_1_num_45/googlescholar.php)
- Eicher, M., Delmas, P., Cohen, C., Baeriswyl, C., & Python, N. V. (2013). Version Française de la Théorie de Gestion des Symptômes (TGS) et son application. *Recherche en soins infirmiers*, 112(1), 14-25.
- Fallis, W. M., & Scurrah, D. (2001). Outpatient laparoscopic cholecystectomy: home visit versus telephone follow-up. *Canadian Journal of Surgery. Journal Canadien De Chirurgie*, 44(1), 39-44.
- Favre, N., & Kramer, C. (2013). *La recherche documentaire au service des infirmières : Méthodes et ressources*. Rueil-Malmaison (Hauts-de-Seine): Editions Lamarre.
- Flanagan, J. (2009). Postoperative telephone calls: timing is everything. *AORN Journal*, 90(1), 41-51. doi:10.1016/j.aorn.2009.04.001
- Forster, A. J., LaBranche, R., McKim, R., Faight, J. W., Feasby, T. E., Janes-Kelley, S., ... van Walraven, C. (2008). Automated patient assessments after outpatient surgery using an interactive voice response system. *The American Journal of Managed Care*, 14(7), 429-436.
- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives* (2ème éd.). Montréal, QC: Chenelière Education.
- Gilmartin, J., & Wright, K. (2007). The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursing Review*, 54(2), 183-190. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00528.x

- Godden, B. (2010). Postoperative phone calls: is there another way? *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses / American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 25(6), 405-408. doi:10.1016/j.jopan.2010.09.004
- Hamström, N., Kankkunen, P., Suominen, T., & Meretoja, R. (2012). Short hospital stays and new demands for nurse competencies. *International Journal of Nursing Practice*, 18(5), 501-508. doi:10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x
- Hodgins, M. J., Ouellet, L. L., Pond, S., Knorr, S., & Geldart, G. (2008). Effect of telephone follow-up on surgical orthopedic recovery. *Applied Nursing Research: ANR*, 21(4), 218-226. doi:10.1016/j.apnr.2007.01.008
- Jones, D., Duffy, M. E., & Flanagan, J. (2011). Randomized clinical trial testing efficacy of a nurse-coached intervention in arthroscopy patients. *Nursing Research*, 60(2), 92-99. doi:10.1097/NNR.0b013e3182002e46
- Mattila, K., Toivonen, J., Janhunen, L., Rosenberg, P. H., & Hynynen, M. (2005). Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity, and risk factors. *Anesthesia and Analgesia*, 101(6), 1643-1650. doi:10.1213/01.ANE.0000184189.79572.28
- Ouellet, L. L., Hodgins, M. H., Pond, S., Knorr, S., & Geldart, G. (2003). Post-discharge telephone follow-up for orthopaedic surgical patients: a pilot study. *Journal of Orthopaedic Nursing*, 7(2), 87-93. doi:10.1016/S1361-3111(03)00039-6
- Petermann, D., Vuilleumier, H., & Demartines, N. (2013). *La chirurgie ambulatoire, une culture de l'excellence*. Repéré à [http://www.swiss-knife.org/fileadmin/downloads/2013/2013\\_2/Swiss\\_knife\\_2\\_13\\_Focus.pdf](http://www.swiss-knife.org/fileadmin/downloads/2013/2013_2/Swiss_knife_2_13_Focus.pdf)
- Rosén, H. I., Bergh, I. H. E., Schwartz-Barcott, D., & Mårtensson, L. B. (2014). The Recovery Process After Day Surgery Within the Symptom Management Theory. *Nursing Forum*, 49(2), 100-109. doi:10.1111/nuf.12062

Shnaider, I., & Chung, F. (2006). Outcomes in day surgery. *Current Opinion in Anaesthesiology*,  
19(6), 622-629. doi:10.1097/ACO.0b013e328010107e

Université de Genève. (2001). *Embase : Biomedical answers*. "Aide mémoire". Repéré à  
[http://www.unige.ch/biblio/cmu/files/2314/2650/5594/Guide\\_Embase\\_BFM\\_mai-2012.pdf](http://www.unige.ch/biblio/cmu/files/2314/2650/5594/Guide_Embase_BFM_mai-2012.pdf)