Table des matières

Résumé ii
Remerciements vi
Introduction 1
Recension des écrits et problématique 2
Problématique 2
Question de recherche 6
Objectifs 6
Cadres théoriques 8
Promotion et prévention de la santé 9
Les détérminants de la santé 12
La qualité des soins 12
La théorie du comportement planifié 14
Méthode 16
Devis de recherche 17
Description des étapes de réalisation 17
Banques de données 17
Mots clés utilisés pour la sélection des articles 18
Critères de sélection 18
Stratégies de recherche et mots clés 19
Grilles d'analyse 20
Résultats 21
Traitement des données 22
Critères des articles retenus 22
Synthèse des résultats 23
Caractéristiques de l'équipe intradisciplinaire 23
Barrières. 23
Ressources. 25
Facteurs institutionnels 27
Barrières. 27
Ressources. 30
Caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire 32
Barrières. 32

Ressources. ... 33
Caractéristiques des patients ... 34
Barrières. ... 34
Ressources. ... 35
Facteurs environnementaux ... 36
Barrières. ... 36
Ressources. ... 36
Justification des résultats non retenus ... 37
Discussion ... 38
Critique des études ... 39
Discussion des résultats ... 40
Evidence Based Nursing ... 40
Caractéristiques de l'équipe intradisciplinaire ... 41
Facteurs organisationnels ... 43
Caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire ... 47
Caractéristiques des patients ... 47
Facteurs environnementaux ... 48
Promotion de la santé ... 49
Implications pour la pratique ... 49
Forces et faiblesses de ce travail de Bachelor ... 51
Forces ... 51
Limites ... 51
Conclusion ... 53
Références ... 56
Appendice A ... 61
Appendice B ... 63
Appendice C ... 65
Appendice D ... 67
Appendice E ... 71
Appendice F ... 86

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement notre directrice de travail, Madame Katia Scrima, pour son soutien tout au long de la réalisation, sa disponibilité, ses conseils et ses encouragements.

Nous remercions également Marc Delley, Jacqueline Blanc et Zarife Biljali pour leur lecture et corrections de ce travail de Bachelor.

Introduction

La population des seniors est celle qui augmente le plus rapidement dans le monde. Le vieillissement est un phénomène inévitable et se traduit par l'augmentation de l'espérance de vie. En Suisse, 17,6 % de la population était âgée de plus de 65 ans en 2014, alors qu'en 2050 cette proportion pourrait atteindre les 27% (Office fédéral de la Statistique, 2014).

Si le vieillissement reflète un progrès de la santé ainsi que de meilleures conditions socio-économiques, il engendre aussi des difficultés auxquelles tous les pays devront faire face. Selon Miller, ce phénomène est défini comme le processus physiologique qui induit une baisse des réserves physiologiques avec une vulnérabilité accrue aux maladies et à la mort (1994, cité dans Motta, 2015, p.1). Il est donc capital de préparer le personnel soignant ainsi que les sociétés, pour assurer une prise en charge adéquate des besoins de la personne âgée (Organisation Mondiale de la Santé, 2015).

Le vieillissement engendre des modifications importantes sur la personne, dont notamment une baisse de la masse et de la force musculaire, une diminution de la densité minérale de l'os ainsi qu'une perte d'équilibre (Collège national des enseignants de gériatrie, 2000). Or la personne âgée en lien avec son âge présente, un facteur de risque élevé de chutes qui peuvent s'avérer mortelles ou fortement traumatiques (OMS, 2012).

Selon Ang, Mordiffi & Wong, (2011), l'efficacité de stratégies d'interventions multiples en soins aigus pour réduire le nombre de chutes est efficace et permet de réduire ces incidents. Cependant, malgré les programmes de prévention existants, les chutes sont toujours présentes. Dans les hôpitaux de soins aigus, l'incidence des chutes varie de 2.9 à 13 sur 1000 patient par jour [Traduction libre] (Titler, Shever, Kanak, Picone & Qin, 2011).

Recension des écrits et problématique

Rapport-Gratuit.com

Problématique

Selon la fondation pour la sécurité des patients (2008), la chute est définie comme « un événement conduisant une personne à se retrouver de façon non intentionnelle au sol ou à tout autre niveau inférieur ». Les chutes sont un problème majeur de santé publique. Elles représentent la deuxième cause de décès accidentels au niveau mondial et la population la plus touchée par cette problématique sont les personnes âgées de plus de 65 ans (Organisation mondiale de la santé, 2012). La chute peut occasionner des dommages irréversibles. Bon nombre d'aînés ayant chutés gravement ne récupèrent pas complètement de leur traumatisme, souffrent de douleurs chroniques ainsi que d'une réduction de leur mobilité et des capacités fonctionnelles (Gagné, Voyer et Gagnon, 2013). Le risque de chutes augmente lors de maladies préexistantes du système nerveux, de l'appareil locomoteur et des sens tels que la vision, l'ouïe ainsi que la proprioception. Les principaux facteurs de risque de chutes intrinsèques sont: l'âge, la mobilité réduite, les antécédents de chutes, les pathologies physiques ou troubles cognitifs, la diminution de l'acuité visuelle et la prise de médicaments ayant un impact sur le système nerveux central ainsi que les antihypertenseurs. En ce qui concerne les facteurs extrinsèques favorables aux chutes, il y a les moyens auxiliaires, l'agencement de l'environnement (chambres, sols, salles de bain, couloirs), la mauvaise luminosité, l'utilisation de contentions qu'elles soient physiques ou chimiques ainsi que l'absence de sonnette proche du patient (Phaneuf et Gadbois, 2010).

Dans les hôpitaux de soins aigus, l'incidence des chutes se trouve entre 2.9 et 13 chutes pour 1000 patients par jour, ce qui en fait l'incident le plus fréquemment rapporté. La charge de travail élevée et le personnel n'ayant pas les outils

nécessaires pour éviter ce genre d'incidents, les soins aigus enregistrent un nombre de chutes important [Traduction libre] (Titler, Shever, Kanak, Picone & Qin, 2011). En Suisse, les statistiques montrent qu'en 2013, le nombre de patients ayant chutés à l'hôpital s'élève à 4,15% tout âge confondu (Les hôpitaux de Suisse, 2015). Les chutes sont un sérieux problème dans les services de soins aigus et sont utilisés comme mesure de qualité des soins infirmiers (Dykes,Carroll, Hurley, Benoit & Middelton, 2009). L'environnement inconnu, la maladie aigüe, la chirurgie, l'alitement, les traitements ainsi que les cathéters mis en place constituent un risque de chutes élevé pour la personne âgée (Dykes & al., 2009). Selon Edvardsson et Nay, (2010), les personnes âgées sont souvent amenées à être hospitalisées. Il y a de nombreuses preuves qui mettent en avant que les personnes âgées hospitalisées dans un service de soins aigus ont un stress considérable tant physique que psychologique et sont exposées à un risque accrus d'effets indésirables tels qu'une baisse de mobilité, un déclin fonctionnel et des risques de chutes.

Les chutes ont passablement de conséquences, physiques et/ou psychologiques qui varient selon le niveau de gravité. Il y a des conséquences liées directement à la blessure, telles que la douleur, des ecchymoses, des hématomes ou même des fractures. L'effet d'une chute sur une personne entraîne également d'autres problématiques, affectant l'autonomie et la mobilité, ayant des répercussions sur la qualité de vie (Gagné, Voyer & Gagnon, 2013).

Selon Scott et al. (2007), chez les aînés de plus de 65 ans, les chutes représentent plus de 90% des cas de fractures de hanches. La moitié d'entre eux ne retrouvent pas toutes leurs aptitudes physiques. Certaines chutes ne s'arrêtent pas aux dommages corporels, mais peuvent modifier la vie du patient avec des conséquences psychologiques et sociales graves. En effet, 80% des personnes

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

âgées s'isolent après être tombées par peur de rechuter, ce qui les poussent alors à limiter leur activité physique (Gagné et al., 2013). Les chutes constituent un lourd fardeau sur le système de santé en raison des soins que nécessitent les personnes blessées sous formes de visites chez le médecin, de séjours prolongés à l'hôpital et de séjours dans un service de réadaptation (Gantier, 2005).

Selon Choi, Lawer, Boenecke, Ponatoski & Zimring, (2011), le but d'un modèle de prévention est d'identifier les facteurs de risque des chutes des personnes âgées afin de créer un modèle multi-systématique d'interventions préventives en milieu hospitalier. Ce modèle consiste à intervenir sur l'environnement, tels que par l'agencement des sols et la réduction des moyens de contention physique. Aussi sur le processus de soins en soi, c'est-à-dire par l'évaluation du traitement médicamenteux, l'exercice ainsi qu'un programme d'enseignement de prévention des chutes au patient.

En accord avec Choi et al. (2011), l'Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (2009), recommande « de mettre en œuvre des stratégies multiples d'interventions interdisciplinaires afin de prévenir les chutes puisqu'à ce jour, peu d'interventions uniques n'ont démontré à elles seules une totale efficacité ». Voyer (2013), précise que le dépistage des sujets âgés les plus à risque de tomber favorise la prévention des chutes. L'outil doit cependant être spécifique au contexte.

Afin de déterminer si un patient est à risque de chuter en soins aigus hospitaliers, les infirmières peuvent procéder à plusieurs examens. Tout d'abord, la soignante fait une anamnèse sur la présence d'antécédents de chutes, elle évalue le test du « timed up and go », elle exerce son jugement clinique suivi par un examen clinique consistant à évaluer l'état physique et psychique du patient ainsi que la marche. Enfin, pour appuyer son évaluation, elle peut utiliser une

échelle d'évaluation du risque de chutes, l'échelle STRATIFY, spécifique aux établissements de soins de courte durée (Gagné et al., 2013). Il existe d'autres outils pour évaluer le risque de chutes, telle que l'échelle de « Morse » qui peut être utilisée dans un service de soins aigus comme la médecine ou la chirurgie (Morse, 2009). Ainsi que le test du « Five Times Sit to Stand Test (FTSST) » qui a pour but d'évaluer l'équilibre chez les personnes âgées afin de déterminer le risque de chutes (Thanthrige, Dassanayake et Dissanayake, 2014).

L'hospitalisation avec chutes et blessures liées à celle-ci, confère le risque le plus élevé de transition vers la dépendance (Gill et al, 2010). C'est pourquoi il est important de mettre en place des interventions de prévention de chutes afin d'éviter ces conséquences néfastes sur la qualité de vie de la personne âgée qui est hospitalisée en soins aigus.

L'étude de Ang, Mordiffi & Wong, (2011), qui a examiné l'efficacité de stratégies d'interventions multiples en soins aigus afin de réduire le nombre de chutes, montre que celles-ci sont efficaces et permettent une réduction importante de cet incident. Malgré cette affirmation, la fréquence est encore élevée. Les infirmières présentent des lacunes concernant la prévention de chutes des personnes âgées en milieu hospitalier (Liu, Shen & Xiao, 2011). L'étude de Coussement, De Paepe, Schwendimann, Denhaerynck, Dejaeger et Milisen (2008) montre que des programmes de prévention des chutes ont été mis en place dans les hôpitaux et établissements de longs séjours, mais ceux-ci n'ont pas eu de résultats concluants dans les soins de courte durée. De plus, Tzeng (2011) affirme que les programmes de prévention des chutes chez les patients hospitalisés ont un succès limité. Il a été prouvé que les infirmières rencontrent des barrières à l'implémentation de programme de prévention des chutes en milieu hospitalier (Koh, Hafizah, Lee, Loo, & Muthu, 2009).

Au vu de la recension des écrits, un grand nombre de moyens de prévention des chutes existe, mais des obstacles au niveau de l'équipe infirmière sont rencontrés lors de l'implémentation. Le présent travail propose d'analyser la littérature actuelle et d'effectuer un état des lieux des articles scientifiques s'étant penchés sur la question des barrières et des ressources perçues par les soignants à la mise en oeuvre de programmes de pratique préventive, chez les personnes âgées en soins aigus.

Question de recherche

« Quelles barrières et ressources rencontrent l'équipe infirmière dans un service de soins aigus, à l'implémentation de moyens de prévention des chutes chez les personnes âgées ? »

Cette question est en lien avec les éléments PICo suivants :

Population (P)	Équipe infirmière
Phénomène d'intérêt (I)	Barrières et ressources du personnel soignant à mettre en place des interventions de prévention des chutes
Contexte (Co)	Milieu hospitalier somatique, soins aigus

Objectifs

Sur la base de la question de recherche mentionnée ci-dessus, il est possible d'envisager les objectifs souhaitables pour ce travail :

- Mettre en évidence les ressources et les difficultés du personnel infirmier par rapport aux programmes de prévention des chutes
- Proposer des pistes d'actions visant à renforcer les ressources des professionnels dans le but d'apporter un changement de comportement

Ceci devrait garantir un contexte de soins plus sécurisant pour les personnes âgées hospitalisées, sachant que les chutes sont utilisées comme mesure de la qualité des soins infirmiers. De ce fait, une amélioration de la qualité des soins devrait se profiler.

Cadres théoriques

Promotion et prévention de la santé

La promotion de la santé a été définie par l'Organisation Mondiale de la Santé en 1986 lors de la conférence internationale pour la promotion de la santé à Ottawa comme

> « le processus global qui comprend non seulement des actions visant à renforcer les aptitudes et les capacités des individus, mais également des mesures visant à changer la situation sociale, environnementale et économique de façon à réduire ses effets négatifs sur la santé publique et la santé des personnes » (Burlet & al, 2010, p.10).

La charte d'Ottawa recommande cinq stratégies pour réussir à faire de la promotion:

- élaborer une politique publique saine
- créer des milieux favorables
- renforcer l'action communautaire
- acquérir des aptitudes individuelles
- réorienter les services de santé

L'hôpital joue aussi un rôle de promoteur de la santé car il reçoit des personnes, malades ou non, des professionnels et des visiteurs. Le but est donc pour l'hôpital de développer des démarches pour permettre aux individus qui le fréquente d'améliorer la prise en charge de leur santé. Dans ce rôle de promoteur de la santé, le lieu de soins instaure un partenariat avec d'autres professionnels de la santé pour assurer la continuité des soins. Ce concept permet aussi aux professionnels qui y travaillent, d'avoir une influence favorable sur leur santé, la promotion permet de faciliter la participation des patients et des soignants aux décisions et de participer à développer le système de santé (Burlet et al., 2010, p.9). D'après l'OMS, la politique de la promotion de la santé comprend le concept de l'éducation à la santé. Ce dernier a pour but que :

> « chaque citoyen acquière tout au long de sa vie les compétences et les moyens qui lui permettront de promouvoir sa santé et sa qualité de vie ainsi que celle de la collectivité… Elle informe et interpelle aussi tout ceux qui, par leur profession ou leur mandat, exercent une influence sur la santé de la population, au travers des décisions qu'ils prennent ou des conduites qu'ils adoptent ». (Charte d'Ottawa, 1986, cité dans Burlet et al., 2010, p.22)

Il existe un programme d'éducation pour la santé qui comporte 3 catégories:

- des campagnes de communication pour sensibiliser la population à certains problèmes et qu'elle puisse modifier ses habitudes
- la mise en place d'informations scientifiques validées
- des actions éducatives pour s'approprier des informations et les assimiler pour agir de façon favorable pour la santé

L'éducation pour la santé c'est être à l'écoute des besoins et des attentes, faire avec et pour les individus en ressortant leurs ressources, mettre la personne ou le groupe au centre et faire appel aux responsables pour conduire un changement sur l'environnement. (Burlet et al., 2010, p.24)

En promotion de la santé, la perspective de salutogenèse est une base essentielle. Cette dernière a été élaborée comme concept par Aaron Antonovsky qui était un sociologue américano-israélien, suite à une réflexion sur le système de santé (Presses de l'Université Laval, S.d.; Quint-essenz Promotion Santé Suisse, 2013). Il s'est demandé pourquoi les individus restaient en bonne santé malgré des conditions défavorables. Ce concept est centré sur la santé et non sur la maladie. Selon Antonovsky, la santé doit toujours être recréée et pour cela, il y a des « ressources généralisées de résistance » qui comprennent les ressources personnelles, physiques, psychiques, interpersonnelles, socioculturelles… Elles sont une forme de maîtrise pour gérer de manière correcte les tensions et le stress (Quint-essenz Promotion Santé Suisse, 2013).

Les recherches d'Antonovsky sur les ressources des personnes ont abouti au modèle du sens de cohérence. Il se compose de trois catégories:

- la compréhension des évènements de la vie
- pouvoir gérer les évènements
- le sentiment que ces évènements ont du sens

Selon Antonnovsky, (Quint-essenz Promotion Santé Suisse, 2013), plus le sentiment de cohérence est grand, plus l'individu se dirigera vers une bonne santé car les personnes mettent en place des ressources de façon adaptées.

La prévention, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, est « l'ensemble des mesures prises pour éviter la survenue d'un accident ou d'une maladie » (2016).

L'OMS a établi une classification de ce concept en 3 parties:

- la prévention primaire a comme but de diminuer l'incidence d'une maladie dans une population donnée
- la prévention secondaire vise à abaisser la prévalence de la maladie par des mesures curatives, thérapeutiques
- la prévention tertiaire a comme but de diminuer les handicaps, les séquelles ainsi que les complications (Burlet, Le Neurès & Siebert, 2010).

La prévention peut s'adresser à individu mais également à une collectivité. Une pratique de prévention peut se faire entre un patient et un professionnel de la santé mais aussi dans un groupe. Ce concept à deux buts principaux. Le premier est de faire en sorte que tous les besoins de la personne soient satisfaits. Cela comprend l'intégrité physique et psychique. Le but suivant est de permettre un équilibre harmonieux entre l'individu ou la collectivité avec l'environnement. La prévention a pour aboutissement d'entretenir et d'accroître le niveau de santé de chaque individu (Brignon, 2007).

Rapport-Gratuit.com

Les détérminants de la santé

L'Organisation Mondiale de la Santé définit les déterminants de la santé comme « les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » (1999). Ces différents facteurs sont interdépendants et sont répartis en 4 groupes:

- les déterminants biologiques qui comprennent l'âge, le sexe, l'hérédité, les facteurs liés au vieillissement.
- les déterminants environnementaux, à savoir: l'environnement physique, politique et géographique ainsi que l'environnement social et économique
- les déterminants comportementaux comprennent le mode de vie (profession, loisirs, habitudes)
- les déterminants liés au système de santé comme l'accès aux soins et la prévention (Institut de la Recherche en Santé Publique, 2009).

Parmi les déterminants cités ci-dessus, tous sauf les déterminants biologiques sont des déterminants sociaux.

La qualité des soins

Selon l'OMS (cité dans Santé Publique, 2013), la qualité des soins se définit comme:

> « une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques, qui lui assurera le meilleur résultat en terme de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un même résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de procédures, de résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins ».

L'Observatoire Valaisan de la Santé (OVS) (2010), considère la qualité des soins comme étant une aptitude de la part des professionnels à réagir aux besoins clairement énoncés ou non des patients, en fonction de leurs connaissances et des

ressources disponibles. La qualité des soins est un concept qui comprend plusieurs dimensions :

- La sécurité : réduire et évaluer les dommages attribuables aux soins
- L'efficience : favoriser au maximum l'utilisation des ressources, compétences et équipements à disposition afin d'éviter les pertes inutiles
- L'efficacité : aptitude à réaliser des résultats de soins améliorant la santé
- L'équité : prodiguer des soins de qualité pour tous, indépendamment des différences culturelles, sociales, économiques, etc.
- Le partenariat : fournir des soins dans le respect de la personne, de ses besoins et valeurs
- La réactivité : effectuer des soins dans un temps raisonnable et réduire les temps d'attente.

Cette approche multidimensionnelle est également présentée par Hurlimann (2001), qui se base sur les travaux concernant la qualité des soins de Donabedian et Avedis afin de mettre en évidence quatre niveaux par lesquels, la qualité des soins est appréhendée. Ceux-ci sont : la relation médecin-soignant, les installations et équipements, les soins mis en oeuvre par le patient et les soins à la communauté.

Les aptitudes relationnelles des professionnels, médecin ou soignant, sont des éléments clés dans la qualité des soins. Les professionnels de part leurs capacités d'écoute, de compassion, d'informations, etc. assurent une relation de confiance avec leur patient. Cela favorise également l'accord et la participation du bénéficiaire au plan de soins, encourageant ainsi la qualité des soins.

Les installations et équipements utilisés dans les soins représentent une dimension de la qualité des soins car ils doivent apporter un confort aux patients.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Le troisième niveau, celui des soins mis en place par le patient lui-même, fait notamment référence à la responsabilité du patient dans sa maladie. Plus le patient est investi, plus les chances de guérison sont favorables. Cette dimension est notamment perçue dans les pathologies chroniques.

Finalement, les soins à la communauté représentant l'accessibilité aux soins, sont un niveau de la qualité des soins. Cette catégorie comprend l'équité de la qualité pour tous, indépendamment de leur situation socio-économique.

La théorie du comportement planifié

La théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991), est basée sur la théorie de l'action raisonnée du même auteur et de Fishbein, développée en 1975. Selon l'action raisonnée, le comportement d'un individu serait déterminé par son intention comportementale à l'appliquer. Deux catégories déterminent l'intention: 1) l'attitude de la personne, déterminée par ses croyances et 2) ses normes subjectives qui représentent ses perceptions. La théorie du comportement planifié, qui dit que pour qu'un comportement soit efficace il doit d'abord être planifié, est donc une extension de l'action planifiée.

Cette approche, a une catégorie de plus, celle de la perception du contrôle sur le comportement. Elle influencerait l'intention de l'individu à mettre en place un comportement. Le besoin de cette nouvelle variable serait lié aux limitations de contrôle que les gens avaient sur le comportement. La perception du contrôle se rapporte aux ressources de la personne, à ses capacités, aux opportunités et à la perception de l'importance d'accomplir le résultat attendu. La croyance de l'individu sur son auto-efficacité peut influencer ses choix et ses efforts à la mise en place du comportement.

Le modèle d'Ajzen, considère donc que trois variables influencent de façon direct l'intention de mettre en place un comportement. Celle-ci influence ensuite le comportement.

Méthode

Devis de recherche

Le devis de recherche utilisé pour ce travail de Bachelor est une revue de littérature étoffée. Cette dernière permet de mieux connaître un sujet donné lié à la question de recherche, au travers d'une analyse et synthèse des résultats probants trouvés dans les banques de données. Ce choix est argumenté par différents critères. Selon Loiselle (2007), une revue de littérature permet d'approfondir ses connaissances sur un thème déterminé. Ce thème est d'autant plus judicieux qu'il se base sur la pratique professionnelle afin de l'évaluer et de l'améliorer. Le but de cette démarche est de faire une synthèse des connaissances et des pratiques en vigueur. Le sujet traite des barrières et des ressources de l'équipe infirmière à l'implémentation de moyens de prévention des chutes dans les soins aigus, chez les personnes âgées. L'objectif de l'analyse documentaire est de « mettre au point des façons de faire et des interventions cliniques fondées sur des résultats probants dans le but d'améliorer la pratique clinique » (Loiselle, 2007, p.139).

Description des étapes de réalisation

Ce chapitre indique les étapes de réalisation de la revue de littérature. Il comprend la recension des articles scientifiques sur les banques de données, les critères d'inclusion et d'exclusion, les stratégies de recherche et les grilles d'analyse.

Banques de données

La sélection d'articles scientifiques permettant d'élaborer cette revue de littérature et de répondre à la question de recherche, a été réalisée grâce aux banques de données Pubmed et CINHAL (Cumulative Index to Nursing and Ailed

Health Literature). Elles contiennent des références scientifiques traitant de la santé et des sciences infirmières.

Mots clés utilisés pour la sélection des articles

Afin de permettre la recherche d'études scientifiques, des mots clés et termes Mesh ont été sélectionnés et associés sur les bases de données Pubmed et Cinhal.

	Pubmed : mots MeSH	**CINHAL : mots clés**
Personnes âgées	Elderly / Older / Aged	Aged or elderly or senior or older people
Chutes	Accidental Falls	Falls
Prévention des chutes	Accident Prevention	Fall Prevention
Soins aigus	Subacute care	Acute care
Hôpital	Hospital	Hospital
Soins infirmiers	Nursing care	Nursing care
Enseignement		Nursing education
Infirmiers		Nurse
Barrières/obstacles		Barriers or obstacles or challenges
Ressources		Facilitators

Critères de sélection

Pour ce travail, plusieurs critères ont été considérés afin de sélectionner des études permettant de répondre au mieux à la question de recherche. Ceux-ci ont été déterminés en fonction de l'étude à mener. Ils sont présentés ci-dessous au travers des critères d'inclusion et d'exclusion.

Les critères d'inclusion sont :

- Les personnes âgées de 65 ans et plus
- L'année de publication de l'étude n'excédant pas 10 ans (2005)

- La langue de l'article en anglais et/ou en français
- Les personnes à risque de chutes
- Le contexte qui est un service de soins aigus en milieu hospitalier
- Les barrières du personnel soignant et les ressources qu'ils ont
- Les articles évoquant des stratégies d'interventions des infirmières pour prévenir les chutes.

Les critères d'exclusion sont :

- Les études publiées avant 2005
- Les études réalisées uniquement dans des services de soins de longue durée tels que les centres de réadaptation, les soins à domicile et les établissements médico-sociaux
- Les services d'urgence car la durée de séjour est trop courte pour permettre une évaluation

Stratégies de recherche et mots clés

Pour répondre à la question de recherche, les bases de données CINHAL et Pubmed ont été utilisées. Des mots clés et termes MeSH ont été sélectionnés et associés sur la base des critères d'inclusion et d'exclusion.

La recherche a permis d'identifier 27 articles scientifiques sur la base de données Pubmed et 78 sur CINHAL. Une première étape était la lecture du titre, de laquelle 72 articles ont été exclus. Cette sélection a permis de mettre en évidence les articles potentiellement pertinents pour répondre à la question de recherche. La seconde étape consistant à la lecture des résumés, en tenant compte des critères de sélection, a exclu 26 articles. Deux articles ont été éliminés après lecture et analyse pour manque de pertinence des résultats et de la méthodologie. Finalement, 5 articles ont été sélectionnés grâce aux recherches simples réalisées

et une à partir de références mentionnées dans un des articles (Berry Picking). Ils ont tous été lus en entier, traduits et analysés.

Grilles d'analyse

Pour analyser les articles choisis, deux grilles d'analyse ont été employées pour chaque article. Deux grilles différentes existent selon le devis, qu'il soit qualitatif ou quantitatif (Loiselles et Profetto-McGrath, 2007 ; Fortin, 2010). Le but de ces grilles est de structurer l'analyse afin de parvenir à une présentation logique et synthétique des résultats, qui permettent de faire le bilan des connaissances sur le sujet. Les tableaux sont un moyen de regrouper et comparer les études analysées.

Les grilles d'analyse de chacune des recherches sont jointes en annexe ainsi que le schéma des recherches.

Rapport-Gratuit.com

Résultats

Traitement des données

Un total de six articles scientifiques est retenu pour cette revue de littérature systématique. Quatre études à devis qualitatif, une étude quantitative et une à devis mixte sont analysées à l'aide des grilles nommées ci-dessus. Une catégorisation des résultats a été effectuée. Les résultats sont exposés en cinq catégories; les caractéristiques de l'équipe intradisciplinaire, les facteurs institutionnels, les caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire, les caractéristiques des patients et les facteurs environnementaux. Cette classification a été choisie en fonction des éléments importants qui ressortaient des études et va donc permettre de structurer la présentation des résultats. Pour chaque catégorie, des barrières et des ressources sont présentées. Le tableau ayant permis la rédaction structurée des résultats se trouve en annexe.

Critères des articles retenus

Les articles scientifiques ont été réalisés dans divers pays : au Canada (1), en Suède (1), aux Etats-Unis (3), et à Singapour (1), entre 2005 et 2011.

Le nombre de participants varie selon les études. L'échantillon des études qualitatives comprend entre 10 et 1830 participants, alors que pour les études quantitatives et mixtes, il varie entre 82 et 2170 personnes. La majorité des participants travaillent tous dans un milieu de soins aigus, bien que quelques personnes proviennent d'autres domaines de soins. La plupart des populations des six études est composée d'infirmières, une minorité d'infirmiers ainsi que des aides soignant(e)s. Il y a également quelques médecins, physiothérapeutes et ergothérapeutes.

Synthèse des résultats

Caractéristiques de l'équipe intradisciplinaire

Cinq études scientifiques ont été utilisées pour rédiger ces résultats (Baker, King, Fortinsky, Graff Gottschalk, Acampora, Preston,... Brown, 2005; Dykes, Carroll, Hurley, Benoit et Middleton, 2009; Koh, Manias, Hutchinson, Donath et Johnston, 2008; Stenberg et Wann-Hansson, 2010; Williams, Young, Williams et Schindel, 2011).

Barrières.

Manque d'informations au sujet des patients. Dykes et al. (2009), mentionnent qu'il y a un sentiment d'insécurité de la part des infirmières, lorsqu'elles fournissent des soins aux patients dont elles ne connaissent pas l'état de santé. Pour illustrer cela, une infirmière dit ne pas répondre à l'appel d'un patient qu'elle ne connaît pas, de peur de ne pas savoir comment réagir s'il lui demande de l'aide pour sortir du lit ou pour aller dans la salle de bain. Les capacités des soignants sont également diminuées par d'autres facteurs, tels que le manque de connaissances. Une des participantes dit ne pas déplacer un patient sans connaître son état de santé.

Connaissances et formation des soignants sur les chutes. Le manque de formation sur les chutes chez les professionnels de la santé, a été évoqué chez 49.4% des infirmiers participants (Koh et al., 2008). Parfois, les infirmières évaluent de manière injustifiée certains patients sans facteurs de risque de chutes par peur de représailles, alors que le manque de temps et le travail bâclé qui en découlent, sont des obstacles à la mise en place de recommandations (Stenberg et al., 2010).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Le manque d'évaluation et de réflexion par rapport aux recommandations, ainsi que l'introduction de nouvelles informations en quantité, peinent les professionnels à se familiariser avec les programmes de prévention (Stenberg et al. 2010).

Le fait que les professionnels ne soient pas formés dans l'évaluation et la gestion multifactorielle des chutes chez les personnes âgées, les amènent à croire que la chute ne peut être évitée. De plus, la prévention des chutes n'est pas envisagée comme une priorité et parfois, des infirmiers ne se considèrent pas comme responsables de ce problème potentiel (Baker et al., 2005). Pour Williams et al., (2011), 22% des infirmiers ont rapporté manquer d'instructions dans l'application de nouvelles pratiques.

Koh et al. (2008) approuvent que le manque de connaissances des infirmières est considéré comme une des limitations principales à apporter un changement dans 82.4% des cas.

Lorsqu'un programme de prévention est mis en place, Stenberg et al. (2010) mentionnent qu'il est important que les avantages de prévention des chutes soient évidents pour faciliter le respect des recommandations. Les avantages visant l'enseignement de nouvelles pratiques et l'attractivité des guidelines sont suggérés par Koh et al. (2008) comme étant des ressources, à 3.8% et 6.9%, respectivement.

Motivation. Dans l'étude de Koh et al. (2008), le manque de motivation des infirmières est considéré comme une limitation à changer la pratique.

Habitudes. Selon Baker et al., (2005), une des composantes de la prévention comme l'exercice physique est mentionné comme une barrière, car elle ne fait pas partie de la culture de certains soignants. Le fait que ces derniers adoptent des pratiques qui ne leurs sont pas habituelles, limitent leur volonté de changement. En

effet, Stenberg et al. (2010) disent également que la routine, installée dans les services, empêche la mise en oeuvre de recommandations.

Les personnes à faible pourcentage ainsi que les gens absents de longues périodes, sont mentionnés comme un fardeau dans les équipes selon Stenberg et al. (2010). Ceux-ci oublient les nouvelles recommandations et retournent dans la routine d'avant.

Autres. Stenberg et al. (2010) démontrent que les infirmiers prennent soin d'écrire dans le dossier patient informatisé, lorsqu'un patient refuse une intervention de prévention de chutes. Ils font cela dans l'intention de prouver qu'ils ont voulu suivre les recommandations, mais que le patient, de par son refus, a été une barrière.

Ressources.

Informations au sujet des patients. Les professionnels présents à l'étude de Williams et al. (2011), suggèrent qu'impliquer les familles dans l'enseignement permet une meilleure communication entre tous les acteurs. L'esprit et le travail d'équipe est un atout considérable selon Dykes et al. (2009) dans la mise en place des résultats de preuves scientifiques. Prendre soin du patient d'un collègue en pause, assurer une surveillance et accepter d'être aidé, sont les caractéristiques définies pour cet état d'esprit.

Connaissances et formations des soignants sur les chutes. La formation avancée du personnel infirmier est une ressource. Dykes et al. (2009) à travers leur modèle prédictif, montre que la probabilité de chuter diminue avec la présence de facteurs protecteurs tels que les connaissances/communications et les aptitudes des soignants. Selon Williams et al. (2011), 33% des infirmiers citent que l'éducation

et la communication du personnel sont des interventions potentielles pour éviter les chutes.

Williams et al. (2011) et Stenberg et al., (2010), mentionnent que les participants aux études ont une prise de conscience suite aux conséquences néfastes des chutes apportant des coûts supplémentaires ainsi qu'une charge de travail élevée. Ils comprennent donc la nécessité de recommandations de pratique clinique concernant les chutes. Les participants de Williams et al. (2011), avant le programme de sensibilisation, arrivent à nommer les impacts d'une chute tels que les coûts élevés et une hospitalisation plus longue à 40%, les procès suite aux chutes à 31%, la grande charge de travail qui en découle à 13% et enfin, la réputation de l'hôpital à 12%. Ils nomment aussi les effets d'une chute qui sont pour 79% des fractures, à 16% les changements psychologiques, une hospitalisation prolongée à 33% et une perte de confiance en l'équipe infirmière selon 27% des participants. Ils citent également les interventions qu'ils pourraient mettre en place pour éviter les chutes comme à 42% l'utilisation de contentions, la bonne dotation du personnel selon 33% et la vigilance à 32%.

Après le programme de prévention, ils nomment les effets d'une chute par une fracture à 85%, des changements psychologiques à 25%, une hospitalisation prolongée selon 28% et une perte de confiance en l'équipe à 47%. En ce qui concernent les facteurs favorisants, les troubles cognitifs ont été mentionnés selon 69% des infirmiers, les médicaments et analgésiques à 41%, les problèmes d'équilibre à 19.5% et enfin, l'anxiété à 16%. Viennent enfin les interventions pour éviter les chutes, les professionnels ont recensés l'utilisation de la sonnette dans les lits et les chaises de façon appropriée à 47%, l'utilisation des barrières de lit à 36%, la création d'un environnement sécuritaire selon 31%, l'équipement en bon état à 28%, les contentions à 25% et l'éducation du personnel sur la problématique à 21%.

Stenberg et al. (2010) démontrent que les conséquences vécues suite à une chute, permettent aux professionnels de voir les avantages des recommandations dans la pratique. Pour Baker et al. (2005), des études de cas cliniques sur la façon d'intégrer un programme de prévention est nécessaire, pour que les professionnels puissent trouver un sens à ce qu'ils font et le mettre correctement en pratique.

Motivation. Les professionnels de la santé ayant pris part à l'étude de Stenberg et al. (2010) mentionnent que la motivation influence les comportements des soignants envers les changements de pratique. En effet, Baker et al. (2005) estiment que la motivation des professionnels est un atout.

Facteurs personnels. Plusieurs aspects personnels sont mentionnés dans l'étude de Stenberg et al. (2010). Ces derniers révèlent que le respect, le fait d'avoir des principes éthiques et d'être responsable va influencer les attitudes des soignants. De plus, les auteurs démontrent que les professionnels qui éprouvent une satisfaction ainsi qu'une fierté dans leur travail, vont agir de manière positive pour adopter des recommandations.

Facteurs institutionnels

Six études ont été prises en compte pour rédiger ces résultats (Baker et al., 2005; Dykes et al., 2009 ; Koh et al., 2008 ; Stenberg et al., 2010 ; Tucker, Bieber, Attlesey-Pries, Olson & Dierkhising., 2011 ; Williams et al., 2011)

Barrières.

Informations liées au fonctionnement institutionnel. Dans l'étude de Dykes et al. (2009), le manque de transmissions orales a été mis en évidence comme étant une barrière à l'implémentation. En effet, les aides soignants ne recevant pas de

rapport, ne sont pas informés sur les patients à risque de chutes et ne peuvent pas appliquer de mesures préventives. Une aide doit prendre du temps pour trouver l'information et ne mobilise personne sans savoir si elle y est autorisée. De plus, tous les membres de l'équipe n'ont pas accès au dossier médical du patient. Ce dernier contient les scores d'évaluation du risque de chutes ainsi que les moyens de préventions spécifiques. Une infirmière de l'étude dit à ce sujet que beaucoup de personnes ont besoin de la communication orale, qui n'est plus autant présente. Elle a évoqué la nécessité d'en discuter en équipe lorsqu'un patient est à risque de chuter et des plans d'interventions qui en découlent. L'utilisation simultanée du plan de soins standardisés, de la version papier et informatique des cartes de soins et des transmissions orales, ont comme conséquences des informations fausses ou incomplètes. Le plan de soins informatisé n'est pas individualisé ni accessible, donc les soignants ne l'utilisent pas. Une infirmière dit d'ailleurs « *c'est un document mort … mort comme ce n'est pas utilisé »*.

Toujours en lien avec l'information, Tucker et al. (2011) montrent que le manque de clarté du but d'une étude freine l'implication des soignants et donc la mise en place de moyens de prévention. Les infirmiers lors des tournées de soins spécifiques, ne posaient pas forcément les questions demandées pour l'étude. De plus, cette incompréhension, a remis en question les soins qu'ils fournissaient, en pensant qu'ils avaient fait quelque chose de mal.

Conditions de travail. Le manque de temps ainsi que les difficultés à la mise en place de nouveaux programmes accompagnés d'une surcharge de travail sont mentionnés comme étant des barrières. Les professionnels sont souvent accablés par des lignes directives (Baker et al., 2005). La documentation requise lors de l'implémentation de nouvelles pratiques, a été perçue par les infirmiers de l'étude menée par Tucker et al. (2011), comme étant un fardeau et une surcharge de

travail. Une des participantes mentionne ne pas remplir les documents par manque de temps. Tucker et al. (2011) émettent l'hypothèse qu'une plus grande documentation des tournées de soins serait associée à une diminution du taux de chutes mais les résultats ne sont pas statistiquement significatifs (p=0.34). Les différentes causes probables sont la documentation incomplète, le manque de temps, la surcharge de travail et les facteurs économiques. Elle est cependant importante, car elle remet en cause l'évaluation des personnes à risque de chutes.

Toujours selon Tucker et al. (2011), de nombreux changements au cours d'une même période, sont une difficulté pour les soignants à la réalisation de moyens de prévention. Une infirmière participant à l'étude, souligne que leur unité de soins avait eu cinq changements en un mois, et que ceux-ci étaient de trop.

Signes d'identification des chutes. Des signes d'identification des chutes, tels que des signes de précaution, des bracelets colorés et des sonnettes activées sur les lits, ont été mis en place pour les patients à risque de chutes, dans le but de rendre le personnel attentif à ceux-ci. Cette méthode a été jugée inutile par les infirmiers qui n'y prêtent pas attention. Cette procédure est devenue trop courante (Dykes et al., 2009). De plus, ces signaux n'indiquent pas les raisons pour lesquelles le patient est à risque, ni les interventions préventives nécessaires.

Facteurs financiers. Selon Baker et al. (2005) la pression financière est aussi nommée comme un obstacle et les professionnels disent qu'il est difficile d'adopter de nouveaux comportements dans ces conditions. En effet, la couverture de certaines assurances pose problème. De plus, l'absence de mandats pour traiter les chutes, va incommoder les professionnels dans la prévention.

Nécessité d'un leadership dans l'expertise des soins infirmiers. Pour Koh et al. (2008), le manque d'une infirmière spécialisée dans les chutes est une barrière

importante. Le manque de personnes ressources au sein de l'hôpital a été identifié par 77.8% des participants à l'étude de Koh et al. (2008) comme un obstacle les privant du soutien nécessaire à cette démarche. Aussi, le manque de programmes pour maintenir les acquis des personnes âgées est un problème, selon Baker et al. (2005).

Matériel à disposition. Pour une infirmière participant à l'étude de Stenberg et al. (2010), les installations, comme l'emplacement des serviettes de bains, ne sont pas placées de manière optimale pour faciliter la supervision des patients et du risque de chutes. Williams et al. (2011) rapportent qu'avant leur programme de sensibilisation, des interventions évitant les chutes ont été nommées. Elles comprennent l'équipement en bon état pour 30%, les sonnettes aux lits et sur les chaises ainsi que l'utilisation appropriée des barrières de lit pour 26% et enfin, les moyens auxiliaires comme les élévateurs de personne pour 26% des professionnels. Suite au programme de prévention, certaines interventions ont été à nouveaux énoncées telles que l'utilisation des sonnettes aux lits et sur les chaises pour 47% des participants, les barrières de lit à 36%, la création d'un environnement sécuritaire selon 31% et l'équipement en bon état à 28%.

Ressources.

Accès à l'information. Selon Dykes et al., (2009), l'accès à l'information est plus pertinente lorsque les transmissions se font oralement. Une participante à l'étude pense que plusieurs personnes comptent sur la communication verbale et qu'elle leur est d'autant plus nécessaire chez un patient à risque de chutes, afin de discuter des interventions à mettre en place. Recevoir un rapport précis, avant de débuter les soins et connaître le plan d'interventions pour prévenir une chute est considéré comme une ressource.

Conditions de travail. Intégrer le programme de prévention des chutes dans les soins de manière progressive, représente une ressource fondamentale dans la mise en pratique de moyens de prévention. Les auteurs, Baker et al. (2005), rapportent qu'il est important que les professionnels puissent se tourner vers des personnes de référence pour qu'ils se sentent soutenus dans la démarche.

Signes d'identification des chutes. Les aides soignantes dans cette étude, rapportent ne pas avoir de transmissions en début de journée. La présence de signes visuels d'identification (signes de précautions, bracelets colorés et sonnettes activées au lit) chez les patients à risque de chutes, leur semble nécessaire et efficace. Elles les jugent flagrantes, personnalisées au patient et équivoques (Dykes et al., 2009). Néanmoins, l'hypothèse de Tucker et al. (2011) que les patients présumés plus à risque de chutes auraient des taux plus élevés n'est pas statistiquement significative (p= 0,51). Cela peut être dû à l'évaluation qui a empêché la chute ou alors, l'évaluation ne prédit rien et l'outil n'est pas spécifique. Cela signifie qu'une personne jugée à risque ne chute pas forcément.

Facteurs financiers. Les codes des assurances maladies ainsi que la facturation appropriée, permettent aux professionnels de mettre plus facilement des moyens de prévention en place (Baker et al. 2005). L'équipement adapté des unités est perçu comme une ressource considérable de la part des professionnels de l'étude de Stenberg et al. (2010).

Nécessité d'un leadership dans l'expertise des soins infirmiers. Selon Koh et al. (2009, le leadership infirmier a été estimé dans 4.4% des réponses comme étant une ressource dans l'adoption de bonnes pratiques et source de motivation. En effet, Stenberg et al. (2010) mentionnent que le leadership est un moteur dans l'implémentation de moyens de prévention. L'encouragement du leadership de la

Rapport-Gratuit.com

part des chefs et les propriétés claires de celui-ci est aussi fondamental (Baker et al., 2005; Stenberg et al., 2010).

Connaissances et formation. Pour Baker et al. (2005), les participants jugent utile d'ajouter des activités pour promouvoir les chutes dans la pratique.

Williams et al. (2012) affirment que l'éducation du personnel sur la problématique des chutes en soins aigus encourage les professionnels dans les interventions de prévention. Selon Dykes et al. (2009), l'intégration du bénéficiaire de soins et de sa famille devrait être faite de manière systématique.

Organisation. L'hypothèse de Tucker et al. (2011), disant que les taux de chutes seraient plus bas durant la période des tournées de soins infirmiers, a été en partie retenue. Elle n'est cependant pas statistiquement significative (p=0.088). Elle peut s'expliquer par le fait qu'il n'y a pas de groupe contrôle.

L'approbation par la hiérarchie de moyens de prévention demeure une ressource pour les professionnels, selon Baker et al. (2005).

Caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire

Les résultats de trois études ont été pris en considération pour la rédaction de cette catégorie (Baker et al., 2005; Dykes et al., 2009; Stenberg et al., 2010).

Barrières.

Le manque de communication entre professionnels et selon les expertises de chacun, est mentionné comme une barrière (Baker et al., 2005). En effet, l'évaluation et la gestion des chutes demandent que les différents services de soins se concertent. Ceci est rapporté comme un problème de la part des soignants qui n'arrivent pas le faire.

Les recommandations de pratique clinique dans la prévention des chutes sont parfois contradictoires et ne permettent pas aux différents experts de la santé d'élaborer des interventions correctes, en sachant qu'il y a un enjeu éthique face au patient (Stenberg et al., 2010). Baker et al. (2005) mentionnent que les professionnels n'étant pas familiarisés avec l'expertise des autres soignants, sont freinés dans la mise en oeuvre de bonnes pratiques. De plus, ils doivent adopter de nouvelles habitudes.

La couverture médiatique des soins et la crainte de représailles sont relevées comme pouvant affecter les actions des professionnels (Stenberg et al., 2010).

Ressources.

Les professionnels nomment que les études de cas cliniques sur la façon d'intégrer l'évaluation et la gestion des chutes sont une ressource. Cette évaluation créé un esprit d'équipe entre les différents professionnels de la santé (Baker et al., 2005). D'après Dykes et al. (2009), l'entraide entre les infirmiers, aides soignants, physiothérapeutes et ergothérapeutes est bénéfique.

Le travail en équipe est un avantage, les professionnels peuvent échanger entre-eux (Stenberg et al., 2010). Selon Baker et al. (2005), l'interdisciplinarité va permettre aux soignants de développer de nouvelles relations, de nouveaux réseaux parmi les différentes disciplines. En effet, les compétences de chacun sont importantes pour être en mesure de réduire le taux de chutes (Dykes et al., 2009).

Selon Baker et al. (2005) la plupart des employés sont également touchés personnellement par les chutes, du fait que leurs parents soient âgés. C'est un facteur favorisant considérable.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Apprendre les uns et les autres par la pratique est une autre ressource nommée par Stenberg et al. (2010). De plus, avoir un objectif commun en interdisciplinarité, favorise l'usage des connaissances de l'autre professionnel et de ses compétences. La coopération et le respect est primordial pour que cette collaboration fonctionne.

Caractéristiques des patients

Six études abordent les caractéristiques du patient dans l'implémentation (Baker et al., 2005; Dykes et al. 2009; Koh et al., 2008; Stenberg et al., 2010; Tucker et al., 2011; Williams et al., 2011)

Barrières.

Stenberg et al. (2010) affirment que des professionnels ont l'intention de mettre en place des interventions lorsqu'une personne est à risque, mais certains patients refusent. Cela est également confirmé dans l'étude menée par Dykes et al. (2009), les patients ne suivent pas les instructions, freinant ainsi la bonne pratique des infirmiers dans l'implémentation de moyens de prévention des chutes. En effet, selon Baker et al. (2005), les personnes âgées ignorent que les chutent peuvent être évitées. De plus, selon Williams et al. (2011), les patients ayant déjà chuté perdent confiance dans le personnel soignant dans 27% des cas, ce qui les rend réticents aux soins.

L'état de santé du patient a été évoqué dans l'étude de Koh et al. (2008) dans 55.7% des cas comme étant un obstacle au changement. Les participants à l'étude de Williams et al. (2011), avant le programme de sensibilisation, nomment des facteurs de risque internes des patients. Les déficits cogniitifs sont rapportés selon 72% des infirmiers, les troubles de la marche à 24% et la faiblesse généralisée à

25%. Après le programme de sensibilisation, les professionnels nomment les déficits cognitifs à 69% comme facteurs favorisants, l'utilisation de médicaments / analgésiques et les problèmes d'équilibre à 19.5%, enfin l'anxiété selon 16%.

Dans deux des cinq hôpitaux sélectionnés pour l'étude de Koh et al. (2008), la culture des patients a été nommée comme étant un des cinq obstacles principaux à la mise en oeuvre de recommandations. En effet, les prestataires de soins ont des difficultés à appliquer de bonnes pratiques lorsque les patients sont d'une origine ethnique différente. Cela s'expliquerait par le manque de traduction des informations sur les risques de chute.

Ressources.

Les demandes de la part des patients afin d'évaluer leur risque de chutes sont un facteur de réussite dans la mise en place de programmes préventifs (Baker et al., 2005).

Dykes et al. (2009) nomment le partenariat entre le patient et le soignant comme un facteur favorisant l'implémentation de recommandations. Ils évoquent également le port de chaussures adaptées lors de la marche.

Tucker et al. (2011) soulignent qu'aucune caractéristique spécifique n'est apparue lors de la comparaison des profils des patients. Il est important de mettre en évidence le fait que la majorité des chutes survenues, ne sont ni chez les patients confus, ni chez ceux jugés plus à risque et qu'elles n'ont pas entraîné de blessures dans la plupart des cas.

Facteurs environnementaux

Quatre études mentionnent des éléments environnementaux en lien avec la question de recherche (Dykes et al., 2009; Koh et al., 2008; Stenberg et al., 2010; Williams et al., 2011).

Barrières.

Les participants de l'étude de Dykes et al. (2009) signalent que le manque d'accès aux équipements tels que les moyens auxiliaires représente une barrière à l'implémentation de moyens de prévention. Koh et al. (2008) valident cette affirmation avec 73.3% des infirmières ayant rapporté ce même problème. Pour Williams et al. (2011), avant la sensibilisation, les facteurs externes retenus de la part des infirmiers sont les sols humides à 28%, l'utilisation inappropriée des barrières de lit à 27% et les fauteuils roulants pas freinés. Stenberg et al. (2010) affirment que le manque de soutien technique ainsi que les installations mal ajustées dans les unités de soins, compliquent la capacité à suivre des recommandations.

Ressources.

Dykes et al. (2009) approuvent également que des modifications de l'environnement, telles qu'éviter les encombrements dans les chambres et laisser à proximité les effets personnels du patient, représentent une ressource. Pour Williams et al. (2011), le programme de sensibilisation permet de nommer d'autres facteurs externes impliqués dans la chute comme, les encombrements à 41%. Les fauteuils roulants et les lits pas freinés selon 26% et les sols humides à 23%. Ce programme permet aux professionnels une prise de conscience.

Justification des résultats non retenus

Certains résultats dans les études analysées ne sont pas présentés, car ils ne concernent pas la question de recherche ou ne répondent pas aux critères de sélection. L'étude de Baker et al. (2005) exposent des résultats dans d'autres contextes que les soins aigus tels que la réadaptation ambulatoire et les soins à domicile. Williams et al. (2011) proposent des résultats s'intéressant plutôt à l'impact des chutes perçue par les infirmiers sur différentes caractéristiques mais n'étant pas des barrières et/ou ressources, à la mise en oeuvre d'un programme de prévention des chutes. Ils se trouvent dans les grilles d'analyse de lecture et critiques en annexes.

Discussion

Critique des études

La lecture ainsi que l'analyse critique des études sélectionnées ont montré une bonne rigueur méthodologique. Les articles présentés dans ce travail de Bachelor sont tous conformes aux critères IMRAD (Introduction, Méthode/Matériel, Résultats And Discussion).

Le devis principal, rencontré dans quatre études scientifiques, est qualitatif. Une autre est quantitative, et la dernière est de devis mixte. Dans une des études (Dykes et al. 2009), le devis n'est pas mentionné clairement. Cependant, toutes les études ont suivi une méthodologie conforme par rapport au devis. Le mélange de devis permet de compléter les données grâce aux témoignages des soignants sur leurs barrières et ressources rencontrées, avec des données purement statistiques.

Les études qualitatives avaient des échantillons allant de 23 à 1830 participants (Baker et al., 2005; Dykes et al., 2009; Stenberg et al., 2010; Koh et al., 2008). Ces proportions de population sont tout a fait adéquatent dans ce type de devis. En effet, c'est la qualité des données qui prime et non pas la quantité. Cependant, les auteurs auraient plutôt dû chercher la saturation des données. Ceux de l'article quantitatif et mixte variaient de 169 à 2170 (Williams et al., 2011; Tucker et al. 2011), respectivement.

Les contextes de soins dans les études scientifiques étaient pour la majorité dans des hôpitaux de soins aigus. Néanmoins, certaines données étaient issues d'autres domaines, tels que la réadaptation. Les résultats de ces derniers n'ont pas été pris en considération dans la rédaction. Cependant, les données récoltées étaient toutes focalisées sur les professionnels, rendant ainsi les résultats encore plus pertinents.

En ce qui concerne l'année de publication, ces études n'excèdent pas 10 ans, c'est-à-dire avant 2005. Cinq études sur les six analysées sont relativement récentes (de 2008 à 2011) garantissant ainsi la pertinence des résultats et leur cohérence avec les contextes de soins actuels.

Trois des articles utilisés dans cette revue, ont été menés aux Etats-Unis (Dykes et al., 2009; Baker et al., 2005; Tucker et al., 2011), une au Canada (Williams et al., 2011), une en Suède (Stenberg et al., 2010) et une à Singapour (Koh et al. 2008). La diversité culturelle ainsi que le système de santé diffèrent d'un pays à un autre peuvent influencer les résultats en fonction du contexte.

Quatre études (Dykes et al., 2009; Koh et al., 2008; Stenberg et al., 2010; Tucker et al., 2011) mentionnent clairement que les consentements des participants ont été demandés, que ce soit par écrit ou uniquement par oral. Williams et al. (2011), de part la participation volontaire des professionnels, n'a pas demandé de consentement. Ils respectent tout de même le principe d'autonomie en laissant la liberté aux personnes de refuser. Baker et al. (2005) n'abordent pas cette question, ceci en lien avec l'expérimentation. Les résultats exposés respectent l'anonymat des personnes car il n'y a pas de divulgation d'informations concernant les participants. Toutes les études ont été approuvées par des comités d'éthiques ou par une autorité supérieure.

Discussion des résultats

Evidence Based Nursing

Pour développer une posture infirmière professionnelle, il est essentiel de mettre en place des interventions basées sur des hauts niveaux de preuves scientifiques,

c'est à dire les « Evidence Based Nursing » (EBN). Ce modèle est « l'utilisation consciente, explicite et judicieuse des meilleures données actuelles de la recherche clinique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient » (Centre Cochrane Français, 2011). Ce dernier postule qu'il y a quatre piliers nécessaires à la décision clinique :

- l'expertise et l'expérience de l'infirmière
- les données issues de la recherche
- les ressources disponibles et le contexte
- les valeurs, besoins et préférences du patient

L'EBN permet d'améliorer la santé des patients, au-delà du simple changement de comportements des soignants. Dans les diverses études utilisées pour la rédaction de ce travail, la question sur la façon d'implémenter l'EBN dans la pratique ressort. Ce Bachelor tient compte des quatre piliers de ce modèle. et est en particulier axé sur l'expertiste et l'expérience de l'infirmière. Le concept de la qualité des soins est donc plus judicieux en fonction de la question de recherche. Effectivement, le contenu de ce travail se base sur la perception des infirmières ainsi que leurs barrières et ressources à fournir des soins de qualité.

Caractéristiques de l'équipe intradisciplinaire

Informations sur les patients. Les soignants participants à l'étude de Dykes et al. (2009) rapportent un sentiment d'insécurité à fournir des soins sans connaître l'état de santé du client. En effet, les soignants n'ayant pas les informations nécessaires, ne peuvent pas s'occuper correctement du bénéficiaire et lui fournir des soins efficaces. Dans ce fait, le patient peut être soigné par un professionnel lui fournissant des prestations n'améliorant pas sa santé, et la qualité des soins n'est

Rapport-Gratuit.com

pas assurée (OVS, 2010). Les mêmes auteurs montrent que la probabilité de tomber diminue en présence de facteurs protecteurs, comme les connaissances. En lien avec la théorie du comportement planifié, ce manque de savoir sur les chutes, limite les soignant. De ce fait, ils n'ont ni les ressources ni les capacités nécessaires à l'intention d'appliquer un changement (EduTech, 2011).

Connaissances et formation du personnel soignant. Plusieurs auteurs ont montré dans leurs résultats que le manque de formation sur les chutes représentait une barrière lors de la mise en oeuvre de moyens de prévention (Koh et al., 2008; Tzeng, 2011). Ici, la perception du contrôle nommée dans la théorie de Ajzen, est négligée car les infirmiers n'ont pas les capacités nécessaires à apporter un changement, diminuant donc leur intention de modifier les pratiques. Ces professionnels n'ont pas les connaissances indispensables concernant les moyens de prévention des chutes, limitant ainsi leurs ressources lors d'implémentation de nouveautés (EduTech, 2011).

La formation avancée serait bénéfique pour renforcer les aptitudes des soignants et ainsi diminuer les conséquences négatives (Stenberg et al., 2010). Néanmoins, Tzeng (2011) estime que la formation des infirmiers n'a aucune influence sur les chutes. Ce serait plutôt leurs comportements, à fournir des soins individualisés, qui jouent un rôle dans la mise en oeuvre. En effet, c'est cette attitude qui va permettre à l'individu de déterminer son intention de changer. Si ce comportement ne va pas dans le bon sens, le changement souhaité ne peut avoir lieu (EduTech, 2011).

Motivation. La motivation de la part des professionnels ressort comme élément clé dans les études de Stenberg et al. (2010) et Koh et al. (2008). Dans le modèle du comportement planifié (Ajzen, 1991), la motivation va avoir une grande influence sur le comportement, lors de la mise en place de moyens de prévention. En effet, le

perception du contrôle sur le comportement va influencer l'intention de l'individu à changer. Un soignant n'étant pas motivé, ne va pas envisager de changer s'il croit ne pas avoir les ressources ni les opportunités nécessaires. La motivation est une ressource dans un processus de changement et va favoriser celui-ci. Un leadership avec des caractéristiques claires est primordial pour amener les équipes à adopter des bonnes pratiques en favorisant leur réceptivité.

Habitudes. Selon Baker et al. (2005), la routine installée dans les services limite la volonté des soignants à modifier leurs habitudes et donc, d'instaurer de nouvelles pratiques. En lien avec la théorie du comportement planifié, il est effectivement difficile de changer un comportement, surtout s'il est encré depuis longtemps. Les sentiments de confort ainsi que de sécurité freinent les individus dans leur processus de changement. En effet, chez les professionnels vivant dans la routine, les variables « attitudes vis-à-vis du comportement » et « normes subjectives » vont influer sur leur capacité à modifier leur pratique. (Ajzen, 1991)

Facteurs personnels. Stenberg et al. (2010) mentionnent plusieurs aspects personnels qui aident à mettre en pratique des recommandations. Le respect, le fait d'être responsable ainsi qu'éprouver de la satisfaction dans le travail sont des éléments qui vont aider les professionnels. Ces aptitudes font partie des ressources de la perception du contrôle, dans le modèle d'Ajzen. Chaque personne possède ses propres capacités et compétences, qui vont influencer l'intention de changer de l'individu. (EduTech, 2011)

Facteurs organisationnels

Informations liées au fonctionnement institutionnel. Selon Dykes et al. (2009), un manque de transmissions orales n'encourage pas les soignants à mettre

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

en place des moyens de prévention. De plus, l'utilisation simultanée de plusieurs moyens de transmissions déforme les informations, ou celles-ci se perdent. La conséquence est alors un manque d'informations ressentie chez les soignants. Cette absence de renseignement joue un rôle sur la qualité des soins. En effet, un professionnel ne va pas avoir toutes les connaissances nécessaires pour prendre en charge de manière optimale le patient. Sa prise en soins ne va pas être efficace, c'est-à-dire que le soignant ne va pas avoir la capacité à mettre en place des actions améliorant la santé du patient (OVS, 2010).

Les informations orales sont décrites, selon Dykes et al. (2009), comme les plus pertinentes. Mais recevoir un rapport écrits précis, est aussi considéré comme une ressource. Alors qu'il est mentionné qu'il faudrait uniformiser les transmissions, les professionnels ont besoin d'être au clair sur celles-ci. Il est nécessaire qu'ils sachent où donner plus d'importance, pour changer leur comportement et en adopter un nouveau (Ajzen, 1991).

Conditions de travail. L'introduction de nouvelles informations en grande quantité ainsi que de nombreux changements en peu de temps, rendent difficile l'adaptation des professionnels aux programmes de prévention (Stenberg et al., 2010; Tucker et al., 2011). Cette difficulté s'explique grâce à la théorie du comportement planifié. En effet, la personne a besoin de ressources pour adopter un nouveau comportement. La surcharge de travail et le manque de temps ajoutés à ces informations arrivant en grande quantité, compliquent les possibilités de changements. De plus, ces derniers doivent trouver du sens dans ces nouvelles pratiques. Sans cela, l'intention de changer n'a pas lieu, bien au contraire (Ajzen, 1991). Baker et al. (2005) montrent qu'intégrer de façon progressive les nouvelles pratiques est bénéfique, car les professionnels peuvent se familiariser de manière

graduelle. Les soignants arrivent donc à apporter des changements qui seront encrés à long terme.

Selon Tucker et al. (2011), la documentation nécessaire lors d'implémentation de recommandations est un fardeau. Ce travail en sous effectif et toutes les conséquences qui en découlent, empêchent les soignants de modifier leur comportement mais entrave également, la qualité des soins fournis. Les opportunités de mise en oeuvre des professionnels sont donc limitées en lien avec la charge de travail élevée ainsi que du manque de ressources qui en découle (EduTech, 2011). Comme nommée, la qualité est entravée, plus précisément la garantie d'un meilleur résultat de santé, la satisfaction du patient ainsi que sa sécurité. En effet, le manque de temps mène à du travail bâclé et des soins non individualisés. Il en résulte une incapacité à procurer des soins améliorant la santé. La dimension d'efficacité ne peut être optimale, car la surcharge empêche les infirmiers d'utiliser toutes leurs compétences et ressources à bon escient (OVS, 2010).

Signes d'identification. Les signes d'identifications des chutes, tels que les bracelets colorés, les signes de précautions et les sonnettes activées sur les lits, ont été recensés par les aides soignants comme utiles, tandis que selon les infirmiers, ils n'ont pas d'avantages (Dykes et al., 2009). Cette divergence d'opinion n'est pas à banaliser. Pour les aides, ils sont nécessaires afin d'assurer la qualité des soins aux patients qu'elles ne connaissent pas. Ils leur permettent également d'assurer leur sécurité en ayant conscience du risque de chutes et donc d'être plus attentifs (OVS, 2010). L'opinion des aides soignants peut également s'expliquer par le concept de la promotion de la santé. C'est-à-dire que ces derniers se doivent d'utiliser toutes les ressources nécessaires pour créer un milieu de soins propice au rétablissement et donc éviter les événements indésirables, telles que les chutes

(Burlet et al., 2010). Du point de vue des infirmiers, selon Dykes et al. (2009), ces signes contribuent à la routine car ils sont trop couramment utilisés. Le niveau de formation entre les infirmiers et les aides soignants n'est pas le même, ce qui explique les besoins différents d'informations. Les aides soignants ont besoin de savoir que faire alors que les infirmiers évaluent les situations.

Facteurs financiers. Selon Baker et al. (2005), la pression financière qui pèse sur les soignants, rend difficile leur capacité d'optenir de nouveaux comportements. Cette dernière influence le changement. Il est effectivement difficile de mettre en place de nouvelles pratiques lorsque les facteurs protecteurs sont diminués. Les professionnels se trouvent donc sans les ressources, les capacités et les opportunités nécessaires à la mise en oeuvre de nouvelles pratiques. Sans ces dernières qui découlent du soutien financier de l'établissement, le soignant ne peux pas modifier sa pratique car sa perception du contrôle se trouve entravée (EduTech, 2011).

Nécessité d'un leadership dans l'expertise des soins infirmiers. Koh et al. (2008) ont montré que le manque de personnes ressources au sein de l'institution, tel qu'une infirmière spécialisée en chutes, est une barrière. Cette dernière aurait la capacité d'informer les soignants et de les soutenir dans cette démarche. Ici, le concept de l'éducation des professionnels pour la santé des patients est important. Dans toutes les études, le besoin d'informations a été nommé. Une infirmière spécialisée leur permettrait d'acquérir cela ainsi qu'une prise de conscience de l'importance des interventions pour prévenir les chutes. De plus, les professionnels pourront améliorer la prise en charge du patient et se sentiront soutenus (Burlet et al., 2010). Pour Stenberg et al. (2010), le leadership infirmier va favoriser la réceptivité des soignants et va donc permettre une meilleure capacité de changement de comportements.

Caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire

Le travail en équipe apporte un avantage lors de l'élaboration des plans de soins des patients car chaque professionnel à un regard d'expert différent. Mais le manque de communication, selon Baker et al. (2005), est ressenti dans l'équipe interdisciplinaire. L'absence d'informations suite à une mauvaise communication, freine les professionnels à apporter un changement. La théorie du comportement planifié approuve cela. En effet, un professionnel manquant d'informations ne va pas saisir l'importance de l'action qu'il aurait pu mettre en place. Sa perception de contrôle est influencée par ses capacités ainsi que ses ressources. Si la communication n'est pas optimale, ils n'auront pas les mêmes ressources acquises et le changement de comportement se fera plus difficilement (Ajzen, 1991).

Caractéristiques des patients

Les patients refusant les moyens de prévention mis en place et ne suivant pas les recommandations des soignants, ont été perçus par Dykes et al. (2009) et Stenberg et al. (2010), comme des obstacles pour les infirmiers à l'implémentation. Les clients âgés, selon Baker et al. (2005), n'ont pas conscience que les chutes peuvent être évitées. Les clients ont souvent une éducation pauvre sur les risques qu'ils encourent car la surcharge de travail ne permet pas aux professionnels de les sensibiliser. Les professionnels jouent un rôle primordial par rapport aux connaissances des patients. En effet, ils se doivent d'être à l'écoute, de faire avec les individus en faisant ressortir leurs ressources (Burlet et al., 2010). Accepter l'aide d'un professionnel de la santé et les explications données aux patients vont influencer le comportement des bénéficiaires de soins. Ces derniers qui refusent un soin, ne comprennent pas l'importance de celui-ci et démontre un manque

d'informations. Ils n'ont donc pas les ressources nécessaires ni les capacités pour entreprendre un changement (Ajzen, 1991). En effet, selon Quint-essenz Promotion Santé Suisse, (2013), plus la compréhension du patient est grande, plus il aura la capacité à se tourner vers les ressources existantes

Dykes et al. (2009) mettent en évidence l'importance du partenariat entre le patient et le soignant dans le projet de soins. Les aptitudes relationnelles et d'écoute des infirmiers, favorisent la relation de confiance. Cela encourage la participation du client et améliore la qualité des soins (Hurlimann, 2001). De ce fait, il est acteur principal et se sent concerné par sa santé. Les professionnels fournissent un enseignement sur les différents éléments auxquels il faut faire attention. Cela permet au patient d'acquérir les compétences et ressources qui lui sont nécessaires pour gérer sa santé et ainsi apporter un changement (Burlet et al., 2010).

Facteurs environnementaux

Le manque d'accès aux équipements dans les unités de soins peut contribuer à un facteur de risque de chutes (Dykes et al., 2009; Koh et al., 2008). En effet, selon Williams et al. (2011), l'utilisation de façon adéquate des moyens auxiliaires est mentionnée comme des ressources. L'accès aux équipement est lié au concept de la qualité des soins. L'efficience encourage le professionnel à utiliser les moyens auxiliaires à disposition. Cela va permettre d'assurer les meilleures prestations de santé au patient et de répondre à ses besoins (OMS, cité dans Santé Publique, 2013; Observatoire Valaison de la Santé, 2010). L'institution peut jouer un rôle dans la sensibilisation des professionnels par rapport aux moyens mis à disposition, pour assurer une meilleure qualité des soins.

En lien avec cette thématique, Williams et al. (2011) et Dykes et al. (2009) mentionnent dans leurs résultats, que la création d'un environnement sécuritaire est nécessaire. La dimension de sécurité a pour but de réduire et d'évaluer les dommages attribuables aux soins (OVS, 2010). Selon Williams et al. (2011), les objets encombrants, les sols humides et les lits non freinés influencent cette caractéristique du concept.

Promotion de la santé

Le concept de la promotion de la santé guide tout le travail. Pour toutes les études qui ont été analysées pour la rédaction de ce travail, les auteurs cherchent à comprendre comment les professionnels perçoivent ce challenge à l'implémentation de moyens de prévention des chutes. Les ressources font parties intégrantes de chaque étude. Les cinq stratégies de la charte d'Ottawa ressortent dans les résultats. Ces derniers visent à renforcer les aptitudes des individus, mais aussi la situation sociale, environnementale et économique pour que la prise en charge des personnes à risque de chutes soit améliorée.

Implications pour la pratique

Les résultats de cette revue de littérature systématique démontrent que l'institution et l'organisation du service ont une part importante de responsabilités dans l'implémentation de moyens de prévention des chutes.

En effet, les moyens de transmissions devraient être uniformisés et les informations accessibles pour tous les membres du personnel. Les infirmiers ont besoin de formation supplémentaire concernant les chutes, une infirmière

clinicienne spécialisée en chute, est idéalement souhaitée. De part son expertise, elle peut soutenir les autres professionnels et peut être perçue comme une ressource. Une prise de conscience concernant les conséquences des chutes telles que les coûts élevés, des hospitalisations plus longues, une surcharge de travail et une perte de confiance du patient envers les soignants permettent d'appliquer les recommandations. Les changements dans les soins devraient se faire de manière progressive pour que les professionnels puissent s'y familiariser et comprendre leurs buts. Le rôle des responsables est de pouvoir donner du sens. Il a été prouvé que de nombreux changements au cours d'une même période, ont été perçus comme une difficulté pour les soignants à mettre en place des moyens de prévention. Pour ce faire, une collaboration est nécessaire entre tous les professionnels et va permettre d'établir des stratégies d'interventions efficaces, avec les expertises de chacun d'entre-eux. De plus, un leader dans une équipe joue un rôle fondamental pour motiver les collègues, car la motivation est ressortie comme importante lors de modifications de comportement.

Pour ce faire, des ressources financières mais aussi humaines sont nécessaires. Il semble donc essentiel que les politiques de soins s'aperçoivent de l'utilité de prévenir ces chutes dans les soins aigus et de tout ce que cela implique, pour favoriser la qualité des soins de ces personnes à risque.

D'autres éléments importants peuvent influencer positivement la mise en place de moyens de prévention, comme des équipements en bon état et une dotation correcte. Il a également été fortement soutenu que l'intégration du patient et de sa famille dans le plan de soins, améliore la communication et favorise les stratégies de prévention.

Forces et faiblesses de ce travail de Bachelor

Forces

Le nombre d'étude sélectionnée pour cette revue de littérature systématique est cohérent avec le devis de recherche. Elles sont en majorité centrées sur l'équipe infirmière et leurs perceptions aux changements, ce qui rend les résultats concrets. De plus, ces articles permettent de directement cerner la problématique. Ils ont tous une bonne rigueur méthodologique permettant une analyse efficace des données.

La variété des résultats permet d'acquérir des données sur toutes les caractéristiques liées aux soins. En effet, dans ces études centrées sur l'équipe infirmière, leurs perceptions ont été retenues, leurs expériences et vécus lors des études et lors de l'implémentation de bonnes pratiques ainsi que les ressources et barrières institutionnelles existantes. Cette diversité des données est une réelle force pour ce travail, car elle considère toutes les parties importantes dans le système de santé. Le vécu du patient n'a pas été répertorié dans les études, cependant comme les auteurs sont centrés sur les infirmiers, cela semble acceptable.

Limites

Une des limites de ce travail est l'échantillon relativement faible pour les études de devis qualitatifs (Dykes et al., 2009; Baker et al., 2005; Stenberg et al. 2010). Les résultats obtenus peuvent donc ne pas être probants. De plus, une seule recherche a été menée en Europe ainsi certaines différences peuvent se présenter en lien avec le système de santé. De ce fait, la transférabilité des données n'est pas garantie.

Rapport-Gratuit.com

Un autre problème rencontré est le peu de documentations sur ce sujet dans les banques de données. Les recherches d'articles scientifiques ont été limitées à la base de données CINAHL. Aucune étude n'a été retenue dans PubMed, car c'est un moteur de recherche s'intéressant principalement aux recommandations pour la pratique. Notre thème, c'est-à-dire les barrières et les ressources de l'équipe infirmière à l'implémentation de moyens de prévention, ne contient pas les caractéristiques présentés dans PubMed.

Le contexte de soins prioritaire dans cette revue était le milieu hospitalier aigu. Cependant, quelques études s'intéressent à d'autres domaines de soins tels que la réadaptation, les soins à domicile, etc. C'est pourquoi certains résultats n'ont pas été retenus.

Les critères d'évaluation de ce travail de Bachelor demandent entre six et dix études. Un plus grand nombre d'articles aurait permis une analyse plus approfondie de la problématique. Cependant, cela n'a pas été possible. La documentation sur les bases de données étaient peu étoffée.

Conclusion

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

La thématique de cette revue de littérature systématique a été très intéressante de part son thème peu exploré et surtout par son actualité dans les soins aigus. Elle nous a permis de prendre conscience des nombreux défis auxquels les infirmiers sont confrontés dans leur pratique, tels que la surcharge de travail qui influence la qualité des soins, les nombreux changements de pratique en peu de temps et les informations divergentes qu'ont les professionnels de la santé en lien avec les différents moyens de transmissions.

Les résultats nous ont sensibilisés à cette problématique et nous permettent d'identifier quelques pistes d'interventions à appliquer. Les principales sont un leadership solide, la nécessité de la prise de conscience de la problématique chez les professionnels, l'intégration progressive de nouvelles pratiques et une compréhension claire des buts.. L'institution joue un rôle important dans la sensibilisation des équipes et dans la mise en place des ressources nécessaires pour que les infirmiers puissent assimiler ces nouvelles recommandations.

Ce travail a contribué à l'apprentissage de l'analyse critique des articles scientifiques ainsi qu'à développer des compétences méthodologiques. De plus, la recherche sur les bases de données est à présent plus simple et efficace. L'utilisation des grilles de lecture et les grilles critiques des articles, a simplifié la compréhension et a permis de discuter la qualité des études. L'acquisition de ce savoir sera utile par la suite, dans la pratique clinique, afin de fournir des soins actualisés. Cependant, c'est une démarche conséquente et complexe. Dans la pratique, il sera difficile de trouver le temps nécessaire pour rechercher les recommandations actuelles en soins infirmiers, Il n'est pas si simple de les transférer dans la pratique. Des recommandations sont apportées dans les milieux de soins, mais ces dernières ne sont pas mises en pratique. Il semble évident que des difficultés existent pour les soignants.

Pour terminer, l'élaboration de cette revue de littérature a mené à l'identification de nos propres ressources et difficultés. Les connaissances en anglais suffisantes, la bonne collaboration avec une répartition adéquate du travail et notre capacité de remise en question suite aux remarques et dans un but de progression, ont été bénéfiques lors de la rédaction de ce travail de Bachelor. Des difficultés ont été rencontrées lors de la catégorisation des résultats mais aussi, les consignes du travail étaient peu précises et divergentes. Ces confusions ont mené à un sentiment d'incertitude lors de la rédaction de cette revue.

Références

Ang, E., Mordiffi, S-Z., & Wong, H-B. (2011). Evaluating the use of a target multiple intervention strategy in reducing patient falls in an acute care hospital : a randomized controlled trial. Journal of Advanced Nursing, 67(9), 1984-1992.

Australian Commission on Safety and Quality Health Care. (2009). Preventing Falls and Harm from Falls in Older People : Best pratice Guidelines for Australian Residential Aged Care Facilities. Canberra : Australian Government.

Baker, D.-I., King, M.-B., Fortinsky, R.-H., Graff, L.-D., Gottschalk, M., Acampora, D., Preston, J., … Brown, C.-J. (2005). Dissemination of an Evidence-Based Multicomponent Fall Risk-Assessment and Management Strategy Throughout a Geographic Area. American Geriatrics Society, 53, 675-680.

Beck C.T, Loiselle C.G, Polit D.F (2007), Chapitre 7: Trouver de la documentation et en faire l'analyse. Méthodes de recherche en sciences infirmières. 140-157. Québec : ERPI

Brignon, J. (2007). Petit précis de santé publique. Paris, France: Lamarre.

Bürge, M., Gebrer-Glur, E., & Chappuis, Ch. (2002). Chutes et risques de chutes. Repéré à http://www.medicalforum.ch/docs/smf/archiv/fr/2002/2002-06/2002-06-122.pdf

Burlet,B., Le Neurès, K., & Siebert, C. (2010). Santé publique Economie de la santé. Unité d'enseignement 1.2. Paris, France: Masson.

Centre Cochrane Français. (2011). Introduction à l'Evidence-based nursing. Repéré à http://tutoriel.fr.cochrane.org/fr/introduction-à-levidence-based-nursing

Choi, Y-S., Lawer, E., Boenecke, CA., Ponatoski, ER., & Zimring, CM. (2011). Developping a multi-systematic fall prevention model, incorporating the physical environment, the case process and technology : a systematic review. Journal of Advenced Nursing, 67, 2501-2524.

Collège national des enseignants de gériatrie (France). (2000). Chapitre 1 : Le vieillissement humain. Montmorency, France: Edition et communication. Retrieved from http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/.

Coussement, J., De Paepe, L., Schwendimann, R., Denhaerynck, K., Dejaeger, E & Milisen, K. (2008). Interventions for Preventing Falls in Acute- and Chronic-Care Hospitals: A Systematic Review and Meta-Analysis. The American Geriatrics Society. 56, 28-36. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01508.x

Dykes, PC., Carroll, DL., Hurley, AC., Benoit, A & Middelton, B. (2009). Why do patient in acute care hospital fall ? Can falls be prevented ? Journal of Nursing Administration, 39(6), 299-304.

EduTech Wiki. (2006). Théorie de l'action planifiée. Repéré à http://edutechwiki.unige.ch/fr/Théorie_de_l'action_planifiée

EduTech Wiki. (2011). Théorie de l'action raisonnée. Repéré à http://edutechwiki.unige.ch/fr/Théorie_de_l'action_raisonnée

Edvardsson, D., & Nay, R. (2010). Acute care and older people : challenges and ways forward. Australian Journal of Advanced Nursing, 27(2), 63-69.

Fondation pour la sécurité des patients (2008). Prévention des chutes. Repéré à http://www.patientensicherheit.ch/dms/fr/themen/3114_sturz_inhalt_vorwort_schriftenreihe2_f/x3114_sturz_inhalt_vorwort_schriftenreihe2_f.pdf

Gagné, C., Voyer, P., & Gagnon, D. (2013). Les chutes. Dans P. Voyer, Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie (pp. 315-335). Montréal, Canada : ERPI.

Gantier, C. (2005). Les chutes chez le sujet âgé: étude épidémiologique et clinique. Propositions en vue d'une consultation des chuteurs. Nantes: Université de Nantes.

Gill, TM., Allore, HG., Gahbauer, E., Murphy, T. (2010). Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons. National Institutes of Health, 304(17), 1919-1928. doi : 0.1001/jama.2010.1568.

Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2003). Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse prévisions et scénarios pour le 21e siècle. Repéré à http://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/besoin_en_soins_des_pers_agees_zusa-buch-pflege-fr-7.03.pdf

Hurlimann, C. (2001, Juin). Approche conceptuelle de la qualité des soins. Actualité et dossier en santé publique, 23-28.

Institut de Recherche en Santé Publique. (2009). Questions de santé publiques. Repéré à http://www.iresp.net/iresp/files/2013/04/091204152034_qspn-7-determinants-.pdf

Johnson, M., George, A., & Thuy Tran, D. (2010). Analysis of falls incidents : Nurse and patient preventive behaviours. International Journal of Nursing Practice, 17, 60-66. doi: 10.1111/j.1440-172X.2010.01907.x

Koh, S. L., Hafizah, N., Lee, J. Y., Loo, Y. L., & Muthu, R. (2009). Impact of a fall prevention programme in acute hospital settings in Singapore. Singapore Medical Journal, 50, 425–432.

Koh, S.-S., Manias, E., Hutchinson, A.-M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. BMH Health Services Research, 8. doi : 10.1186/1472-6963-8-105

Les hôpitaux de Suisses. (2016). Taux de prévalence des chutes survenues à l'hôpital. Repéré à http://www.hplus.ch/fr/chiffres_faits/moniteur_des_hopitaux_et_cliniques_de_h/soins_somatiques_aigus/qualite/chutes/

Leyens, J.-P., & Yzerbyt, V. (1997). Psychologie sociale. Paris, France : Mardaga.

Liu, H., Shen, J., & Xiao, L-DX. (2011). Effectiveness of an educational intervention on improving knowledge level of Chinese registered nurses on prevention of falls in hospitalized older people—A randomized controlled trial. Nurse Education Today, 32(6), 695-702.

Matarese, M., Ivziku, D., Pirreda, M., & Grazia De Marinis, M. (2014). Systematic review of fall risk screening tools for older patient in acute hospitals. Journal of Advenced Nursing. 71, 1198-1209. Doi :10.1111/jan.12542

Morse, J.M. (2009). Preventing patient falls. Etablishing a Fall Intervention Program, second edition. Springer Publishing Compagny, New York.

Motta, C. 2015. Radicaux libres et vieillissement. Repéré à http://www.utl-landerneau.com/assets/fichiers-clients/pdf/2015/2015-11-03-Radicaux-libres2.pdf

Observatoire Valaisan de la Santé. (2010). Qu'est-ce que la qualité des soins ? Repéré à http://www.ovs.ch/sante/indicateurs-qualite-soins.html

Organisation mondiale de la Santé. (2012). Les chutes. Repéré à http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (2015). Vieillissement. Repéré à http://www.who.int/topics/ageing/fr/

Organisation mondiale de la Santé. (1999). Genève: Organisation Mondiale de la Santé.

Office fédéral de la Statistique. (2006). Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse 2005-2050. Repéré à www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/.../publikationen.Document.83714.pdf

Office fédéral de la statistique (2016). Canton de Vaud. Politique cantonale Vieillissement et Santé - Programme hospitalier Soins aigus aux seniors « SAS ». Repéré à http://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/themes/sante_social/services_soins/Politique_Vieillissement_et_Santé/Colloques/SAS_3x.pdf

Phaneuf, M., & Gadbois, C., (2010). Les accidents en milieu hospitalier – du risque à la prévention. Repéré à http://www.infiressources.ca/fer/depotdocuments/Les_accidents_en_milieu_hospitalier-du_risque_a_la_prevention.pdf

Quint-essenz Promotion Santé Suisse. (2013). Salutogenesis. Repéré à http://www.quint-essenz.ch/fr/topics/1249

Santé Publique. (2013). Qualité des soins : définition. Repéré à http://www.santepublique.eu/qualite-des-soins-definition/

Scott, V., Lockhart, S., Gallagher, E., Smith, D., Asselin, G., Belton, K., & Duncan, B. (2007). Curriculum canadien sur la prévention des chutes : Manuel de référence. Vancouver : BN Injury Research & Prevention Unit.

Stenberg, M., & Wann-Hansson, C. (2010). Health Care Professionnals' Attitudes and Complicance to Clinical Practice Guidelines to Prevent Falls and Fall Injuries. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 8(2), 87-95.

Strubel, D., Jacquot, J.-M., & Martin-Hunyadi, C. (2011, Février). Démence et chutes. Annales de Réadaptation et de Médecine Physique, 4-12.

Thantrige, R., Dassanayake, S., & Dissanayake, D. (2014, mars). Relationship between increased risk of falling and cognitive impairment in residents of an elderly home in the Colombo district. Ceylon Medical Journal, 21-23.

Tucker, S.-J., Bieber, P.-L., Attlesey-Pries, J.-M., Olson, M.-E., & Dierkhising, R.-A. (2011). Outcomes and Challenges in Implenting Hourly Rounds to Reduce Falls in Orthopedic Units. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 9, 18-29. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00227.x

Tzeng, H.-M. (2011). Nurses' Caring Attitudes: Fall Prevention Program Implementation as an Example of Its Importance. Nursing Forum, 46, 137-146.

Williams, B., Young, S., Williams, D., & Schindel, D. (2011). Effectiveness of a Fall Awareness and Education Programm in Acute Care. Journal for Nurses in Staff Developpment, 27(3), 143-147.

Zaho, Y., & Kim, H. (2015). Older Adult Inpatient Falls in Acute Care Hospitals : Intrinsic, Extrinsic and Environmental Factors. Journal of Gerontological Nursing, 42, 29-45. doi : 10.3928/00989134-20150616-05

Appendice A

Déclaration d'authenticité

Rapport-Gratuit.com

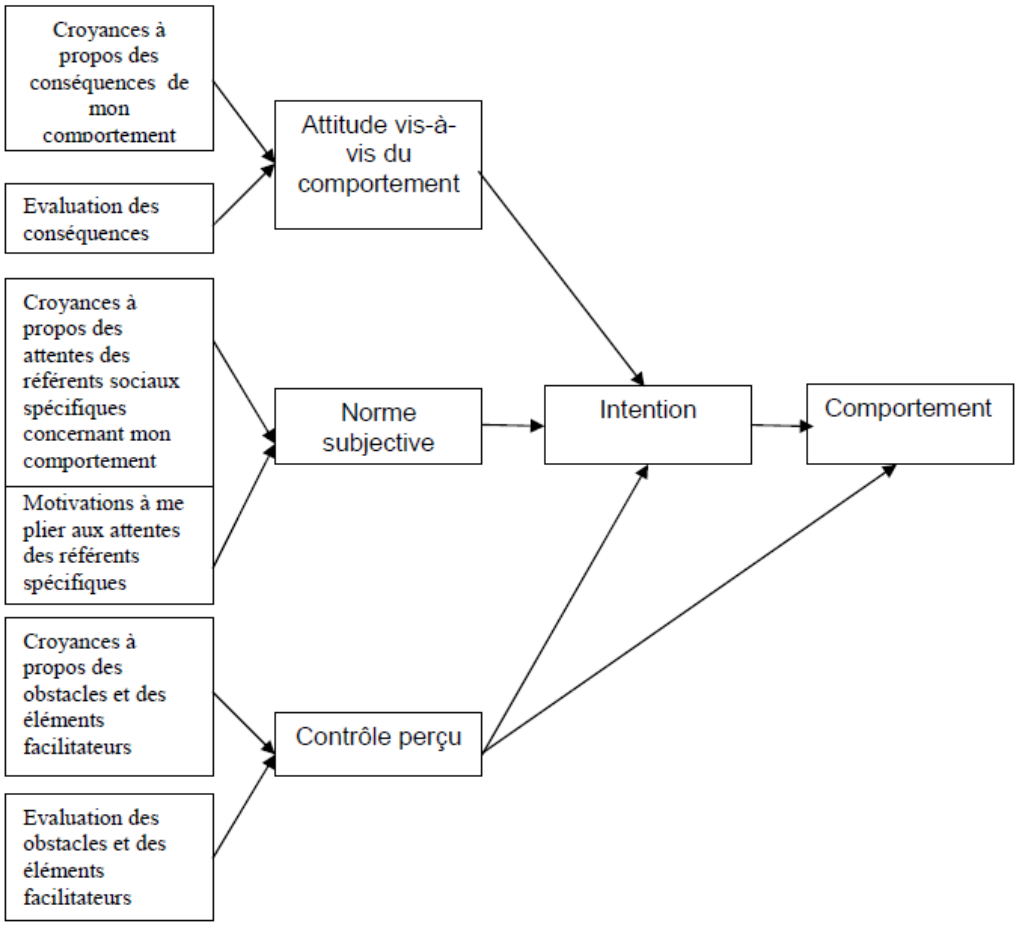
“Nous déclarons avoir réalisé ce travail nous-mêmes, conformément aux directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Les références utilisées dans cette revue de littérature systématique sont nommées et clairement identifiées.”

Maryse Blanc et Makfire Biljali

Appendice B

Schéma de la théorie du comportement planifié

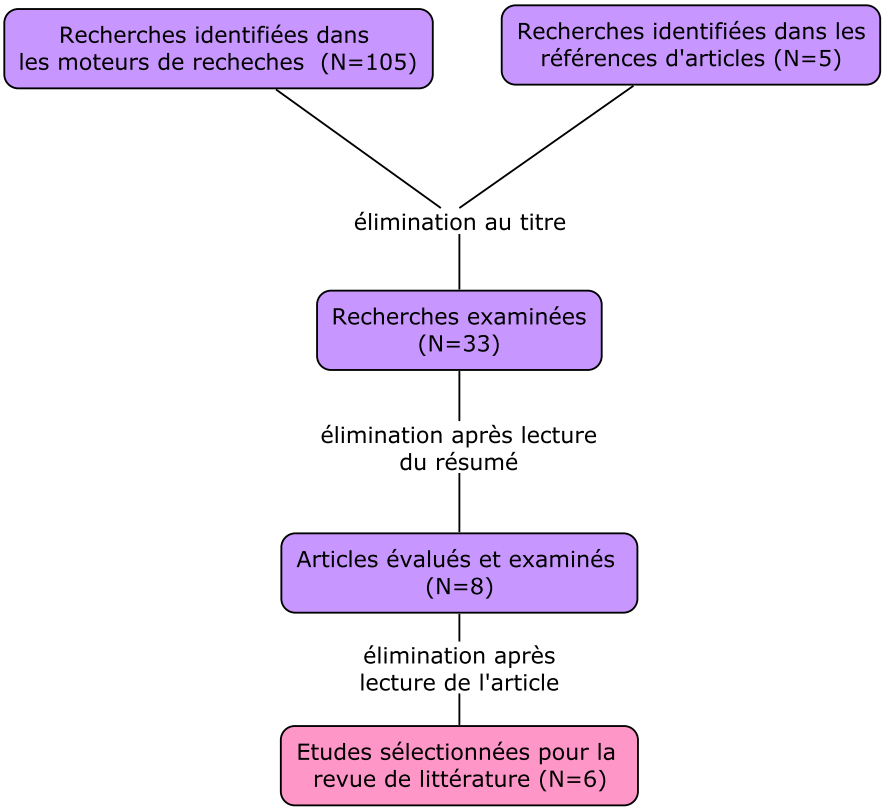
Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES



(Leyens et Yzerbyt, 1997)

Appendice C

Schéma du processus de recherche


Recherches identifiées dans les moteurs de recheches (N=105)
Recherches identifiées dans les références d'articles (N=5)
élimination au titre
Recherches examinées (N=33)
élimination après lecture du résumé
Articles évalués et examinés (N=8)
élimination après lecture de l'article
Etudes sélectionnées pour la revue de littérature (N=6)

Appendice D

Stratégies de recherche

Stratégie 1

Banque de données	CINAHL
Technique	Mots non Mesh
Mots-clés	(aged or elderly or senior or older people) AND (falls) AND (hospital) AND (acute care) AND (nursing care) AND (nursing education)
Résultats	19
Articles éliminés au titre	12
Articles éliminés après lecture du résumé	6
Articles sélectionnés pour la lecture	2
Article éliminé après lecture et analyse	1
Article sélectionné définitivement : Williams, B., Young, S., Williams, D., & Schindel, D. (2011). Effectiveness of a Fall Awareness and Education Programm in Acute Care. *Journal for Nurses in Staff Developpment, 27*(3), 143-147. doi : 10.1097/NND.0b013e318217b407	

Stratégie 2

Banque de données	CINAHL
Technique	Mots non Mesh
Mots-clés	(barriers) AND (facilitators) AND (falls) AND (aged or elderly or senior or older people) AND (hospital)
Résultats	4
Articles éliminés au titre	0
Articles éliminés après lecture du résumé	3
Articles sélectionnés pour la lecture	1
Article sélectionné définitivement : Baker, D.-I., King, M.-B., Fortinsky, R.-H., Graff, L.-D., Gottschalk, M., Acampora, D., Preston, J., … Brown, C.-J. (2005). Dissemination of an Evidence-Based Multicomponent Fall Risk-Assessment and Management Strategy Throughout a Geographic Area. *American Geriatrics Society, 53,* 675-680.	

Stratégie 3

Banque de données	CINAHL
Technique	Mots non Mesh
Mots-clés	(falls) AND (acute care) AND (aged or elderly or senior or older people) AND (barriers)
Résultats	2
Articles éliminés au titre	0
Articles éliminés après lecture du résumé	1
Articles sélectionnés pour la lecture	1
Article sélectionné définitivement : Dykes, P.-C., Carroll, D.-L., Hurley, A., Benoit, A.-C., & Middleton, B. (2009). Why Do Patients in Acute Care Hospitals Fall ? Can Falls Be Prevented? *National Institutes of Health Public Access, 39,* 299-304.	

Stratégie 4

Banque de données	CINAHL
Technique	Mots non Mesh
Mots-clés	(fall prevention) AND (nurse) AND (barriers or obstacles or challenges)
Résultats (avec filtre année dès 2005)	53
Articles éliminés au titre	35
Articles éliminés après lecture du résumé	15
Articles sélectionnés pour la lecture	3
Article éliminé après lecture et analyse	1
Articles sélectionnés définitivement : Stenberg, M., & Wann-Hansson, C. (2010). Health Care Professionnals' Attitudes and Complicance to Clinical Practice Guidelines to Prevent Falls and Fall Injuries. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 8*(2), 87-95. Tucker, S.-J., Bieber, P.-L., Attlesey-Pries, J.-M., Olson, M.-E., & Dierkhising, R.-A. (2011). Outcomes and Challenges in Implementating Hourly Rounds to Reduce Falls in Orthopedic Units. *World views on Evidence-Based Nursing, 9,* 18-29. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00227.x	

Stratégie 5

Article initial	Williams, B., Young, S., Williams, D., & Schindel, D. (2011). Effectiveness of a Fall Awareness and Education Programm in Acute Care. *Journal for Nurses in Staff Developpment, 27*(3), 143-147. doi : 10.1097/NND.0b013e318217b407
Article sélectionné définitivement : Koh, S.-S., Manias, E., Hutchinson, A.-M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMH Health Services Research, 8*. doi : 10.1111/j.1440-172X.2010.01907.x	

Stratégie 6

Banque de données	Pubmed
Technique	Mots Mesh
Mots-clés	(« Accidental falls » [Mesh]) AND (« aged » [Mesh]) AND (« hospitals » [Mesh]) AND (« nursing care » [Mesh]) AND (« accident prevention » [Mesh])
Résultats	5
Articles éliminés au titre	5
Articles éliminés après lecture du résumé	0
Articles sélectionnés pour la lecture	0

Stratégie 7

Banque de données	Pubmed
Technique	Mots Mesh
Mots-clés	(« aged » [Mesh]) AND (« hospitals » [Mesh]) AND (« nursing » [Mesh]) AND (« accident prevention » [Mesh])
Résultats	22
Articles éliminés au titre	20
Articles éliminés après lecture du résumé	2
Articles sélectionnés pour la lecture	0

Appendice E

Tableau de la catégorisation des résultats

Rapport-Gratuit.com

Thèmes :	Barrières	Ressources	Recherches	Résultats non retenus
Caractéristiques des soignants (équipe intra)	**Manque d'informations au sujet des patients** - sentiment d'insécurité ressenti pour les patients qu'ils ne connaissent pas **Connaissances et formations** - manque de connaissances pour 82.4% - manque de formation sur les chutes par 49.4% - infirmière évalue parfois les patients pas à risque, juste au cas où - ignorance que les chutes peuvent être évitées - manque de connaissance et d'expertises dans l'évaluation et la gestion des chutes - prévention n'est pas une priorité ni de	**Informations au sujet des patients :** - impliquer les familles dans enseignement permet une bonne communication - esprit et travail d'équipe (prendre soin du patient d'un collègue) **Connaissances et formations** - partenariat soignant-soigné - formation avancée du personnel - éducation et communication du personnel à 33% - les professionnels nomment les impacts d'une chute comme les coûts élevés et hospitalisation plus longue à 40%, procès à 31%, la grande charge de travail à 13% et la	(N=5) Baker et al. (2005) Dykes et al. (2009) Koh et al. (2008) Stenberg et al. (2010) Williams et al. (2011)	

	leurs responsabilités - manque d'instructions - attractivité des guidelines **Motivation :** - manque de motivation dans 82.4% **Habitudes :** - routines, habitudes - la prévention de chute comme exercice physique **Autres :** - Patient qui refuses les soins, les infirmières notent ce qui s'est passé…	réputation de l'hôpital à 12%). Ils nomment aussi les effets d'une chute (fractures à 79%, changement psychologique à 16%, hospitalisation prolongée à 33% et perte de confiance en l'équipe infirmière à 27%. Aussi ils disent que l'utilisation de contentions à 42%, la bonne dotation du personnel à 33% et la vigilance à 32% comme des interventions pour éviter les chutes. - Après programme de sensibilisation, les professionnels nomment les effets d'une chute comme les fractures à 85%, changements psychologiques à 25%, hospitalisation prolongée à 28%, et perte de confiance en l'équipe à 47%. Pour les facteurs favorisants, il y a troubles cognitifs à 69%, médicaments et		

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

		analgésiques à 41%, problèmes d - important que les avantages des recommandations soient évidents - études de cas cliniques sur la façon d'intégrer un programme de prévention **Motivation :** - la motivation influence les comportements des soignants envers le changement - satisfaction et fierté au travail influence positivement l'adoption de nouvelles pratiques **Facteurs personnels :** - Etre respectueux et responsable et avoir		

		des principes éthiques influencent les attitudes		
Facteurs institutionnels	**Informations liées au fonctionnement institutionnel :** - manque de transmissions orales - manque d'informations actuelles sur les patients pour les aides soignantes (fournissent des soins sans connaître le patient, ne connaissent pas le plan de soin ni le niveau d'activité du patient → perte de temps et augmentation du risque de chute) - une aide soignante dit "5 ou 10	**Accès à l'information :** - transmissions orales plus pertinente selon une infirmière "Je pense plusieurs personnes comptent sur la communication verbale. Lorsque nous identifions quelqu'un à risque de chuter, nous avons besoin de plus discuter sur l'intervention qui va de pair avec le risque de chute." - Recevoir un rapport précis avant de débuter la journée de travail	(N=6) Koh et al. (2008) Baker et al. (2005) Dykes et al. (2009) Stenberg et al. (2011) Tucker et al. (2011) Williams et al. (2011)	1. Commercialiser de nouvelles compétences pour les professionnels des soins à domicile et de réadaptation ambulatoire 2. amélioration de la couverture de l'assurance maladie pour les "codes communs" en réadaptation ambulatoire 3. Nouvell

	minutes sont importantes, je ne bouge pas quelqu'un sans savoir si je peux le déplacer" - personnel soignant ne connaît pas tous les patients - informations inadéquates, incomplètes ou fausses - la simultanéité entre le plan de soin papier, informatique et les transmissions orales - plan de soin informatique n'est pas individualisé, accessible et donc pas utilisé. Selon une infirmière "*C'est un document mort … mort comme ce n'est pas utilisé"* - le plan de soin informatique n'est pas individualisé, accessible et donc pas utilisé. Selon une infirmière « *C'est un*	- connaître les interventions de prévention **Conditions de travail :** - intégrer les programme de manière progressive en ayant des référents chez qui s'adresser - importance d'introduire petit à petit pour se familiariser avec **Signes d'identifications des chutes :** - signes visuels d'identification des chutes (signes de précautions, bracelets colorés et sonnette activée sur les lits) sont pertinent pour les aides soignants car ils ne reçoivent pas de transmissions. - l'hypothèse disant		es recommandations pour les soins à domicile et réadaptation 4. Nouvelles sources de revenus en réadaptation et soins à domicile

	document mort … mort comme ce n'est pas utilisé » **Conditions de travail :** - charge de travail élevée et travail bâclé - manque de temps pour mettre en place des programmes - difficultés à accueillir ces programmes à cause de la surcharge de travail et les exigences demandées - bombardés par des lignes directives sur la gestion de la maladie, l'amélioration de la qualité des soins et autres - plusieurs	que les patients jugés plus à risque de chutes auraient des taux de chute plus élevé, n'est pas significative (p=0.51). Cela est peut être dû soit à l'évaluation qui l'a empêché de chuter soit soit parce que l'évaluation ne prédit rien et que l'outil n'est pas spécifique. Donc même si une personne est à risque, elle ne chute pas forcément. **Facteurs financiers :** - codes de facturation ainsi que de l'assurance maladie appropriées - équipement adapté **Nécessité d'un leadership :** - leadership infirmier est une		

	changements en même temps poussent à une surcharge de travail et limitent l'implication des soignants à l'étude. Une infirmière dit avoir eu 5 changement en un mois, et qu'ils n'avaient pas besoin de cette étude en plus. - la documentation supplémentaire des soins est un fardeau, la documentation à double entraîne une surcharge de travail. Une infirmière dit "lorsque j'ai entendu que d'autres membres du personnel ne remplissaient pas les formulaires, j'ai abondonné" - l'hypothèse que une plus grande documentation des tournées de soins infirmiers sera associé à une diminution du taux de chute a été limité à cause de la documentation	ressource dans 4.4% des réponses - l'encouragement du leadership de la part des chefs - leadership est un moteur dans l'implémentation **Connaissances et formation :** - les activités dans la promotion de la pratique liée aux risques de chutes - intégration systématique du patient et de sa famille dans le plan de prévention des chutes - éducation du personnel sur la problématique des chutes **Organisation :**		

	incomplète, le manque de temps des infirmières, la surcharge de travail, le manque de dotation et les facteurs économiques. Cette dernière n'est pas statistiquement significative mais est très importante à souligner (p=0.34 et après ajustement p=0.29). Les statistiques sont légèrement plus significatives après ajustement de la moyenne du score du taux de chute mais restent non utilisables. Cela remet en cause l'évaluation des personnes à risque de chutes. **Signes d'identification des chutes :** - Infirmières jugent inutiles les signes visuels d'identification des chutes car il y en a partout ce qui les rends immunisé à	- l'hypothèse disant que les taux de chutes seraient diminué au cours des rondes de soins infirmiers a été partiellement soutenue mais n'est pas statistiquement significatif (p=0.088). Cela est peut être dû au fait qu'il n'y a pas de groupe contrôle. - approbation par la hiérarchie de moyens de prévention		

	cela. De plus n'indiquent pas les raison pour lesquelles le patient est à risque ni les interventions nécessaires pour les prévenir. **Facteurs financiers :** - absence d'un mandat national pour éviter les chutes - couverture des assurances - la pression financières freine les professionnels à adopter de nouveaux comportements **Nécessité d'un leadership :** - manque d'une infirmière spécialisée en chutes - disponibilité du personnel de soutien			

	dans 77.8% des cas - manque de programme spécialisé pour les personnes âgées pour maintenir les acquis **Matériel à disposition :** - « Nos installations ne sont pas installées de manière optimale pour faciliter la supervision des patients et le risque de chute. Exemple, les serviettes de bains… de meilleures installations seraient souhaitable et peut être que le risque de chute pourrait être diminué » - Avant programme de sensibilisation, les interventions évitant les chutes étaient l'équipement dans 30% des cas, les sonnettes aux et lits et sur les chaises et l'utilisation adaptée des barrières de			

Rapport-Gratuit.com

	lits dans 26% et les moyens auxiliaires pour 26% des soignants. - Après le programme de sensibilisation, l'utilisation des sonnettes à été renommée chez 47% des personnes, les barrières à 36%, la création d'un environnement sécuritaire chez 31% et l'équipement en bon état chez 28% des participants.			
Caractéristiques de l'équipe interdisciplinaire	- les professionnels ne sont pas familiarisés avec les expertises des autres et manque de communication - l'évaluation et la gestion du risque de chute exige le fait de communiquer entre professions mais les services ne se concertent pas - deux recommandations	- l'évaluation et la gestion des chutes créer un esprit d'équipe - études de cas cliniques sur façon d'intégrer l'évaluation et la gestion des chutes - travail d'équipe, entraide entre infirmiers, aides soignants, physiothérapeutes et ergothérapeutes. - expertise de	(N= 3) Baker et al. (2005) Dykes et al. (2009) Stenberg et al. (2010)	

	contradictoires contenant des enjeux éthiques - adopter des pratiques qui ne font pas partie des soins habituels (médecin évalue l'équilibre et la marche…) - la couverture médiatique des soins et la crainte de représailles	chacun permet aux professionnels d'échanger leurs points de vue - les professionnels développent de nouveaux réseaux (relation professionnelle) - sensibilisation des professionnels par leurs parents qui peuvent être touchés par les chutes - objectifs communs		
Caractéristiques des patients	- refus de certains patients et les professionnels le mentionnent dans les transmissions écrites pour être couvert - les patients qui ne suivent pas les instructions freinent la pratique des professionnels - ignorance des personnes âgées que les	- les demandes des patients pour évaluer leur risque de chutes - partenariat entre patient et soignant - le port de chaussures adaptées - la comparaison des profils des patients ayant chutés montre qu'aucune caractéristiques	(N=6) Baker et al. (2005) Dykes et al. (2009) Koh et al. (2008) Stenberg et al. (2010) Tucker et al. (2011) Williams et al. (2011)	

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

	chutes peuvent être évitées - perte de confiance après une chute dans le personnel soignant dans 27% des cas, ce qui les rend réticents aux soins - état de santé du patient dans 55.7% des cas - avant le programme de sensibilisation, les professionnels nomment des facteurs internes favorisant les chutes (déficits cognitifs à 72%, troubles de la marche à 24%, et la faiblesse à 25%) - après le programme de sensibilisation, ils nomment les déficits cognitifs à 69% ainsi que les traitements, les problèmes d'équilibre à	spécifiques n'a été identifié comme étant propre à une période spécifique. La majorité des chutes survenues ne sont ni chez les patients confus, ni chez ceux présumé à risque et la majorité n'a entraîné aucune blessure.		

	19.5% et l'anxiété à 16% - la culture différente et le manque d'interprète			
Facteurs environnementaux	- manque d'accès aux équipements chez 73.3% des participants - manque de connaissance sur la disponibilité et/ou l'accès aux équipements - avant le programme de sensibilisation, les professionnels nomment les facteurs externes favorisant la chute (sols humides à 28%, utilisation inappropriée des barrières à 27% et fauteuils roulants non freinés).	- chambres épurées, chemin dégagé, avoir ses effets personnels ou moyens auxiliaires à proximité - bonnes conditions des équipements, sonnettes activées sur lits-fauteuils - après programme de sensibilisation, les professionnels nomment les facteurs externes comme les encombrements à 41%, fauteuils roulants et lits non freinés à 26%, sols humides à 23% et le personnel manquant d'instructions à 22%.	(N= 4) Dykes et al. (2009) Koh et al. (2008) Stenberg et al. (2010) Williams et al. (2011)	

Appendice F

Grilles d’analyse des articles

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Baker, D.-I., King, M.-B., Fortinsky, R.-H., Graff, L.-D., Gottschalk, M., Acampora, D., Preston, J., … Brown, C.-J. (2005). Dissemination of an Evidence-Based Multicomponent Fall Risk-Assessment and Management Strategy Throughout a Geographic Area. *American Geriatrics Society, 53,* 675-680.
Résumé	**Objectifs :** reporter la diffusion et identifier les barrières et les ressources pour intégrer l'évaluation et la gestion des risques de chutes sur les bases de données probantes dans la pratique clinique, dans une zone géographique définie. **Design :** Projet de diffusion **Population :** Centre-Nord du Connecticut **Participants :** Hôpitaux, soins à domicile, professionnels de soins primaires et la réadaptation **Interventions :** Les stratégies de changements de comportements professionnels multiples ont été utilisées pour encourager des professionnels à assimiler l'évaluation des chutes basée sur des preuves et la gestion dans la pratique. **Mesures :** Le déploiement de diffusion durant 36 mois (3 ans), mesure des obstacles et des ressources identifiés par les groupe de professionnels de travail durant les 2 premières années du projet. **Résultats :** 7 hôpitaux, 26 organismes de soins à domcile, 119 établissements de réadaptation et 138'212 bureaux de soins primaires ont participés. La plupart des groupes de travail ont exprimé les mêmes obstacles et ressources. Il y avait le manque de prise de conscience des conséquences d'une chute et le fait qu'elle peut être évitable, le manque d'expertise et la couverture de l'assurance maladie, les références inadéquates parmi les professionnels de la santé et le manque de mandats de la part des médecin. Parmis les ressources, il y avait la possibilité de commercialiser de nouveaux services, de développer les réseaux interprofessionnels et les mandats médicaux. **Conclusion :** Les actions de diffusion ont montré des succès ainsi que des défis. Les barrières sont souvent reliées à la diffusion de nouvelles pratiques, plusieurs étaient spécifiques à l'évaluation et à la gestion liée à l'étendue des sites et des disciplines. Les résultats ont des implications en ce qui concerne la diffusion des pratiques basées sur des preuves pour des conditions multifactorielles gériatriques comme les chutes.

Introduction Enoncé du problème	De nombreuses études montrent l'importance d'évaluer le risque de chute chez les personnes âgée qui reçoivent des soins. Cependant, un nombre minime a une évaluation faite, le problème est le manque de communication, de diffusion, de l'importance de ces évaluation sur la qualité des soins et sur le système de santé.
Recension des écrits	De nombreuses études d'observation et des essais montrent que la chute est une source évitable de morbidités, d'utilisation des services de santé et de déclin fonctionnel chez la personne âgées (Tinetti, 1988., Bishop, 2002., Gill, 2011., Tinetti, 1997., Nevitt, 1989., Gillepsie, 2003., Nikolaus, 2003., & Tinetti, 1994.) Malgré ces preuves, seul 34% des personnes âgées ont une évaluation du risque de chute. Pour comparer, 77%, 71% et 57% des personnes âgées reçoivent des soins approrpiés pour l'hypertension, insuffisance cardiaque et le diabète (Wenger, NS., Solomon, DH., Roth C., et al, 2003). L'institut de médecine et d'autres organisations mettent en évidence le mauvais transfert des essais rendomisés dans la pratique, l'écart entre les preuves de l'efficacité de la prévention des chutes et la négligences de tomber illustre ce problème de transfert (Rosenberg, 2003., &Berwick, 2003). Bien que les stratégies de prévention des chutes sont réalisables dans l'environnement, la plupart des personne recevant cette prévention n'est pas répertoriée. Comme des enquêtes sur des essais à composés multiple se sont avérées efficaces pour la réduction des chutes, les auteurs ont envisagés de répandre des stratégies fondées sur des preuves dans l'évaluation et dans la gestion du risque de chute dans la routine des services de soins. Un rapport montre que les chutes constituaient la première cause de consultation aux urgences et d'hospitalisation dans le Connecticut (Preventable injuries costing state almost half bilion annually, 1998). En réponse à ça, l'Association des hôpitaux du Connecticut (CHA) de façon concertée avec l'Association des soins à domicile au Connecticut (CAHC), ont mis en évidence le besoin de faire des efforts pour réduire les blessures liées aux chutes. Des discussions entre les enquêteurs, CHA, CAHC et d'autres organisations ont évolués dans le collaboration de la prévention des chutes dans le Connecticut (CCFP), une collaboration entre les professionnels, les sites et les organismes qui desservent la population âgée vivant dans la communauté. Le CCFP a employé des stratégies professionnelles de changements de comportements pour encourager les professionnels et les sites de soins à ce qu'ils puissent intégrer l'évaluation de la chute basée sur des preuves et des stratégies de gestion dans la pratique. Ce document décrit l'avancée des efforts de diffusion du CCFP sur 36 mois et présente les barrières et les ressources à intégrer l'évaluation et la gestion du risque de chutes dans la pratique clinique identifiés par les groupes de travail des professionnels.
Cadre théorique ou	On peut deviner que l'un des cadres théorique est la prévention des chute ainsi que la théorie du changement de comportement.

conceptuel	
Question de recherche	Le but de cette étude est de reporter l'état de diffusion et d'identifier les barrières et les ressources pour intégrer l'évaluation et la gestion du risque de chute sur des bases de données probantes dans la pratique clinique.
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis de recherche est qualitatif sous forme d'entretien semi-structurés
Population et contexte	La population se trouvait au centre du Nord du Connecticut, y compris Hart-Ford et les villes voisines. Les particpants étaient un groupe multidisciplinaire, des groupe de travail de professionnels, les professionnels dans les disciplines ciblées et les sites de santé. Il y avait aussi en collaboration la politique de la santé, le gouvernement et aussi d'autres organismes communautaires.
	Dans le groupe multidisciplinaire (groupe central), il y avait les enquêteurs qui ont menés l'étude de contrôle randomisé avec les cliniciens du domaine d'intervention. Ces membres étaient responsables du projet « CCFP » Les groupes de travail de professionnels incluent de 10 à 15 personnes. Les groupes de professionnels étaient convoqués pour les planificateurs de la gestion, des directeurs des médecins aux urgences, des professionnels des soins primaires, des soins à domicile et de services ambulatoire de réadaptation. Ils servaient de « forum » primaire pour la planification et la mise en œuvres des activités. Les groupe de travail de profesionnels ont été créés pour diverses raisons. Les professionnels sont des experts locaux sur les modes de pratiques, les ressources, la barrières. En plus, ils sont plus suscpetibles d'adopter de nouvelles stratégies. Et enfin, ils prennent la relève, l'évaluation et le gestion du risque de chute seront intégrée dans les services existants. Le groupe central et les groupes de travail se sont axés sur l'identification des stratégies pour intégrer l'évaluation et la gestion de la chute sur des stratégies et des modèles de changement de comportements. Les membres du groupe de travail ont accompli des tâches importantes comme l'identification et l'essai des stratégies de diffusion, l'adaptation du matériel de formation, aider d'autres sites… Les groupes de travail se sont réunis environs tous les 2 mois pendant la première année et après, tous les 4 mois. Si besoin, il pouvait y avoir des communications par téléphone ou e-mails.
Collecte des	

données et mesures	Les données ont été recoltées par entretiens semi-structuré afin de sensibiliser les professionnels à l'importance de l'évaluation et à la gestion du risque de chute chez la personne âgée. L'étude s'est déroulée sur 3 ans.
Déroulement de l'étude	L'étude s'es déroulée en 5 étapes. - **Développer des stratégies d'évaluation et de gestion du risque de chute** L'évaluation des stratégies et la gestion du risque de chutes de la CCFP a été basées sur des protocoles utilisés dans des composantes multiples : Etude coopératives de techniques d'intervention et d'autres essais cliniques randomisés. Il en est ressorti 7 facteurs de risque de chute ; la difficulté dans la marche et les transferts, mauvais équilibre, hypotension orthostatique, l'utilisation de médicaments (4 ou plus), les problèmes de pieds, les problèmes de visions et les dangers de chutes à la maison. Les interventions connues pour améliorer les facteurs de risque ont été inclus dans la diffusion et la formation. Le groupe central et les groupe de travail ont créé toutes les stratégies de la CCFP pour que ça puisse se faire dans l'environnement d'un service ambulatoire tout en respectant les principaux modèles de soins chroniques, les évaluation systématiques, les plans de soins, accès à l'expertise. Les 15 groupe des profesionnels ont été encouragés à effectuer des évaluations et des interventions adaptées à leur milieu et à leur formation. - **Développer les professionnels et les équipements pour les patients** Les 7 facteurs de risque ont été inclus, avec leurs interventions recommandées, dans les documents cliniques et éducatifs. Un manuel de formation pour les profesionnels a été développé avec des stratégies d'évaluations et de gestion de chaque facteurs de risque ainsi que des documents pour les patients avec des exercices d'équilibre, de marche et l'utilisation de médicaments,… Pour chaque lieu de soins, il y a une page d'évaluation et de gestion spécifique au contexte. Les documents ont été mis à disposition par le Web. Un livret pour chaque patient avec tous les facteurs de risques et avec les interventions recommandées a été développé pour diverses raisons. Tout d'abord, un plan de soins partagé est essentiel pour l'évaluation et la gestion du risque de chute. Comme il y a souvent un manque de communication entre les différents sites, le patient doit transmettre le plan entre les professionnels. Le livret renseigne aussi sur les activités du patient, et peut donc réduire

le risque de chute. Pour finir, le fait que ce soit le patient qui peut remplir la checklist active le patient à demander des évaluation de la part des professionnels. Ces livrets devraient être pris lors des rencontres avec les différents professionnels.

- **Renforcer les professionnels et sensibiliser les consommateurs**

Il y a eu de affiches et des brochures pour les professionnels et aussi pour les patient qui ont été exposées dans les lieux où les personnes âgées ont reçu des soins. Il y a eu des annonces dans les services publics (radio, TV et journaux locaux). Il y a eu des envois répétés aux personnels des hôpitaux participants. Un bulletin d'information électronique mensuel sur des questions liées aux chutes et un calendrier avec les activités de la CCFP a été distribué aux professionnels. Il y a aussi un site Web qui prouve l'importance clinique de la prévention des chutes.

- **Mettre en œuvre des stratégies professionnelles de changement de comportement**

Les professionnels ont eu des informations, mais pour que les professionnels adoptent de nouveaux comportements, il y a une méthode qui a été recommandée afin qu'ils puissent changer leurs comportements et mettre en pratique les résultats des recherches. La diffusion de la part de la CCFP a été faite sur des théories d'apprentissages/sociales et sur le modèle théorique du changement de comportements dans la santé. Le groupe principal a été dans les soins aigus, les urgences, les professionnels de soins primaires (médecin de familles, les internes, des gériatres, les infirmières en pratiques avancées…), les soins à domicile et la réadaptation. Les membres du groupe de travail et le groupe principal ont tenté d'atteindre ces groupes de professionnels en mettant en place des stratégies comme des formations continues, l'encouragement par les chefs des professionnels, groupe de travail, visites de sensibilisation à tous les professionnels ciblés dans la zone de diffusion, encourager les personnes âgées à demander l'évaluation et la gestion du risque de chute, identifier les obstacles,… (Annexe 1).

Les membres du groupe de base ont fait des visites de sensibilisation à tous les professionnels dans ces groupes cibles. Les groupes de professionnels supplémentaires (pharmacien, podologue, ophtalmologue, médecins spécialistes) ont été contacté s'ils étaient associées à un professionnel cible ou s'ils étaient impliqués dans le projet CCFP.

- **sensibiliser les personnes âgées qui vivent dans la communauté**

Même si le but du projet était sur les services médicaux des professionnels, plusieurs membres du groupe du groupe de travail ont noté les demandes des patients les persuadent d'adopter de nouvelles pratiques. Après une année de travail avec les professionnels, le groupe central et les membres du groupe de travail ont commencé à sensibiliser

	les patients âgées. Le groupe central et les membres du groupe de travail ont utilisé des modèles, développé une consultation avec le personnel sur les sites communaitaires pour mener des séances de sensibilisation avec une évaluation des facteurs de risque de chute pour chacun et l'utilisation du livret, avec des suggestions pour réduire le risque de chute et sur la manière de demander des services de la part des institutions. Pour les personnes ayant déjà chuté, les services des urgences leur ont donné des équipements pour éviter une nouvelle chute.
Rigueur	Les commissions d'examens institutionnels de la « Yale School « en médecine et de l'Université de la Santé du Connecticut approuve ce projet.
Résultats Traitement des données	Pour évaluer les efforts de diffusion par rapport au projet CCFP, tous les professionnels qui ont reçu des visites de sensibilisation de la part d'un membre du groupe central, ont été suivi. Pour mesurer le taux de diffusion, l'unité de mesure était l'installation pour les soins à domicile, les urgences et les hôpitaux. Le bureau a été l'unité de mesure en réadaptation et en ambulatoire. Obtenir les obstacles et les ressources a été une autre composante à l'évaluation. L'utilisation d'interviews semi-structurés, les membres du groupe central souvent de la même discipline que les membres des groupes de travail pendant les 2 premières années du projet ce qui a permi de montrer qu'il est difficile pour les professionnels d'incorporer cette évaluation et la gestion dans la pratique. Ils ont été invité à répondre en fonction de leur expérience clinique ou celle des professionnels qu'ils ont supervisé ou travaillé. 2 des auteurs ont analysés les transmissions écrites de ses entretiens semi-structurés pour déterminer des thèmes communs. Ces thèmes ont été comparés entre les groupes de travail selon la méthode comparative d'analyse. Les auteurs sont arrivés à un consensus en discutant. Même si les fréquences ne sont pas disponibles, les thèmes repportés sont ceux qui sont revenus pendant au moins 2 rencontres.
Présentation des résultats	**La pénétration des efforts de diffusion :** Ils ont commencé en octobre 2001 pour les hôpitaux, les urgences, les soins à domicile et les soins de réadaptation ambulatoire. Les visites pour sensibiliser ont commencé en octobre 2003. Les membres du groupe central ont fait 827 contacts avec les professionnels. Les 7 hôpitaux et les 26 organisme de soins à domicile ont reçu des visites de sensibilisation. 119 sur 130 établissements de réadaptation ont reçu des visites de sensibilisation (8% ont refusé). 125 des 212 des bureaux de soins primaires ont reçu des visites, seulement 13 ont reçu des équipements et 74

(35%) ont refusé.

Les barrières et les challenges rapportés par le groupe de travail professionnels :

Tous les membres du groupe rapportent un manque de temps, les difficultés d'accueillir de nouveaux services avec déjà une surcharge et des demandes concurentielles. En ce qui concerne les demandes concurentielles, les professionnels ont été bombardés avec des lignes directives de la gestion de la maladie, des intitiatives d'amélioration de la qualité et d'autres mendats. Tous les groupes, sauf les professionnels de soins primaires, ont rapportés que le chiffre d'affaire est important et qu'avec cela il est difficile d'adopter de nouveaux comportements. Il y avait aussi d'autres barrières qui ont été rapportées dans l'annexe 2 :

Les barrières liées aux connaissances, aux comportements et enfin aux comptéences :

- les professionnels et les personnes âgées ignorent les chutes peuvent être évitées
- les professionnels pas formés dans l'évaluation et la gestion dans conditions de santé gériatrique ou multifactorielles manquent d'expertise
- les profesionnels ne sont pas familiarisés avec l'expertise d'autres groupes
- la prévention des chutes n'est pas considérée comme une priorité ou une responsabilité de la part de certains profesionnels
- des composants de la prévention (ex : exercice), ne fait pas partie de la culture de certains groupes
- les profesionnels doivent adopter des pratiques qui ne font pas partie des soins habituels (ex : médecin évaluent l'équilibre et la démarche, la réadaptation ambulatoire évalue les médicaments)

Les barrières organisationelles et financières :

- les médecins ont noté l'absence d'un mandat national pour traiter les chutes
- exige le fait de se référer et de communiquer entre professionnels de la santé et les services qui ne se concertent pas (interdisciplinaire)
- la manque de programmes pour les personnes âgées pour maintenir leurs acquis
- couverture des assurances

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

	Les facteurs de ressources de la part du groupe de travail de professionnels : L'approbation par les organisations influants, l'encouragement de leur leadership, les demandes de la part des patients pour évaluer leur risque de chute, les codes d'assurances-maladies et de facturation appropriés, l'utilité des activités dans la promotion de pratiques liées aux risque de chute, l'évaluation et la gestion des chute créé un esprit d'équipe, la plupart des professionnels ont un parent qui est tombé et donc ils sont touchés personnellement par ceette problématique. Tableau annexe 3 : Facteurs liés à la connaissances, aux comportements et aux attitudes : - les données locales sur l'incidence, la morbidité et les coûts financiers des preuves et des résumés des preuves pour appuyer des interventions efficaces - des études de cas de cliniciens sur la façon d'intégration de l'évaluation et la gestion des chutes - l'évaluation et la gestion des chutes crée un esprit d'équipe entre les professionnels - la plupart des professionnels sont touchés personnellement mais aussi profesionnellement par cette problématique en ayant des parents âgés qui sont tombés - intégrer passivement dans les soins (protocoles pour les urgences, une évaluation et la gestion automatique intégrée à l'outils OASIS pour les soins à domicile, des références pour les profesionnels dans les hôpitaux, les urgences et de soins primaires. - Commercialiser de nouvelles compétences pour les profesionnels des soins à domicile et de réadaptation ambulatoire. Facteurs organisationels et financiers : - Les professionnels développent de nouveaux réseaux (relation profesionnelle) entre les disciplines - Mendats spécifiques aux professionnels - Codes qui couvrent des conditions commununes améliore la probabilité de la couverture au niveau de l'assurance pour la réadaptation ambulatoire - De nouvelles sources de références pour les soins à domicile et la réadaptation

	- Nouvelles sources de revenues pour certains groupes de professionnels (soins à domicile + réadaptation)
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Les organisations de soins à domicile, les établissements de réadaptation ambulatoire ont été plus sensibles aux efforts de diffusion du projet CCFP. Les professionnels de soins primaires ont été plus difficilement atteints même si 65% des visites ont permises une sensibilisation de la part des médecin. Les plannificateurs de la gestion, les médecins des urgences ainsi que les directeur de soins infirmiers ont participé aux groupes de travail. Ils ont été sensibilisé, et ont accepté des équipements. Le degré des efforts de diffusion du projet CCFP est difficile à suivre vu le nombre important de professionnels dans ces deux paramètres (sensibilisation + équipements). Même si tous les professionnels de tous les groupes ont été sensibilisés, il reste à savoir si les efforts de diffusion entraîneront des changements dans la pratique. Dans les entrevues avec les professionnels ayant reçu une sensibilisation, plus de 70% ont rapporté l'adoption de plusieurs méthodes d'évaluation et de gestion liées aux chutes. Dans la phase futur du projet, les mesures fondées sur les résultats sera établie.
	Les membres des groupes ont pu relevés les obstacles et les ressources dans l'adoption de nouvelle pratique liées aux chute. Mais une limitation de l'étude est que ces facteurs ont été évalués de manière qualitatives et non quantitatives, la fréquence dont ils ont évoqués ces facteurs ne sont donc pas déterminés. Néanmoins, les facteurs ont tous été cités plus d'une fois et dans 2 groupes de travail au moins. Bon nombre d'obstacles signalées ont été similaires à ceux observer avant cette étude, il existe donc des facteurs universels qui doivent être pris en compte lors de la diffusion des interventions dans la pratique. Les connaissances, les compétences et les barrières comportementales sitée dans l'annexe 2, reflètent probablement l'attention insuffisante de la part des soignants par rapport à la gériatrie et aux soins interdisciplinaires dans l'éducation de la santé et dans la pratique clinique. Les obstacles organisationnels et financiers sont difficiles pour les conditions de santé gériatrique multifactorielles comme les chutes. Le groupe de médecins a estimé que l'absence d'un mandat pour les chutes était un obstacles important. Les efforts nationaux sont nécessaires si l'évaluation et la gestion du risque de chutes devenait un élément standard de bonne pratique. Tous les groupes de travail ont dit que les demandes du patient étaient une motivation forte. L'approche communautaire pour la personne âgée a été renforcée. Les mécanismes de financement de la santé et la séparation des soins dans tous les sites sont un obstacles pour fournir des soins appropriés aux conditions multifactorielles comme les chutes. Des changement à long terme par

	rapport au financement des soins et par rapport à la structure sont nécessaires. Les succès et les défis pour transférer les résultats de la recherche dans la pratique doivent être plus documentés. Les interventions de la part des professionnels prennent fin lorsque le patient quitte l'établissement, sans changements dans les pratiques durables.
	La chute est un excellent modèle clinique entre les maladies, les déficiences et les effets des médicaments qui définissent la gériatrie et qui nécessites l'intervention de plusieurs professionnels. La mauvaise diffusion des éléments probants reflète des problèmes dans la système de santé au sens large chez les soins aux personnes âgées.
Perspectives	A court terme, les efforts aux niveau local peuvent encourager l'adoption de nouvelles pratique et servir d'exemple au niveau national. A long terme, les défis et les obstacles relevés dans cette étude renforce le fait qu'il est nécessaire de changer dans l'éducation professionnel, la structure de la santé et dans le financement.
Questions générales Présentation	Texte bien formulé, et résultats bien exposé sous forme de tableaux en annexes.
Evaluation globale	Les limitations de l'études et l'impact de cette sensibilisation n'est pas assurée au long terme vu les obstacles présents.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Références de l'article analysé : Baker, D.-I., King, M.-B., Fortinsky, R.-H., Graff, L.-D., Gottschalk, M., Acampora, D., Preston, J., … Brown, C.-J. (2005). Dissemination of an Evidence-Based Multicomponent Fall Risk-Assessment and Management Strategy Throughout a Geographic Area. *American Geriatrics Society, 53,* 675-680.

Aspects du rapport	**Questions**	**Oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre est précis, il indique clairement de quoi va parler cette étude. « La diffusion de recommandations basées sur des preuves pour l'évaluation et la gestion du risque de chutes dans une zone géographique »
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il y a différents items tels que les objectifs, le design, le contexte, la population, les interventions faites, le temps de mesure de l'étude, les résultats et la conslusion. Il est synthétiser de manière claire.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème est défini clairement en disant qu'il existe des preuves sur la pertinence de l'évaluation du risque de chute, mais que ces informations ne circulent pas correctement et qu'il y a un problème dans la mise en pratique de ces preuves.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Beaucoup d'études sont mentionnées dans cette revue par rapport à l'état des connaissances, des études montrent que les chutes peuvent être évitées, qu'ils existent des programmes de prévention de chutes mais que seulement une minorité de personnes âgées a une évaluation de ce risque.

Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre théorique est la théorie du changement de comportement dans la prévention des chutes.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?		X		Aucune question de recherche n'a été formulée mais le but de cette étude est mentionné : « reporter l'état de diffusion des recommandations et identifier les barrières ainsi que les ressources pour intégrer l'évaluation et la gestion du risque de chutes sur des bases de données probantes ».
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?			X	La but de l'étude se réfère aux études antérieures et son objectif se base sur des recheches qui n'ont pas encore été faites.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche n'est pas clairement formulé mais il est facilement détectable. C'est un devis qualitatif, sous forme d'entretiens semi-structurés. Les méthodes de récoltes de données sont en adéquation avec le devis (entretien semi-structuré, les enquêteurs font partie du processus). Le temps passé sur le terrain est de 3 ans, ce qui est correcte pour ce genre d'étude et pour avoir des résultats probants.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?			X	Le cadre est détaillé ; la zone géographique, l'échantillon avec les différents groupes, les différents professionnels. Mais il n'est pas clairement défini le nombre de professionnels qui ont participé à l'étude. Il est juste mentionné que dans les groupe de travail, il y avait de 10 à 15 participants. Il n'est pas dit combien de groupes étaient présents et ne parle pas du nombre

					de personnes dans le groupe central.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?		X		Cet item n'est pas écrit dans le texte
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Oui, il y avait des entretiens semi-structurés. Et si besoin, les groupes de travail pouvaient communiquer par e-mail ou téléphone.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			L'adéquation est claire entre tous ces éléments. Le phénomène étudié est les professionnels de la santé, le but de l'étude est de comprendre comment les profesionnels se comportements, leurs obstacles ainsi que leurs ressources dans la mise en place de recommandations pour éviter les chutes et les instruments de collectes de données sont des entretiens semi-structurés. Les professionnels peuvent donc se confier, s'exprimer sur leurs ressentis…
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?			X	La procédure est décrite sous forme de différents paragraphes. Mais parfois, elle est décrite de façon compliquée. La commission d'examens institutionnels de la Yale School en médecine et de l'Université de la santé du Connecticut approuve ce projet.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les chercheurs disent que l'étude des facteurs influançant la mise en place de stratégies pour évaluer et gérer le risque de chutes a été faite qualitativement, et devrait être faite quantitativement pour que les résultats soient vraiment pertinents et qu'il y ait une

					fréquence.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?			X	Les données ont été évaluée par les chercheurs pendant les entrevues avec les professionnels mais il n'est pas décrit le nombre de fois qu'ils se sont rencontrés, et comment ça s'est passé.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont exposés de manière claires sous forme de tableaux en annexe. Il y a 2 tableaux (annexe 2 et 3), qui exposent différents résultats de l'étude. Les résultats sont demontrés sous forme de catégories ce qui aide à les comprendre.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?			X	Oui, les résultats sont exposés en fonction de la théorie du changement pour la prévention des chutes et les résultats sont logiques face aux études antérieures.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?		X		Ils n'en tiennent pas compte.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Etude faite qualitativement, mais les résultats des facteurs devraient être exposés quantitativement.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			A court terme, les efforts aux niveau local peuvent encourager l'adoption de nouvelles pratique et servir d'exemple au niveau national. A long terme, les défis et les obstacles relevés dans cette étude renforce le fait qu'il est nécessaire de changer dans l'éducation professionnel, la structure de la santé et dans le financement.

Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non***	**Peu clair***	***Commentaires**
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Bien structuré, avec différents items, 3 tableaux en annexe avec les résultats.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Oui, mais le problème ne vient pas que de la part des professionnels mais aussi des moyens financiers et le système de santé.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI.

Rapport-Gratuit.com

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Williams, B., Young, S., Williams, D., & Schindel, D. (2011). Effectiveness of a Fall Awareness and Education Programm in Acute Care. *Journal for Nurses in Staff Developpment, 27*(3), 143-147.
Résumé	La chute a de nombreux impacts pour le patient, la famille et l'institution. La moitié des chutes peuvent être évitées. Cet article montre les résultats d'une étude quasi expérimentale sur l'efficacité d'une prise de conscience de la chute et d'un programme d'éducation dans les soins aigus. Les équipes peuvent trouver des stratégies utiles pour éviter les chutes dans leurs institutions.
Introduction Enoncé du problème	Les chutes sont une des préoccpations les plus rapportées que ce soit en soit dans un service de courte ou de longue durée (Forrester, McCabe-Bender & Tiedeken, 1999; Kimbell, 2002). Les chutes sont considérées comme un facteur de risque pour l'admission dans un établissement médico-social (Tinette & Williams, 1997). L'incidence des chutes chez les patients âgées hospitalisés est supérieur à celui des personnes vivant dans la communauté (O'Connor, Crager, Mooney, Laizner & Ritchie, 2006). Sur 1000 lits en soins aigus, le taux de chutes se trouve entre 2.2 a 7 en soins aigus et 11 à 24.9 en soins continus (Halfon, Eggli, Van Melle & Vagnair, 2001; Morse, 1993). La mortalité et la taux de morbidité sont augmentées de manière significative (Chang et al., 2004; Haines, Bennell, Osborne, & Hill, 2004; Rose & Clark, 2000; Uden and Sjostrom, 1999). Les infirmières resprésentent la première ligne de soins pour les patients dans les établissements de courte durée. Les infirmières ont une responsabilité professionnelle pour assurer la sécurité des patients. En utilisant leur jugement clinique, elle ont un rôle à jouer en évaluant le risque de chute et en contrôlant l'environnement grâce à des interventions prouvées. Mais les connaissances sont limitées en ce qui concerne le jugement clinique de l'infirmière dans la prévention des chutes (Myers & Nikoletti, 2003).
Recension des écrits	La plupart des recherches se concentre sur l'identification des facteurs de risques potentiels pour les chutes des personnes âgées, soit dans la communauté ou dans les établissements de soins. Forrester et al. (1999) ont identifié des facteurs de risques comme une chute survenue les 12 derniers mois, la dépression, la confusion, la désorientation, l'incontinence, une faiblesse généralisée… Kimbell (2002) a identifié des facteurs de risque supplémentaires tels que les troubles de la mémoire, l'agitation, le besoin fréquent d'aller aux toilettes. Après un examen systématique de 40 essais, Chang et al. (2004), ont conclu que les facteurs de risque les plus importants étaient l'utilisation de médicaments, la vision, les risque environnementaux et l'hypotension orthostatique.

	Des résultats des études montrent que les chutent peuvent être évitées grâce à la détection des risques et aux interventions mises en place. Le jugement clinique de l'infirmière, qui prend moins de temps que remplir un outils d'évaluation pour les chute, est considéré comme le plus précis mais moins précis pour prédire les patient à risque (Vassallo et al., 2008). Même si les facteurs de risque de chutes ont été identifiés précédemment, il n'y a pas forcément de preuve sur l'évaluation des risque de chute et dans la prévention. Les chercheurs ont conclu que les interventions multifactorielles sont les plus efficaces (Chang et al., 2004; Haines et al., 2004; Haines, Hill, Bennell, & Osborne, 2006; Healey, Monro, Cockram, Adams, & Hesletine, 2004).Même avec ces interventions multifactorielles, l'infirmière doit montrer un jugement clinique et pour déterminer quelle intervention est appropriée. Morse (1993), a souligné que l'augmentation de la sensibilisation du personnel sur les chutes des patients hospitalisés est efficace pour un programme de prévention des chutes. Cependant, il y a très peu de recherches. Brandis (1999) dit qu'après la mise en place d'un programme de prévention de chutes, le personnel infirmier était en mesure d'identifier les patients à risque de tomber et de mettre en œuvre des interventions adaptées, mais il ne savait pas si cette capacité était due à la sensibilisation accrue du personnel. Bien que les recommandations pour la prévention des chutes existent, Koh et al, (2008), ont constaté que les infirmières ont décrit plusieurs obstacles à leur utilisation (connaissances, motivation, disponibilité du personnel, état de santé des patients). L'un des principaux facteurs était la formation du personnel et des patients.
Cadre théorique ou conceptuel	Education aux profesionnels concernant les chutes aux soins aigus, prévention des chutes. Ces cadres théoriques ne sont pas clairement définit dans l'étude.
Hypothèses	La formation du personnel est souvent identifiée comme une composante dans l'approche de la prévention des chutes.
Méthodes Devis de recherche	Etude quantitative quasi-expérimentale, avant-après à un groupe unique (Pas de groupe témoin ni un groupe de référence).

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Population et contexte	La population était l'ensemble du personnel travaillant dans un grand hôpital urbain dans l'ouest du Canada, ils ont été tous invités à participer à l'étude. Les participants étaient des volontaires. Le programme de sensibilisation a été fait dans 3 services d'orthopédies et 3 services de neurologies.
	L'échantillon du test préliminaire (prétest) était de 82 professionnels de la santé, 57 était des infirmières, 13 était des infirmières auxiliaires, 5 avec de l'enseignement supérieur et 4 infirmières auxiliaires avec diplôme d'études secondaires. L'échantillon du test après la sensibilisation était de 87 professionnels. 59 personnes étaient des infirmières, 12 des infirmières auxiliaires, 5 avec un enseignement supérieur et 6 avec un diplôme d'études secondaires.
Collecte des données et mesures	Les données ont été recueillies à l'aide d'une enquête sur le personnel. L'outil de récolte de données est un outil de recherche développer par les chercheurs pour recueillir des données démographiques, la connaissance des facteurs de risque de chutes et les actions qui pourraient être mises en place pour réduire les chutes. L'enquête sur le personnel est faite de questions ouvertes.
Déroulement de l'étude	En mars 2005, l'ensemble du perosnnel de l'hôpital urbain de l'Ouest du Canada, a été invité à participer à l'étude. Les données ont été récoltées en mars 2005 et mars 2006. Les enquêtes ont été distribuées dans chaque unités et ont été recueillies par les employés durant deux semaines en mars 2005 et deux semaines en mars 2006. Après l'enquête préliminaire (mars 2005), un programme de sensibilisation a été mis en place sur les 3 unités d'orthopédies et les 3 unités de neurologies. Des réunions ont été menées par l'infirmière clinicienne ou un spécialiste d'un domaine de soins. Ces réunions étaient prévue sur 20 minutes. Elles permettaient de parler des chutes qui se sont produites le dernier mois, d'une séance de discussions sur un concept de prévention et une discussion/réflexion sur les interventions qui pourraient être mises en place. Au cours du 2ème mois de l'étude, un membre de l'équipe de recherche a suggéré de placer un autocollant sur le dossier du patient qui est tombé. Cet autocollant inclus comme informations le nom, le risque de chute, l'aspect cognitif, la perception, la technique de transfert, et le nom du profesionnel avec qui il est tombé. Les affiches de chaque discussions étaient ensuite mises sur un mur de l'unité pour que tous les professionnels puissent lire. A la fin de l'année, les professionnels ont été invité à remplir l'enquête pour voir l'évolution entre avant et après la sensibilisation aux chutes. Les mêmes questions ont été posées, sauf que pour le test « post

	sensibilisation », il y avait 2 questions supplémentaires. L'enquête était volontaire donc le consentement n'était pas demandé.
Résultats Traitement des données	Les résultats du test préliminaire a été effectué pour déterminer si la prise de conscience de l'importance des interventions pour éviter les chutes était la même avant l'expérimentation et après le programme de sensibilisation. Il s'agit donc d'un devis quasi expériemntal à séquence temporelle
Présentation des résultats	**Tableau 1 :** Question 1 : lister 3 impacts possibles suite à la chute d'un patient à l'hôpital ➔ coût élevé (hospitalisation plus longue) à 40%, procès à 31%, la grande charge de travail à 13% et la réputation de l'hôpital à 12%. Question 2 : les effets de la chute sur le patient ➔ factures à 79%, changements psychologiques à 16%, l'hospitalisation prolongée à 33% et la perte de confiance en l'équipe à 27%. Question 3 : citer 3 facteurs interne favorisant la chute du patient ➔ déficits cognitifs à 72%, les troubles de la marche à 24& et la faiblesse à 25%. Question 4 : facteurs externe favorisant la chute ➔ les sols humides à 28%, l'utilisation inaproppriée des barrières (27%) et les fauteuils roulants pas freinés (26%). Question 5 : lister 5 interventions de prévention des chutes ➔ les restrictions à 42%, la dotation du personnel ainsi que l'éducation et la communication a 33%, la vigilence à 32%, l'équipement en bon état à 30% et les sonnettes au lit-chaise, l'utilisation appropriée des barrières à 26% et transfert à 26%. Avant la sensibilisaton des profesionnels aux chutes, ce taux de chutes sur un période de 1 an en orthopédie s'élève à 136 et en neurologie, il atteint les 228 chutes Les réponses du test après la sensibilisation n'ont pas variés de façon significative. Les participants au 2ème teste on relevé une augmentation des coûts et de la charge de travail. Au 2ème test, les professionnels ont plus identifiés les fractures (85%) et les changements psychologiques (25%) et moins une hospitalisation prolongée (28%) ainsi que la perte de confiance (47%) que les effets des chutes sur les patients. Il y a aussi des variations considérables entre les facteurs internes et externes favorisant les chutes. Les facteurs internes comprenaient les troubles cognitifs (69%), les médicaments/analgésies (41%), les problèmes d'équilibre

	(19.5%) et l'anxiété (16%). Les facteurs externes ont été les encombrements (41%), les fauteuils roulants et les lits non freinés (26%), les sols humides à 23% et le personnel manquant d'instruction à 22%. Les interventions identifiées étaient nombreuses, il y avait des similitudes mais aussi quelques variations. Par exemple, l'utilisation de sonnette dans les lits/chaises à 47%, l'utilisation des barrières à 36%, la création d'un envrionnement sécuritaire à 31%, l'équipement en bon état à 28%, les contentions à 25% et l'éducation aux personnels sur la problématique à 21%. Le taux de chutes, après sensibilisation et éducation aux personnels à diminuer à 48 en orthopédie et à 60 dans les unités de neurologie ➔ ça représente une réduction de 62% du taux de chutes au cours de la période de l'étude, c'est-à-dire une année.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Avant l'étude, un rapport d'incidents a permi de confirmer un taux élevé de chutes des patients alors que ces chutes pourraient être évitées. En orthopédie, l'équilibre et la faiblesse induite par la chirurgie et les changements cognitifs liés aux anesthésiques sont communs. Sur les unités de neurologie, la faiblesse d'un membre, la paralysie, trouble de l'équilibre et les difficultés de communication sont communes. Suite à l'étude, les participants ont montré une prise de consicence accrue des effets des chutes (coûts de la santé en raison des longs séjours et les litiges qui peuvent affecter la réputation de l'hôpital). Les chutes augmentent en raison de la charge de travail élevée dans les services. Les effets de la chutes pour le patient sont grands (douleur, dépendance, altération de l'état mental comme la dépression, la confusion). Au bout d'un an, les professionnels étaient capables de nommer certains facteurs de risque de chutes comme les médicaments, les perturbations de l'équilibre, les changements cognitifs mais avait de la peine à mentionner l'incontinence, la dépendance et la manque d'exercices qui avaient aussi une influance sur le risque de chutes. Il y avait aussi une prise de conscience accrue des facteurs extrinsèques (environnement inconnu, manque de personnel formé, lits-fauteuils roulants pas freinés, mauvaise utilisation des barrières, et une diminution de l'éclairage). Après le mise en place du programme, le personnel a noté une prise de conscience accue par rapport aux interventions qu'ils pourraient faire pour diminuer les chutes. Le personnel a aussi suggéré d'impliquer la famille dans l'enseignement pour qu'il y ait une meilleure communication entre le personnel, le patient et la famille pour prévenir les chutes. A la fin de l'étude, beaucoup de professionnels ont rapporté que l'utilisation de contentions ne permet pas

	d'éviter les chutes. Les professionnels de cette études ont identifiés d'autres moyens que la contention tels que les systèmes d'alarmes, en orientant les patients, en fournissant des informations simples et créer un environnement plus sûr pour la marche.
Perspectives futures	Avec une diminution du taux de chute à 62% avant et après l'éducation aux professionnels, le programme de sensibilisation est considéré comme réussi. Le défi est maintenant de maintenir la dynamique des stratégies efficaces pour réduire les chutes chez les patients hospitalisés. Pour assurer son impact, le programme devrait faire partie de l'exploitation quotidienne des unités. Les résultats contribues à la preuve qu'une équipe multidisciplinaire engagée dans des interventions à facettes multiples peuvent avoir un impact sur le réduction du nombre de chutes en soins de courte durée.
Questions générales Présentation	L'article est bien écrit, structuré. Les résultats sont montrés de manière claires pour le test préliminaire sous forme de tableau, mais peu clairs pour les résultats du second test qui ne sont pas présentés sous forme de tableau.
Evaluation globale	Article quantitatif, mais avec beaucoup de caractéristiques qualitatives. Beaucoup d'écritures, les résultats sont mis sous forme de pourcentage uniquement.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Références de l'article analysé :

Williams, B., Young, S., Williams, D., & Schindel, D. (2011). Effectiveness of a Fall Awareness and Education Programm in Acute Care. *Journal for Nurses in Staff Developpment, 27*(3), 143-147.

Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre de l'étude est « l'efficacité d'une sensibilisation et d'un programme d'éducation des chutes en soins aigus ». Le titre indique le contexte, les moyens mis en place et ça permet de savoir qu'il y aura des résultats sur l'efficacité ou non de ce genre de programme.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?			X	Le résumé est un texte unique, sans les différentes parties comme l'introduction, la méthode… Il n'y a pas de cadres théoriques évoqués. Tout de même, il permet de comprendre l'étude.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?	X			Il est défini que les chutes sont une des préoccupations les plus rapportés dans les soins de court et de longue durée. Des études prouves que les chutes peuvent être évitées en détéctant les facteurs de risque et en mettant en place des interventions ciblées.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?	X			Beaucoup d'études ont été menées sur les différents facteurs de risque, sur l'utlisation du dépistage pour éviter les chutes. Les chercheurs ont conclu que les interventions multifactorielles sont les plus efficaces. Après la mise en place d'un programme de prévention de chutes, le personnel infirmier était en mesure d'identifier les

					patients à risque de tomber et de mettre en œuvre des interventions adaptées, mais il ne savait pas si cette capacité était due à la sensibilisation accrue du personnel. Il y a une évolution de la recension des écrits dans l'étude.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?		X		Aucuns cadres théoriques et conceptuels ne sont définis dans l'étude. Mais ils sont assez explicites, il y a l'éducation aux professionnels sur les risques de chute, la prévention.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Oui, mais elle se trouve dans la discussion. Elle n'est pas facilement détectable L'hypothèse de cette étude est « la formation du personnel est souvent identifiée comme une composante dans l'approche de la prévention des chutes ». Cette hypothèse découle de l'aporoche de la prévention.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?	X			L'hypothèse mentionne que la formation du personnel est une composante importante dans la mise en place d'interventions de prévention de chute.
Méthodes Devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Le devis est quantitatif quasi-expérimental
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			L'échantillon est détaillé de manière conséquente. Il y a un paragraphe dédié à ça. Tous les détails y sont, entre le test préliminaire et le test post-sensibilisation (nombre de participants, sexe, profession, âge, les années de fonctions, le pourcentage de travail)
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			La taille est correcte vu que ça se passe dans 6 services de soins de courte durée. 82 personnes lors du test préliminaires, et 87 lors du test post-sensibilisation.

Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Enquêtes formées de questions ouvertes, distribule dans les unités de soins. Cet outil de recherche est développé par les chercheurs.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?			X	Cette étude mesure les différences entre avant et après un programme de sensibilisation des chutes dans des service de neurologie et d'orthopédie.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui, elle est décrite précisément L'étude était volontaire donc les chercheurs n'ont pas demandé aux participants de remplir le consentemenr éclairé. Il n'est pas mentionné dans le texte si les résultats des test étaient confidentiels, anonymes…
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?			X	Analyses et statistiques présents, uniquement sous forme de pourcentages.
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?			X	Les résultats sont présentés sous forme de tableau pour le test préliminaire. Pour le test « post-sensibilisation », il n'y a pas de tableau et les résultats ne sont pas clairement développés.
Discussion Intégration de la	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que	X			Suite à l'étude, les professionnels ont montré une prise de conscience accrue sur les effets des chutes. Il ont montrés diverses stratégies pour éviter les chutes comme le fait

théorie et des concepts	des recherches antérieures ?				d'impliquer la famille dans l'éducation au patient, le rôle des interventions multiples de la part de toutes disciplines de soins…
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	La recherche est positive et la conclusion rapport cela. Les chercheurs mettent en lien le besoin d'un programme d'éducation ainsi que l'importance de travail en interdisciplinarité.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?		X		Aucunes limites n'est explicitées dans l'étude.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?			X	L'étude parle des défis à maintenir la dynamique des stratégies efficaces dans une équipe infirmière. Pour assurer son impact (programme), il est mentionné qu'il devrait faire partie de l'exploitation quotidienne des unités.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			X	L'article est bien écrit, cependant, les résultats sont uniquement sous forme de pourcentage, il n'y a pas de médiane, écart-type… Les résultats du prétest sont sous forme de tableau, ce qui est clair et détaillé. Mais les résultats du post-test ne sont pas exposé de la même manière. C'est donc plus difficile à les comprendre.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?			X	Les résultats montrent une baisse du taux de chutes de 62%, après la senisbilisation du personnel soignant. Le programme de sensibilisation est considéré comme réussi.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI.

Rapport-Gratuit.com

Aspects du rapport	**Contenu de l'article**
Références complètes	Stenberg, M., & Wann-Hansson, C. (2010). Health Care Professionnals' Attitudes and Complicance to Clinical Practice Guidelines to Prevent Falls and Fall Injuries. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 8*(2), 87-95.
Résumé	Les recommandations de pratique clinique qui ont pour but de prévenir les chutes et les blessures liées à celles-ci, ont déjà montré leur efficacité dans les soins aigus. Cependant, il y a un problème avec leur mise en œuvre dans la pratique clinique. Le but de cette étude est de décrire l'influance des recommandations de pratique clinique sur les professionnels pour prévenir les chutes et les blessures. Pour mener à bien cette étude, une approche qualitative a été choisie et 5 discussions en groupes ont été menées. Elles comprenaient des médecins, des infirmières, des physiothérapeutes et des ergothérapeute. Dans les résultats, 2 catégories ont émergés. L'expérience des changements d'évènements et l'influence de facteurs psychosociaux. Les résultats confirment le processus compelxe pour la mise en œuvre et le respect des recommandations de pratique pour la prévention des chutes Une relation entre les grandes expériences liées aux chutes avec les conséquences négatives, une attitude positive et la conformité aux recommandations de bonnes pratiques est apparu. Les facteurs à surmonter les obstacles dans la mise en place de ces directices sont un soutien de la direction, des évaluations systématiques des résultats des recommandations et le rôle actif.
Introduction Enoncé du problème	La chute est l'accident le plus rapporté lors d'une hospitalisation (Morgan et al., 1985). La chute entraîne souvent des complications et de la souffrance pour le patient avec des coûts étendus, avec de la chirurgie et des soins prolongés pour les assurances.
Recension des écrits	Les recommandations de la pratique clinique visent à prévenir les chutes et les blessures et ont montré leur efficacité dans les hôpitaux de soins de courte durée (Olivier et al, 2007). Le problème est leur mise en œuvre dans la pratique (Marshall et al., 2011). Il a été suggéré que plusieurs interventions sont nécessaires pour la mise en œuvre efficace. Des connaissances plus approfondie sont nécessaires pour mettre en place ces recommandations.

	Il existe des rapports contradictoires concernant l'évaluation des risques et les programmes de prévention (Haines et al 2004; William et al 2007; Coussement et al., 2008). Cependant, certains éléments de preuve montrent que les recommandations de pratique clinique avec des interventions multifactorielles ciblés sur les facteurs de risques peut réduire l'incidence des chutes. (Olivier et al., 2007). Les recommandations de pratique clinique peuvent améliorer la qualité des soins en réduisant le nombre de morbidité, de mortalité et accroître la rentabilité mais l'attention doit être accordée aux stratégies de mise en œuvre pour que ce soit efficace. Les compétences, les connaissances et les attitudes des professionnels de la santé peuvent affecter leur motivation dans le processus de mise en œuvre de nouvelles pratiques clinique (AIIAO. 2002) Pour la mise en pratique de ces recommandations, certains suggèrent des séminaires, une éducation,le soutien organisationnel… (Grimshaw., & Russell 1993; Grimshaw et al., 1995) et que ce soit simple à comprendre et à utiliser (Grilli., & Lomas. 1994). Peu d'études ont étudié les influences sur les attitudes des professionnels des programmes de prévention de chutes. Ces connaissances peuvent être utiles dans le développement continu et la mise en œuvre des recommandations de pratique clinique.
Cadre théorique ou conceptuel	Pas nommés, mais par déduction il y a le changement de comportement par rapport à un programme de prévention.
Question de recherche	Quelles sont les expériences des professionnels avec les recommandations de pratique clinique pour prévenir les chutes et les blessures ? Quels sont les obstacles et les ressources pour la mise en œuvre et le respect de ces recommandations?
Méthodes Tradition et devis de recherche	Etude qualitative de type phénoménologique

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Population et contexte	Cette étude a lieu dans un hôpital universitaire suédois. 5 unités ont travaillé avec des recommandations de pratiques clinique. Les unités ont rapporté 160 chutes de 2000-2004. 5 discussions de groupe focus ont été menées, une pour chaque unités, au cours de mars à septembre 2006. Tous les groupes de discussions se sont déroulés dans un salle de conférence, en dehors des services, pour éviter toute perturbation mais que ce soit tout de même un endroit familier aux professionnels qui participent.
	23 sur 32 professionnels invités ont participé. Les groupes de discussion sont composés de 4 médecins, 15 infirmières, 3 physiothérapeutes et un ergothérapeute. Il y avait 4 hommes et 19 femmes. Les personnes participantes devaient avoir travailler au moins 1 an dans le service.
Collecte des données et mesures	Les discussions de groupe sont une méthode efficace pour les attitude et les expériences, encourager la discussion, la spontanéité et les réflexions entre les participants. Les groupes étaient composés de 3 à 6 participants de différentes professions. Un guide semi-structuré a été élaboré pour comprendre les domaines d'intérêts comme les obstacles et les ressources organisationnelles ainsi que le protentiel de travail en fonction des recommandations de pratique clinique. Les discussions ont duré entre 30 et 60 minutes, ensuite il y avait du temps pour la réflexion et les questions. Les conversations ont été retranscrites mots pour mots.
	Dans cette étude, la saturation du contenu a été obtenu après 3 discussions de groupes où peu de nouvelles informations ont été obtenues. Mais deux autres discussions de groupe ont tout de même été fait pout confirmer les résultats émergents.
Déroulement de l'étude	5 discussions de groupe focus ont été menées. L'animateur a toujours commencé les discussions de la même façon ; décrire la façon dont les professionnels travaillent avec les chutes, les blessures liées aux chutes, et l'évaluation du risque de chute. Le guide semi-structuré a été utilisé par l'animateur comme une liste de contrôle.
Rigueur	Les critères de rigeur utilisés dans cette étude étaient la fiabilité (ce qui comprend la crédibilité de l'établissement, la transférabilité, la fiabilité et la vérification). Pour la crédibilité, les discussions ont été menées au même endroit, à la même heure et le même jour de la semaine. Pour la fiabilité, le co-auteur s'est plongé dans les données et les nouvelles interprétations, les idées ont été

	discutées et comparées jusqu'à un accord mutuel de processus de catégorisation. Pour rendre la conclusion compréhensible, il y avait des citations directes. Même si les études ne peuvent pas être généralisées, elles peuvent être transférées théoriquement. Par conséquent, les résultats finaux ont été testés par un groupe d'infirmières de 5 personnes n'ayant pas participé aux discussions préliminaires. Ces infirmières ont confirmé les résultats.
Résultats Traitement des données	L'analyse du contenu manifeste et latent a été utilisé pour identifier les catégories à partir des textes retranscrits. L'analyse du contenu manifeste montre l'évidence dans les données, tandis que l'analyse du contenu latent révèle les significations sous-jacente du texte. Pour l'analyse, le texte a été lu 2 fois puis après codé. Le codage a utilisé des termes proches des déclarations initiales. La compréhension du premier auteur se composait de son expérience d'infirmier où les chutes étaient beaucoup présentes. Pour améliorer la validité et éviter le risque d'interprétation, le second auteur qui n'a pas participé à l'étude, a lu et codé les données. Ces analyses ont ensuite pu être comparées et discutées pour ajuster le système de catégories. Il y a 2 catégories qui ressortent : l'expérience des changements d'évènements et l'influence des facteurs sociaux
Présentation des résultats	**L'expérience des changements des évènements :** Les participants ont décrit en détail sur la façon dont ils ont travaillé avec les problèmes de prévention des chutes et l'évaluation des risques de chutes. Les incidents de chutes et les blessures liées aux chutes, avec conséquences négatives pour le patient et pour les professionnels de la sané, ont augmenté la prise de conscience des risquse et la nécessité des recommandations de pratique clinique. Selon les participants, pour faciliter le respect des recommandations, il est important que les avantages soient évidents. **L'incidence d'une chute et des blessures liées à celle-ci :** Le texte a révèlé que les chutes et les blessures ont lieu fréquemment dans les unités en question. Les infirmiers et les médecins peuvent tout rapporter à des expériences personnelles vécues par rapport aux chutes et aux événements quotidiens de chutes. En ce qui concerne les conséquences négatives liées aux chutes pour les patients et les professionnels, le personnel décrit comme conséquences pour les patients : traumatismes graves, saignements, et fractures de hanche et contusions. Une crainte de représailles et que ce soient signalés. La couverture médiatique des soins a également été connue comme pouvant affecter les actions des professionnels. « Chaque petite chose doit être signalée, et nous pouvons être envoyé en prison pour les choses les plus insignifiantes. Souvent, ça se trouve dans les journaux » (Focus group 2). Le risque de réprimande semble affecté les infirmiers et les médecins, les infirmières disent qu'elles évaluent le risque de chutes chez les patients sans risques, « juste au cas où ». Une charge de travail accrue et le travail vite

	fait a été déclaré comme une autre conséquence pour les professionnels à la mise en place de recommandations de pratique clinique. « Parfois nous essayons de mettre des choses en place quand une personne est à risque de chuter, mais des patients refusent d'utiliser le rollator et tout ce que nous leur donnons. Donc nous prenons soins d'écrire cela dans les transmissions écrites pour ne pas se sentir coupable si quelque chose arrive » (Focus Group 5). « Et bien, en tout cas, si ces personnes tombent, on aura beaucoup plus de travail » (Focus group 2). Les bénéfices de cette expérience : Le texte montre que les conséquences vécues suite à une chute a permis de voir les avanatges des recommandations de pratique clinique. Les participants ont partagés comment ils pensaient que les conséquences négatives avaient été réduites, et remplacées par des résultats positifs depuis l'introduction des recommandations. « Vous devez être en mesure de voir les bénéfices des recommandations, et les blessures liées aux chutes est un bon exemple » (Focus group 1) « L'évaluation des risques en elle-même, diminue l'incidence des chutes » (Focus Group 4). **L'influence des facteurs sociaux :** Les participants ont discuté de l'obligation d'examiner les lois et règlements dans leur prise de décisions. Lorsque 2 recommandations étaient contradictoires, cela a été vécu comme un obstacle car il y avait aussi un enjeu éthique face au patient. Par exemple, la recommandation était de mettre un ceinture de contention au patient, mais les professionnels doivent aussi tenir compte des aspects éthiques et de l'intégrité du patient. « Souvent les lois visant à protéger la sécurité du patient et les lois sur l'intégrité sont contradictoires ». (Focus Group 2) « Il y a tellement de nouvelles lois qui arrivent, en particulier dans les soins, sur des sujets spécifiques. Il y a des directives préparées et vous devez les suivre… » (Focus Group 4). **Ressources organisationnelles** : elles sont importantes pour assurer la mise en œuvre de recommandations de pratique clinique telles qu'un leadership avec des propriétés claires. Il y a aussi comme ressources le personnel soignant, l'environnement ainsi que l'équipement des unités. Comme obstacles, il y avait souvent le manque d'évaluation et de réflexion quant aux résultats des recommandations. Le groupe focus 2 dit qu'il ne faut pas introduire trop de choses à la fois car ça ne rentre pas. Importance d'introduire petit à petit et de se familiariser, pour

	que ça deviennt une routine avant d'avoir des nouveautés à nouveau. « D'autre part, vous avez besoin d'évaluer, et je ne pense pas… que nous évaluons quand ça concerne nos propres choses. Marche-t-ils ou pas ? Mais quand il vient des directeurs, il n'est jamais évalué. Ça doit juste être comme ca » Focus group 4. Le travail en équipe est aussi une ressource pour les recommandations de prévention des chutes car les professionnels peuvent échanger. Les chutes sont souvent discutées au sein de l'équipe et tout le monde a estimé que les compétences de chacun étaient importantes pour être en mesure de réduire le nombre de chutes. Mais les gens qui ne sont pas au travail durant un long moment, comme pendant les vacances d'été, peuvent oublier les nouvelles recommandations et tomber à nouveaux dans les vieilles routines. L'utilisation fréquente de personnel à de faible pourcentage est décrit comme un obstacle à la mise en œuvre réussie ainsi qu'au respect des lignes directrice recommandées. Il y a aussi les routines qui sont un obstacle. « Oui peut être il y a du personnel temporaire qui va venir, et nous avons été déplacé dans un autre service ou nous étions en vacances, et quand nous reviendrons tout sera comme avant sans que ces nouvelles choses aient apportés leurs fruits. Certaines choses vont rester bien sûr, mais beaucoup de nouvelles routines seront oubliées » Focus Group 2. « nous travaillons ensemble, avec un objectif commun qui est le patient. Et il faut faire usage des connaissances de l'autre et des compétences pour que l'objectif puisse être atteint… Autrement dit, il faut montrer un respect mutuel, coopérer, et utiliser le bons sens » Focus group 3. Un environnement adéquat et des équipements fonctionnels facilitent également le respect des recommandations. Les participants à l'étude disent que les installations pas ajustées aux unités et le manque de soutien technique étaient des obstacles qui ont compliqué la capacité de suivre ces recommandations. « Nos installations ne sont pas installées de manière optimale pour faciliter la supervision des patients et le risque de chutes. Exemple, les serviettes de bains… de meilleures installations seraient souhaitables et peut être que le risque de chutes pourrait être diminué » (Focus group 2). **Les ressources individuelles :** Les participants ont soulevé l'importance d'être motivé pour mettre en place des recommandations. Comme par exemple par une personne qui a pour mandat de diriger le processus de mise en œuvre. Être respectueux, avoir des principes éthiques et la responsabilité a été mentionnés comme des caractéristiques personnelles important pour

	influencer sur les attitudes envers les recommandations de pratique clinique. Apprendre par la pratique et apprendre les uns et les autres est une ressource. « Je pense que c'est l'éthique du travail que vous avez. C'est-à-dire, la joie et la fierté que vous prenez de votre travail. Cela fait marche, ou non, le travail » Focus group 1. « la personne qui introduit ça est l'élément moteur et nous devons essayer ça… mais quand l'enjouement part et s'apaise, il n'y a souvent personne pour réalimenter la feu » FG 3 « ça vient avec l'expérience. Nous l'avons créer nous-même. Il est de bon sens que les règles viennent à plusieurs reprises.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Il est évident que l'expérience au cours des évènements était essentiel pour les professionnels pour qu'ils puissent mettre en place ces recommandations de pratique clinique. Ça signifie qu'il y avait un concensus d'expérience clinique chez les professionnels en ce qui concerne les chutes et la prévention du risque de chutes. Le cadre PARiHS concordre avec cette constatation. En effet, l'hypothèse que la mise en œuvre réussie est plus susceptible de se produire lorsque l'expérience clinique et l'expertise sont reflétées de façon critique, pertinentes et les données de recherches. Dans cette étude, les professionnels évaluent les données de recherches pertinentes parce qu'ils avaient fait l'expérience des situations de chutes avec conséquences négatives. Il est important d'examiner si les professionnels de la santé connaissent le problème avant la mise en œuvre des recommandations et s'ils ont déjà vécus une situation de chutes avec conséquences. Si les recommandations de pratique clinique sont mises en place de façon réussie, cela pourrait influencer sur l'observation à long terme de ce programme. Un manque de réflexion critique en raison du problème d'expérience pourrait mettre en danger le concensus de l'expérience clinique de façon à ce qu'il ne soit plus validé comme preuve. ➔ la preuve est une construction sociale qui implique l'expérience clinique, la recherche, les informations concernant le contexte et les préférences des patients. La peur de l'action judiciaire semblait influencer positivement sur le respect et la mise en œuvre des recommandations de pratiques cliniques. La crainte de représailles a contribué à une utilisation plus large des recommandations, c'est-à-dire même sur les patients pas à risque. Ceci est une procédure inutile, sachant que le manque de temps a été identifié comme un obstacle au respect des recommandations. Au contraire, il a également été démontré par d'autres chercheurs que les possibles représailles du personnel soignant suite à une chute peut avoir un effet négatif sur le respect des recommandations. Même si les résultats sont contradictoires, il est évident que la crainte d'une action judiciaire et une préoccupation majeure chez les professionnels et que les connaissances sur les lois et réglementations est un aspect important pour la mise en place de recommandations. La clarter du rôle de leadership est identifier comme important pour la mise en œuvre des recommandations. C'est soutenu par le cadre PARiHS que le leadership

	transformationnel facilitent le récéptivité en créant des rôles clairs, l'efficacité du travail en équipe et la prise de décision de façon démocratique. Les participants ont souligné l'importance de l'évaluation et les retours concernants les résultats des recommandations. Bahtsevani et al, 2004, ont démontré que l'enregistrement minutieux des chutes lors de la mise en œuvre de recommandations permet de comparer l'avant et l'après ➔ il est important d'identifier les indicateurs de qualité dans le processus de développement de recommandations et ça peut être utilisé pour évaluer les résultats. Être motivé et soutenu par une personne qui possède des compétences, les connaissances et qui a le mandat de dirigier le processus est une ressource. La motivation est très importante aussi. Les participants ont aussi dit qu'il était essentiel de travailler en équipe interdisciplinaire pour que les recommandations marchent. Les compétences de chacun apportent une vision globale des chutes
Perspectives	De nouvelles recherches mettant l'accent sur la conformité dans une perspective à long terme est nécessaire. Il est important de garder à l'esprit que cette étude reflète uniquement la vision des professionnels de la santé pour les recommandations de la prévention des chutes. Les résultats pourraient être transférables à l'utilisation des recommandations en générale, mais cette démarche doit être évaluée.
Questions générales Présentation	Bonne présentation de cette étude, article bien écrit, bonne méthodologie liée à l'étude qualitative. Les résultats sont présentés de manière claires, sous forme de catégories.
Evaluation globale	Les informations sont pertientes. Il y a aussi beaucoup de ressources et d'obstacles nommés, ce qui aide pour répondre à la question de recherche du travail de bachelor.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Références de l'article analysé :

Stenberg, M., & Wann-Hansson, C. (2010). Health Care Professionnals' Attitudes and Complicance to Clinical Practice Guidelines to Prevent Falls and Fall Injuries. *Worldviews on Evidence-Based Nursing, 8*(2), 87-95.

Aspects du rapport	**Questions**	**Oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre permet de comprendre le but de l'étude de façon simple. Il parle des comportements et de la compliance du personnel soignant dans la mise en place de recommandations pour la prévention des chutes et les blessures liées aux chutes.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Il est rédiger de manière claire, sous forme de catégories (contexte, le but, la méthode, les résultats, et la conclusion).
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Le problème de la chute est définie, et le but de l'étude est mentionné comme d'étudier l'influence du comportement des soignants dans la mise en place de recommandations pour prévenir les chutes et les blessures liées à celles-ci.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Plusieurs études mentionnent que les recommandations permettent d'améliorer la qualité des soins et de réduire le nombre de chutes et de conséquences négatives. Certains auteurs nomment aussi que les connaissances, les compétences ainsi que la motivation influence le respect de recommandations. Et peu d'études ont été menées sur l'influence du comportement des professionnels dans

					la mise en place de recommandations de pratique clinique pour la prévention des chutes.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?			X	Par déduction, il y a le changement de comportement dans la prévention des chutes.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			Il y a deux questions de recherches : - Quelles sont les expériences des professionnels avec les recommandations de pratique clinique pour prévenir les chutes et les blessures ? - Quels sont les obstacles et les ressources pour la mise en œuvre et le respect de ces recommandations?
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Ils mentionnent qu'il y a peu d'études qui ont été menées sur ce phénomène et qu'il est important de le faire pour comprendre pourquoi ces recommandations, alors qu'elles sont basées sur les preuves, ne foncitonnent pas.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ? -Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?	X			Le devis de recherche est nommé dans le résumé. La récolte de données se fait sous forme de discussions de 3 à 6 professionnels de la santé avec un animateur. Ils peuvent donc s'exprimer librement et parler de leur ressenti. Le temps passé sur le terrain est de 30-60 minutes lors de chaque discussions. Parfois le temps manquait pour qu'il puisse y avoir une réflexion de la part des

Rapport-Gratuit.com

					professionnels. 5 discussions de mars à septembre 2006.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			L'étude se déroule dans un hôpital univeristaire Suédois. 5 unités de soins ont travaillé avec des recommandations de pratiques cliniques, 5 discussions de groupe focus ont été menées dans une salle de conférence en dehors du service. L'échantillon se compose de 23 professionnels (4 médecins, 15 infirmières, 3 physiothérapeutes et un ergothérapeute. 4 hommes et 19 femmes). Les groupes de discussion étaient composés de 3 à 6 participants de différentes professions.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?	X			La saturation du contenu a été obtenu après 3 discussions de groupe où peu de nouvelles informations étaient obtenues. Les deux autres discussions de groupe ont tout de même pu confirmer les résultats déjà obtenus.
Aspects du rapport	**Questions**	**Oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Ce sont des discussions de groupe de 30 à 60 minutes entre professionnels.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Le phénomène étudié se trouve être les professionnels de la santé dans la mise en œuvre de recommandations pour éviter les chutes. Les participants disent les obstacles qu'ils rencontre ainsi que les ressources qu'ils ont, et peuvent écouter les ressentis des autres professionnels lors des discussions pour créer une réflexion. Ça correspond parfaitement aux questions de recherche. Les

					instruments de collectes de données semblent également adaptés, puisqu'ils permettent aux professionnels de mentionner leur difficultés, leurs ressources et leurs expériences avec ce type de programme pour éviter les chutes.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui la procédure de recherche est décrite dans tout le « chapitre » de la méthode. Oui, les participants ont reçu des informationss écrite sur l'étude. Les participants sont des volontaires et les données sont confidentielles. Il y a eu un consentement écrit et l'étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche de la faculté de santé à l'Université Malmo de Suède.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Le critère de rigeur de cette étude était la fiabilité, qui comprend la crédibilité de l'établissement, la transférabilité, la fiabilité et la vérification. Les discussions ont été menées au même endroit, à la même heure et le même jour de la semaine. Pour la fiabilité, un co-auteur a analysés les données, les idées ont été comparées et discutées jusqu'à un accord mutuel entre co-auteur et auteur. Même si les études ne peuvent pas être généralisées, elles peuvent être transférées théoriquement. ➔ les résultats finaux ont été testé par un groupe d'infirmières de 5 personnes qui n'a pas participé aux discussions préliminaires, et ce groupe a confirmé les résultats.
Résultats Traitement des	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Le chapitre « Data Analysis » décrit le traitement des données de manière claires.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

données					
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, les résultats sont formulés de manières claires. Plusieurs catégories les nommes ; les connaissances de la formation des évènements, l'incidence d'une chute et les blessures liées à cette chute, l'influence des facteurs sociaux ainsi que les ressources individuelles
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?				Les résultats sont interprétés à partir des recherches antérieures présentées notamment dans l'introduction. Les liens sont développés dans la discussion. Les résultats sont en revanche pas interprétés à partir d'une approche philosophique vu que celle-ci n'est pas décrite. Les chercheurs ont sembe-t-il utilisé une approche de promotion de la santé mais c'est pas dit dans le texte.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Oui, la question de généralisation des conclusions apparaît dans l'étude dans le chapitre conclusion. L'étude confirme que la mise en œuvre de recommandations dans la pratique clinique est complexe. L'étude a montré une forte relation entre l'expérience des soignants en rapport avec les chutes, avec des conséquences négatives et une attitude positive dans la mise en place des recommandations. Les facteurs importants pour surmonter les obstacles sont un leadership clair et soutenant l'équipe, une évaluation systématique des résultats des recommandations.

	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, certaines discussions ont duré moins d'une heure et il y a un risque que les pensées sous-jacentes ne soient pas atteintes, les discussions plus longues auraient pu entraîner des réfexions plus poussées. Mais les participants se sont exprimés de manière franche sur la question et ont exprimé leurs opinons qu'ils ne peuvent pas dire lors du travail. Un désavantage des discussions est qu'une personne peut prendre toute la place, elle peut dominer le reste du groupe, mais dans cette étude cela ne s'est pas fait ressentir. Il y avait une domination entre profession (infirmières et médecins semblaient plus touchés par cette problématique que les autres)
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			De nouvelles recherches mettant l'accent sur la conformité dans une perspective à long terme est nécessaire. Il est important de garder à l'esprit que cette étude reflète uniquement le vision des professionnels de la santé pour les recommandations de la prévention des chutes. Les résultats pourraient être transférables à l'utilisation des recommandations en général, mais cette démarche doit être évaluée.
Aspects du rapport	**Questions**	**Oui**	**Non***	**Peu clair***	***Commentaires**
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Article bien écrit, résultats détaillés en différentes catégories. Mais dans l'introduction, le cadre conceptuel n'est pas expliqué.

Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés mais peuvent être transférés théoriquement.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Koh, S.-S., Manias, E., Hutchinson, A.-M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMH Health Services Research, 8*. doi : 10.1186/1472-6963-8-105
Résumé	**Contexte :** Les théories cognitivo-comportementales indiquent que l'analyse des obstacles au changement est utile et permet d'influencer la pratique professionnelle. Le but de cette étude est d'évaluer les obstacles perçus dans le changement de la pratique chez les infirmières en suscitant leurs opinions sur les barrières et ressources, en mettant en place un guide de pratique clinique sur la prévention des chutes dans 5 hôpitaux de soins aigus de Singapour. **Méthode :** Les infirmières ont été interrogées afin d'identifier leurs perceptions concernant les barrières à introduire un guide de pratique clinique dans leur milieu professionnel. Les questions ont été posées selon le questionnaire validé « outil d'évaluation des obstacles et facteurs protecteurs » donné aux infirmières (n=1830) travaillant dans les unités de médecine, chirurgie et gériatrie dans les 5 hôpitaux de soins aigus de Singapour. **Résultats :** Un taux de 80.2% de réponse a été atteint. Les plus grands obstacles à la mise en place d'un guide de pratique clinique ont été ; les connaissances et la motivation, la disponibilité du personnel, l'accès aux établissements, l'état de santé du patient et la formation du personnel et du patient. **Conclusion :** De nombreuses barrières à l'utilisation d'un guide de pratique clinique pour la prévention des chutes, ont été identifiées. Cette étude a posé les bases pour les futures recherches dans la mise en œuvre d'un guide pratique clinique à Singapour, en identifiant les obstacles à changer dans les hôpitaux de soins aigus.
Introduction Enoncé du problème	Les soins aux patients et les résultats de soins pourraient être améliorés si les connaissances acquises sur la recherche en santé étaient mieux transmises dans la pratique. Le besoin de prouvé l'efficacité clinique des soins est reconnu, les connaissances en recherche ont été influencées par la pratique. Les obstacles à la mise en place de la recherche dans les soins existent à plusieurs niveaux incluant le praticien, l'équipe clinique, la mise en pratique et le contexte organisationnel.
Recension des écrits	Dans cette étude, l'écart entre la pratique et la recherche a été exploré et a conclu que les professionnels n'ont pas le temps ou les compétences pour évaluer les articles (Davies, 2002). Cela a également été confirmé dans de nombreuses autres études qui ont mis en évidence les barrières à l'utilisation de la recherche comme par exemple le manque de temps, de sensibilisation à la documentation disponible, de soutien à la mise en place de résultats de

	recherche, etc. (Closs et al., 1994; Hutchinson et al., 2004; Funk et al., 1991; Hunt, 1996; Bryar et al., 2003). Ces résultats ont permis de faire émerger des outils afin de faciliter l'application des résultats de recherche: les recommandations (de guide de bonnes pratiques) telles que d'avoir des compétences en évaluation critique et de supprimer l'obligation d'interpréter les grandes études scientifiques (Slutsky, 2005). L'institut de médecine (1992) définit les guidelines comme un développement continuel des pratiques dans le but d'aider les praticiens et les patients à prendre des décisions de soins de santé dans des circonstances cliniques spécifiques. Leur application réduit la variation inappropriée dans la pratique, fournit des instructions cliniques dans le but d'améliorer la sécurité des patients et de leurs résultats et permet de promouvoir des soins rentables et de qualité (Eccles et a., 2004; Grimshaw et al., 1993; Grimshaw et al., 1995; Grol et al., 2001; Woolf et al., 1999). Malgré cela, les guidelines ont un effet limité sur le changement de comportement et les pratiques professionnelles (Lomas et al., 1989; Kanouse et al., 1989; Woolf et al., 1993; Hayward, 1997). La plupart des études concernant la mise en place de guidelines portaient sur le changement de performance des médecins et seulement une minorité se ciblait sur les infirmières ou autres professionnels de la santé (Grimshaw et al., 2004; Thomas et al., 2004). Les résultats de nombreuses études concluent que la diffusion passive de guidelines n'est pas suffisante pour apporter un changement de comportement et de pratique clinique (Grimshaw et al., 1993; Grimshaw et al., 1995; Bero et al., 1998). Cependant, peu de preuves existent concernant les interventions à utiliser pour des problèmes spécifiques (Grimshaw et al., 2001; Oxman et al., 1995). Grimshaw et al. (2004) dans leur dernière étude disent que les interventions multiples ne sont pas plus efficaces qu'une intervention seule. Cependant, ils disent qu'il est possible que les interventions multiples basées sur une évaluation précise des obstacles de la mise en place de guidelines, peuvent être plus efficaces qu'une intervention seule. Il n'y a, cependant, pas assez de recherche sur les stratégies de mise en place de guidelines dans les hôpitaux. Les théories du changement suggèrent qu'une analyse et compréhension des facteurs influençant le changement de comportement, peuvent être utiles afin d'adapter la mise en place de guidelines (Cheater et al., 1997; Grol, 1997; Wensing et al., 1999; McCormack et al., 2002; Rycroft-Malone et al., 2004; Oxman et al., 2001). Il est reconnu que la mise en place de stratégies exige de la créativité et non pas seulement la compréhension des obstacles au changement (Cheater et al., 1997; Oxman et al., 2001). Cependant, il y a un manque de preuves pour soutenir une théorie dans le développement de stratégies visant à influencer le changement dans la pratique des soins infirmiers. Selon le centre NHS des avis et disséminations (1999), la mise en place de stratégies doit être adaptée au contexte local. Cela est renforcé par le développement de l'action visant à promouvoir la mise en œuvre de recherche de

	service de santé (PARIHS) (Rycroft-Malone, 2004; Kitson et al., 1998; Rycroft-Malone et al., 2002; Harvey et al., 2002; Rycroft-Malone et al., 2004) qui proposait que l'implémentation est réussie lorsque la preuve est solide. Le contexte est réceptif au changement avec des cultures sympathiques, un leadership solide, des systèmes de surveillance appropriés, et lorsqu'il y a de la facilité au changement (Rycroft-Malone, 2004). Cependant l'efficacité et l'utilité cadre pour faciliter la mise en place de guidelines, nécessitent d'être validées par d'autres recherches. Grol (1997), Grol et Grimshaw (1999) suggèrent que dans la conception de mise en place d'une stratégie de changement de comportement efficace, il est nécessaire de cibler les besoins locaux, obstacles et ressources. Ceux-ci peuvent inclure à la fois des facteurs structurels et comportementaux et les interventions appropriées pourraient être ciblées à la fois à la structure et au processus de soins. De nombreuses études ont montrés, que les obstacles potentiels et les ressources au changement pouvaient se situer à 6 niveaux différents (Closs et al., 1994; Grol et al., 2004; Grol et al., 2003): 1) l'innovation (faisabilité, accessibilité) 2) le professionnel en soi (connaissances, compétences, attitudes, habitudes) 3) le patient (connaissances, compliance) 4) le contexte social (collègues, autorité) 5) le contexte organisationnel (ressources disponibles, climat organisationnel, structure) 6) contexte économique et politique (arrangements financiers, réglementation, politiques) Ces facteurs soutiennent les professionnels de la santé à adopter et respecter les protocoles mis au point par les guidelines cliniques. Des études récentes sur la mise en place de guidelines sur la prévention des chutes ont intégré des interventions multiples ciblées dans leur programme de prévention des chutes (Fonda et al., 2006; Helm et al., 2006; Semin-Goosens et al., 2003). Suite aux échecs de deux études basées sur un modèle, la compréhension des barrières locales et l'emploi de stratégies multiples adaptées localement sont fondamentales pour le succès de l'implémentation. Ceci étant, la recherche sur la mise en place de guide de bonnes pratiques sur la prévention des chutes est inexistante à Singapour.

	Le Ministère de la santé, Singapour, les soins infirmiers de « prévention des chutes dans les hôpitaux et les établissements de soins de longue durée » ont été développés par les forces d'interventions du Ministère de la santé. Depuis 2003, le Ministère de la santé a employé un comité de travail pour développer les soins infirmiers, qui sont ensuite diffusés dans les hôpitaux de Singapour. Cependant, les mécanismes appropriés pour promouvoir le transfert et l'utilisation des connaissances afin de changer la pratique ne sont pas claires car le Ministère de la santé n'a pas donné d'orientation sur comment intégrer les bonnes pratiques et promouvoir leur utilisation. L'identification des perceptions infirmières des obstacles à l'implémentation d'un programme de prévention des chutes à Singapour, va aider la sélection des stratégies les plus appropriées localement. Cela en vue de changer la pratique infirmière et réduire le fardeau des chutes. L'incidence des chutes dans les hôpitaux de Singapour est bas, entre 0.68 et 1.44 patients pour 1000 jours (Koh et al., 2007), comparément aux études internationales conduites aux USA, aux Royaumes-Unis et en Australie, qui sont entre 2 et 12 patients pour 1000 jour (Lane, 1999; Poe et al., 2005; Morse, 1996). Malgré ces taux bas, les taux de blessures liées aux chutes étaient élevés à Singapour, entre 24.4 et 71.7% par rapport au niveau international qui étaient entre 5 et 10% (Gryfe et al., 1977; Robertson et al., 1993). Dans une étude récente menée en Taiwan, Chen et al. (2002) ont souligné que la proportion de blessures associées aux chutes est beaucoup plus élevée dans les pays asiatiques qu'à l'étranger. La raison réside peut-être dans la culture de l'information en Asie. De nombreuses chutes ne sont pas signalées par les patients lorsqu'il n'y pas de blessures associées, parce qu'ils jugent que la chute a été sans incident.
Cadre théorique ou conceptuel	La théorie cognitivo-comportementale.
Question de recherche	Le but de cette étude était de mieux comprendre les barrières perçues à la mise en place de soins infirmiers de prévention des chutes dans les hôpitaux de Singapour. Cette étude a été réalisée dans le cadre d'une étude plus vaste, qui avait pour but de développer la mise en place de stratégies aux multiples facettes ciblant les obstacles perçus, afin d'implémenter efficacement ce guide de bonnes pratiques, pour faciliter le changement de la pratique infirmière et de réduire le fardeau des chutes dans les hôpitaux de soins aigus de Singapour. La question de recherche formulée d'après le but serait « Quelles sont les barrières perçues par les infirmières à la mise en place de soins de prévention des chutes dans les hôpitaux de Singapour ? ».
Méthodes Tradition et	Devis qualitatif. La tradition de recherche semble correspondre au devis. Il s'agit d'une théorisation ancrée à partir de questionnaires administrés dans le but de comprendre et mesurer les barrières et ressources pour améliorer les

devis de recherche	soins aux patients, ainsi que l'identification des barrières perçues au changement par des infirmiers et des médecins.
Population et contexte	**Echantillon** Toute l'équipe infirmière (n=1830) travaillant dans l'unité de médecine, chirurgie et gériatrie (n=6) dans les hôpitaux de l'étude durant les 4 semaines de la distribution de l'enquête, ils étaient invités à y répondre durant ce délai. Ces domaines ont été choisis car ils représentaient la majorité des paramètres cliniques des hôpitaux. **Contexte** Tous les hôpitaux de soins aigus généraux à Singapour (n=5) ont été intégrés dans l'étude. Tous les hôpitaux étaient des soins aigus tertiaires avec des installations d'enseignement avec une capacité d'accueil de 1000 lits. Ces 5 hôpitaux avaient des caractéristiques similaires aux services cliniques fournis, du type de patients et du nombre de lits pour la force des soins infirmiers.
Collecte des données et mesures	L'enquête a été menée grâce à un questionnaire. Le questionnaire validé, intitulé « outil d'évaluation des barrières et des ressources » développé par Peters, Harmsen, Laurant & Wensing, et conçu pour obtenir la perception des barrières à l'intégration de soins infirmiers de prévention des chutes dans la pratique, a été administré. Les qualités psychométriques, notamment la réponse et la gamme de l'article, avaient été mesurées par les créateurs de l'outil. La première partie de l'outil consistait à évaluer la variété des possibles barrières et des ressources d'une mise en œuvre générale d'une « directive ou innovation ». La seconde partie de l'outil consistait à identifier les obstacles et ressources d'une mise en place spécifique d'une « directive ou innovation » dans la pratique. Comme recommandé par l'auteur de l'outil, 6 questions ont été reformulées pour répondre à la ligne directrice spécifique employé dans l'étude, en particulier, les mots « directive ou innovation » dans le questionnaire original ont été remplacés par les mots « Prévention des chutes CPG ». 6 questions qui n'étaient pas pertinentes dans le cadre de la mise en place des moyens de prévention des chutes CPG à Singapour ont été retirées de l'outil. Un total de 21 items est resté. Ce questionnaire comprend deux sections. La première contient les 21 items mis dans un ordre au hasard à partir de « l'outil d'évaluation des barrières et ressources ». Les participants devaient évaluer, avec une échelle de Likert à 5 points allant de « entièrement d'accord » ce qui correspond à un score de 5, à « entièrement en désaccord », ce qui correspond à un score de 1. Les scores étaient relatifs à la mesure dans laquelle ils pensaient que chaque élément étaient une barrière à la mise en place dans la pratique de soins de prévention CPG. Les items étaient groupés en 4 catégories : 1) les caractéristiques d'innovation, 2) les

	caractéristiques des soignants, 3) les caractéristiques des patients et 4) les caractéristiques du contexte organisationnel, social, politique et sociétal. La section deux du questionnaire comportait des séries de questions démographiques. Avant la distribution, le questionnaire a été pré-testé pour la compréhension de la formulation des questions et la pertinence du contexte de soins de santé de Singapour, et pour parvenir à des estimations du temps nécessaire pour compléter le questionnaire. Il a été administré à 5 infirmières cheffes et 5 infirmières cliniciennes qui ne travaillaient pas dans les hôpitaux où a eu lieu l'étude. Sur la base des recommandations des participantes, quelques retouches mineures ont été entreprises des questions sur les barrières démographiques.
Déroulement de l'étude	L'administration des questionnaires a eu lieu sur une période de 3 mois de septembre à novembre 2005 pour les 5 hôpitaux participants. Un total de 1830 questionnaires (250 hôpital A, 320 B, 360 C, 450 D et 450 E) ont été distribués. Les questionnaires étaient placés dans des enveloppes adressées personnellement le long d'une lettre explicative d'invitation. Pour faciliter la distribution, les enveloppes ont été remises en mains propres par l'un des chercheurs ou par un collaborateur de la recherche de l'hôpital aux infirmières cheffes de chaque établissement. Elles ont ensuite accepté la responsabilité de les distribuer à toutes les infirmières dans leurs domaines respectifs. Le questionnaire prenait approximativement 15 minutes à compléter. Les participants étaient invités à le retourner rempli dans la boîte « retour » prévue à cet effet qui a été fournie dans chaque unité. Un délai de 4 semaines a été autorisés à partir du jour de la distribution jusqu'à la récupération. La semaine avant la date d'échéance, un email a été envoyé aux infirmières cheffes pour rappeler à tous les professionnels de l'approche de la date de restitution du questionnaire. **Ethique** Cette étude a été approuvée par « le groupe consultatif sur l'éthique de la recherche humaine de l'Université de Melbourne » et par le comité des 5 hôpitaux participants. L'utilisation de « l'outil d'évaluation des barrières et des ressources » était volontaire. Le consentement à participer a été impliqué avec le retour du questionnaire rempli et les questionnaires étaient remplis de façon anonyme. Pour éviter le contraire, après la répartition des questionnaires, les infirmières étaient invitées à le remplir volontairement et le placez anonymement dans la boîte « retour » à tout moment dans le délai d'étude. Quelle que soit leur décision au sujet de la participation, les soignants ont également été assurés que leur place de travail au sein de l'organisation ne serait en aucun cas affecté.
Rigueur	Cet article est très bien présenté. Le résumé contient tous les éléments nécessaires à la bonne compréhension de l'article avec de plus les parties les plus importantes. Ils ont une méthode rigoureuse avec un intitulé de chaque

	chapitre et sous-chapitre important dans une étude. L'instrument de collecte de donnée est un outil validé. Cependant, on ne sait pas quelles questions ont été clairement posées.
Résultats Traitement des données	Les données ont été saisies et analysées en utilisant la version SPSS 11.0 (SPSS Inc, Chicago Il, USA). Les fréquences et statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques démographiques des participants. Les fréquences décrites comme des pourcentages de réponses, et des données descriptives ont reportés que des moyens ont été utilisés pour analyser les questions de « l'outil d'évaluation des barrières et des ressources ».
Présentation des résultats	**Démographique** Un total de 1467 infirmières a retourné les questionnaires (80.2% taux de réponse). Le tableau 2 montre les caractéristiques démographiques pour les 5 hôpitaux de Singapour. L'âge moyen des participants étaient de 29.5 ans (18-62 ans), tandis que la moyenne d'années d'expérience en tant qu'infirmière était de 7.6 ans (0.08-40 ans). Environ 34% (502) ont une expérience dans la recherche. Les caractéristiques démographiques des infirmières participantes étaient stables dans les 5 hôpitaux de soins aigus de Singapour. <u>Les barrières à la mise en place de guidelines (bonnes pratiques)</u> Les caractéristiques des items perçus par les infirmières comme les obstacles à la mise en œuvre de soins infirmiers de prévention de chutes CPG dans la pratique, sont résumés dans le tableau 3. Les barrières d'implémentation de guidelines étaient identifiées à partir du pourcentage combiné de réponses « désaccord » et « totalement en désaccord » aux questions positives et le pourcentage combiné de réponses « d'accord » et « totalement d'accord » aux questions négatives. Sur les 21 questions, 16 éléments caractéristiques/barrières ont été identifiées. Dans l'ensemble, l'analyse a montré que les plus grands obstacles à l'introduction de soins de prévention CPG signalés dans 5 hôpitaux de soins aigus à Singapour étaient : 1) connaissances et motivation (82.4%) 2) la disponibilité du personnel de soutien (77.8%) 3) l'accès aux installations (73.3%) 4) l'état de santé du patient (55.7%) et 5) la formation du personnel (49.4%). Ces 5 principaux obstacles identifiés par les participants étaient cohérents dans l'ensemble des hôpitaux. Les « connaissances et motivation », « la disponibilité du personnel de soutien » et « l'accès aux installations » étaient dans les trois principaux obstacles nommés par les infirmières dans chacun des 5 hôpitaux. La formation était dans les 5 barrières principales nommées par les infirmières dans 4 hôpitaux. Dans deux hôpitaux, la culture était dans les 5 principaux obstacles identifiés. Les catégorisations suivantes ont été identifiées à partir du questionnaire d'origine. Deux des 5 principaux obstacles identifiés « les connaissances et motivation » et la « formation du personnel » ont

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

	été considérées comme caractéristiques « des prestataires de soins ». La « disponibilité du personnel de soutien » le manque d'une infirmière spécialisée en chute, et « l'accès aux installations » comme le manque de ressource ou d'équipement, pour les alarmes de lit par exemple, ont été classée comme « contexte » des barrières, tandis que « l'état de santé des patients » était représenté comme un facteur relié aux caractéristiques « patients ». Le leadership (4.4%), l'avantage didactique (3.8%) et l'attractivité des guidelines (6.9%) sont tous considérés comme des caractéristiques « d'innovation » et ne sont pas perçus comme des obstacles majeurs.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Cette étude est la première à présenter un examen du contexte singapourien, dans lequel la mise en place de guidelines peut être influencée par une compréhension des obstacles locaux au changement dans les hôpitaux afin de cibler les stratégies au niveau local. Les avocats d'une approche fondée sur des preuves à l'orientation mise en place disent qu'il faut comprendre les besoins du groupe ciblé, du contexte, des ressources et barrières au changement. Il y a une expansion de la recherche et une grande importance accordée à la pratique basée sur des preuves. Dans le contexte de Singapour où la majorité des infirmières (65%) ont été formées à l'institut technique et ne possèdent qu'un diplôme en sciences infirmières de l'école polytechnique. Dans cette école, les infirmières n'ont pas été formées à la recherche ni à la pratique basée sur des guidelines. La recherche est donc difficile pour les soignants. Une revue systématique de littérature sur l'identification des barrières à appliquer des guidelines a trouvé des résultats similaires à ceux de cette étude. Les caractéristiques des soignants, en particulier les connaissances, ont été signalées dans 38% des enquêtes comme étant une barrière élevée. Les résultats de cette étude sont également similaires à ceux de Peters et al. dans 3 études qui ont rapportés que les connaissances et la motivation étaient des obstacles perçus au changement. Des connaissances appropriées et des attitudes sont nécessaires, mais pas suffisante pour respecter les guides de bonnes pratiques. Les praticiens peuvent encore rencontrer des obstacles à l'adoption des recommandations de bonnes pratiques clinique en raison de la directive elle-même, le patient ou les facteurs sociaux/environnementaux. En outre, le respect des directives peut nécessiter des changements qui sont au-delà du contrôle du praticien, comme l'acquisition de ressources ou d'installations. Ceci est clairement un domaine difficile que les hôpitaux ont besoin d'explorer compte tenu de leurs budgets serrés et des restrictions aux ressources supplémentaires. Les facteurs contextuels (ex. le manque d'équipements ou installations, de personnel, de leaders) ont été décrit par les participants comme étant des barrières à l'étude de Cabana et al. qui étaient en accord avec les caractéristiques du contexte identifiées dans notre étude. Cette étude a révélé que 73.3% des participants perçoivent le manque d'installations et d'équipements tels que des alarmes de lit, comme étant des barrières à la mise en œuvre des

	guidelines. Actuellement à Singapour, les lignes directrices du Ministère de la santé sont simplement diffusées aux infirmières à travers la distribution des services hospitaliers en conjonction avec un seul « show-road » pour les informer de la publication. 77% des participants ont déclaré que « la disponibilité du personnel de soutien » comme un obstacle à la mise en place de lignes directrices. Ces résultats sont en cohérence avec les études internationales où les perceptions des médecins étaient similaires, ils ont aussi identifiés l'absence du personnel de soutien comme étant un obstacle au changement. Le leadership est primordial dans la mise en place efficace de guidelines. Seul 4.4% des infirmières le perçoivent comme un obstacle. L'incapacité de concilier les caractéristiques du patient (état de santé et origine ethnique) avec les recommandations de bonnes pratiques a également été identifiée comme un obstacle et ces résultats correspondent à ceux d'autres études. Cela pourrait être expliqué par le contexte multiculturel de Singapour où les infirmières trouvent les différences culturelles difficiles à la mise en place de certaines recommandations, comme le manque d'interprètes pour informer les patients sur les risques de chutes. Il est encourageant de noter que les caractéristiques « d'innovation » ne sont pas perçues comme des barrières à la mise en place de guidelines. La plupart des infirmières, au contraire, croient en l'innovation et les preuves scientifiques. Ces résultats sont semblables à ceux de Peters et al. dans une étude portant sur les perceptions des sages-femmes. L'explication possible de ce résultat, serait que le programme de prévention des chutes CPG a été adapté localement par le Ministère de la santé, le rendant pertinent et adapté au contexte de Singapour. Les théories de gestion du changement sont instructives lorsqu'elles mettent en œuvre des stratégies visant à faciliter le changement dans la pratique. Il n'y a pas de théorie unique qui domine le changement de comportement et beaucoup de concepts se chevauchent dans les différentes théories. Cependant, le changement de théories est utile pour expliquer le comportement et la tendance des infirmières à changer la pratique suite à la mise en place de soins de prévention des chutes dans les hôpitaux de Singapour. Le contexte environnemental dans lequel les infirmières exercent, est un facteur déterminant de l'adoption de bonnes pratiques pour faciliter un changement dans la pratique. La théorie comportementale basée sur le conditionnement et le contrôle du comportement, souligne l'importance du contexte environnemental, ce qui suggère que des facteurs environnementaux et des ressources sont essentiels pour encourager et maintenir un comportement. Les principales stratégies utilisées dans cette étude, conformément aux stimulis que décrit Skinner, ont été ;

	- réévaluer la performance et fournir des transmissions aux soignants - donner des rappels - donner des mesures de sanction institutionnelle et incitative telle que la politique interne relative aux actions spécifiques. Les supports environnementaux et organisationnels, qui ont permis de renforcer l'utilisation des soins de prévention, ont fonctionné à deux niveaux dans les hôpitaux de soins aigus à Singapour. Sur le plan clinique, des stratégies ont été intégrées dans le processus de soins de prévention, ont été trouvées pour fournir un soutien environnemental important pour le changement. Le soutien organisationnel pour la mise en place de guidelines telles que la révision de la politique pour se conformer aux normes de la prévention des chutes et de l'accréditation, étaient des stimuli importants pour le changement dans la pratique. Il a été suggéré que la disposition d'un tel soutien environnemental et organisationnel, peut aider à construire des attitudes positives chez les soignants, ce qui renforce la conduite au changement. La théorie de l'influence sociale met l'accent sur le rôle des autres dans la prise de décision sur le comportement, suppose que des facteurs tels que les traditions, les habitudes, les croyances des pairs et des pratiques en vigueur et les normes sociales forment le changement de pratique. La théorie de l'influence sociale peut aider à élargir notre compréhension des processus sociaux qui influent sur la réussite de la mise en place des guidelines. Les stratégies visant à promouvoir le changement de comportement par l'influence social, y compris l'utilisation des ressources du changement et des séances d'informations ont été montrées comme étant efficaces et ont été utilisées dans la présente étude. Les opinions des pairs et le changement jouent un rôle majeur en influençant les attitudes des soignants et surtout, leurs décisions pour changer la pratique. La valeur de cette approche réside dans l'accent mis sur la communication professionnelle, de sorte que les soignants se cherchent constamment les uns les autres pour le soutien, l'approbation, des modèles d'informations et pour des transmissions. Collectivement, ces théories ont été utiles pour guider le développement des interventions à multiples facettes afin de cibler les barrières au changement, promouvoir le changement de comportement clinique et finalement, pour améliorer les soins et résultats de soins aux patients. Guidées par les théories du changement de la pratique, les stratégies de mise en œuvre ciblées perçues comme des obstacles d'introduction de bonnes pratiques, ont été identifiées dans la présente étude. Les interventions comprenaient : la conduite de soins de sessions éducatives, la facilité et du soutien des personnes ressources, l'allocation des ressources et de l'équipement, révision de la politique hospitalière de prévention des chutes, des rappels et des systèmes d'identification, la vérification et les transmissions.

	Les limites de l'étude Les biais associés à la méthode d'auto-évaluation du rapport soulèvent des questions sur la mesure dans laquelle les réponses représentent précisément les expériences réelles des obstacles au changement des infirmières. Autrement dit, les infirmières peuvent avoir signalés les réponses comme « socialement acceptable » au moment de remplir le questionnaire. L'enquête écrite aurait pu exclure d'autres réponses ou éléments qui ont été perçus par les infirmières comme étant des barrières au changement. En plus, il y avait peu de tests psychométriques de l'outil révisé, étant donné que 6 questions ont été enlevées et 6 autres reformulées pour répondre aux bonnes pratiques. Les questions reformulées ont été mises à l'essai pour la compréhension et la pertinence dans le contexte de Singapour, mais n'ont pas subi de tests psychométriques.
Perspectives	Les résultats de l'étude serviront à l'élaboration de stratégies de mise en place visant les obstacles au changement, afin de faciliter le rôle du Ministère de la santé d'assurer la mise en place effective des soins de prévention et d'adopter des pratiques fondées sur des données probantes. Les obstacles les plus fréquemment cités par les infirmières étaient liés aux caractéristiques des soignants et au contexte dans lequel la pratique a lieu. Ils sont probants car ils sont similaires aux résultats d'autres études internationales.
Questions générales Présentation	Cet article était bien présenté. Chaque partie (introduction, méthode, résultats, etc.) était clairement définie avec chaque fois des items qui contiennent les informations nécessaires à la compréhension.
Evaluation globale	Article pertinent avec des résultats correspondant à d'autres études menées au niveau international. Bonne présentation.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). Fondements et étapes du processus de recherche. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Références de l'article analysé : Koh, S.-S., Manias, E., Hutchinson, A.-M., Donath, S., & Johnston, L. (2008). Nurses' perceived barriers to the implementation of a Fall Prevention Clinical Practice Guideline in Singapore hospitals. *BMH Health Services Research, 8*. doi : 10.1186/1472-6963-8-105					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre « les obstacles perçu par les infirmières à la mise en œuvre d'un guide de pratique clinique sur la prévention des chutes dans les hôpitaux de Singapour » est très clair. Il permet de cerner le problème de recherche. En effet, on y comprend qu'il y a des barrières de la part des soignants quant à la mise en place d'interventions de prévention des chutes. Ce titre permet au lecteur de comprendre que l'étude va s'intéresser à ce qui empêche les infirmières à appliquer ces pratiques.
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Chaque partie de la cherche y est résumée. On y trouve le contexte qui présente la problématique, le but, le cadre théorique utilisé et le lieu où l'étude a été menée. Il y a la méthode où l'outil de recueil de données y est brièvement présenté, le nombre de participants et les lieux spécifiques de pratiques professionnels y sont également annoncés. Les résultats présentant les plus grands obstacles à la mise en place d'un guide de pratique clinique. Et finalement, la conclusion qui décrit en quelques mots ce que l'étude a identifié.
Introduction Enoncé du	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?		X		La problématique n'est pas clairement définie dans cette étude. Il faut lire l'entier de l'introduction pour comprendre où les chercheurs veulent en venir. On

problème					comprend qu'il y a des barrières de la part des infirmiers à mettre en place de soins de prévention des chutes, et c'est ce que les auteurs cherchent à comprendre, mais le problème n'est pas clairement énoncé. On comprend aussi qu'une autre problématique existe à Singapour, qui est surtout le taux de blessures liées aux chutes et non le taux de chutes en soi.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Plusieurs études ont été menée sur le sujet des chutes mais il en ressort dans cette recension des écrits que les perceptions des infirmières (qui sont au chevet du patient) n'ont jamais réellement été étudiées. Il en ressort les barrières rencontrées par les infirmières à la mise en place des résultats de recherche, comme le manque de temps, de sensibilisation à la documentation et de soutien pour appliquer ces résultats. Selon Grimshaw et al, il n'y a pas assez de recherches sur les stratégies de mise en place des guidelines dans les hôpitaux. Le centre NHS des avis et dissémination, dit que la mise en place de guidelines doit être adapté au contexte local. Grol, et al, valident cette affirmation. Pour qu'un changement de comportement se fasse, il est nécessaire de cibler les besoins locaux, les obstacles et les ressources. Selon des études récentes, la compréhension des barrières locales et l'utilisation de stratégies multiples adaptées au contexte sont fondamentales pour le succès de l'implémentation. La théorie du changement est argumentée dans cette

					partie de l'étude comme pouvant être utile afin d'analyser et de comprendre les facteurs qui empêchent le changement et ainsi favoriser la mise en place des guidelines. Cependant, il faudrait plus de preuves montrant que cela est efficace.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?	X			Le cadre théorique utilisé dans cette étude est clairement défini. La théorie cognitivo-comportemental a été utilisée afin d'opéré un changement de comportement. Ce choix semble judicieux vu que le but est de comprendre les obstacles au changement ainsi que d'opérer un changement.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?		X		La question de recherche n'est pas formulée dans l'introduction. Cependant, le but y est décrit « comprendre au mieux les barrières perçues à la mise en place de soins infirmiers de prévention des chutes dans les hôpitaux de soins aigus de Singapour ». La question de recherche, formulée d'après le but est « quelles sont les barrières perçues par les infirmières à la mise en place de soins de prévention des chutes dans les hôpitaux de Singapour ? ».
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Cette étude a été menée dans le cadre d'une étude antérieure plus vaste avec comme but de développer la mise en place de stratégies multiples ciblant les obstacles perçus. Cela afin d'implémenter efficacement un guide de pratique clinique pour faciliter le changement de la pratique infirmière et réduire le fardeau des chutes dans les hôpitaux de soins aigus de Singapour.
Méthodes	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Le devis de recherche n'est pas décrit. Les objectifs et

Tradition et devis de recherche	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à la tradition de recherche ?	X			buts de l'étude supposent néanmoins, qu'il s'agit d'un devis qualitatif. Etant un devis qualitatif, la méthode correspond. Il s'agit d'une théorisation ancrée réalisée avec l'administration d'un questionnaire aux infirmières travaillant dans les cinq hôpitaux de soins aigus de Singapour. Ce questionnaire avait un but d'identification et de compréhension des barrières aux changements perçus par les infirmières.
	-Le temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			X	Les questionnaires ont été administrés sur une période de 3 mois (sept-nov. 2005) dans les 5 hôpitaux de Singapour. Les participants avaient un délai de 4 semaines pour répondre à l'enquête. Cependant, les chercheurs n'étaient pas sur place, la réponse aux questions s'est faite par le biais d'un questionnaire validé et ils le retournaient dans une boîte prévue à cet effet. Il n'a pas été dit si ce temps est en adéquation ou non avec le devis mais il semble juste. De plus, le nombre de résultats obtenus dans ces délais est tout de même grand.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Le cadre est détaillé. L'enquête a lieu dans les 5 hôpitaux de soins aigus de Singapour, dans les services de médecine, chirurgie et gériatrie. Ces domaines ont été choisis car ils représentaient la majorité des paramètres cliniques des hôpitaux. L'échantillon est également décrit. Il s'agit de toute l'équipe infirmière ce qui représente 1830 personnes (n=1830).

Rapport-Gratuit.com

	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	La saturation des données n'a pas été mentionnée.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			L'instrument de collecte de données pour cette étude est clairement défini. Il s'agit de l'outil validé de Peters et al. intitulé « outil d'évaluation des barrières et des ressources ».
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui l'outil est absolument en accord avec la question de recherche. Le phénomène étudié étant la perception des infirmières des obstacles à l'intégration de guide de pratique clinique pour prévenir les chutes, cet instrument qui évalue les barrières et ressources, est tout à fait adapté. De plus il a été conçu pour obtenir la perception des barrières à l'implémentation de soins infirmiers de prévention des chutes dans la pratique.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui la procédure est décrite. Les questionnaires ont été administrés sur une période de 3 mois (sept-nov. 2005) dans les 5 hôpitaux de Singapour. 1830 questionnaires ont été distribués. Ils étaient mis dans des enveloppes adressées personnellement avec un explicatif à l'intérieur. Ces dernières ont été données en mains propres par l'un des chercheurs ou collaborateurs de recherche aux infirmières cheffes de chaque hôpital, qui les ont redistribués au personnel soignant de l'hôpital. Le questionnaire durait 15min. Une fois rempli, les participants remettaient le questionnaire dans une boîte « retour » placé dans chaque unité, prévu à cet effet. Un délai de 4 semaines était autorisé et la semaine précédant la date d'échéance, un mail était envoyé aux infirmières

		X			cheffes pour les prévenir et rappeler aux professionnels la date de restitution. Oui. Cette étude a été approuvée par « le groupe consultatif sur l'éthique de la recherche humaine de l'Université de Melbourne » et par le comité des 5 hôpitaux participants. Le consentement à participer a été impliqué avec le retour du questionnaire rempli et les questionnaires étaient remplis de façon anonyme.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Oui le déroulement de l'étude est assez expliqué, leurs conclusions étaient similaires à d'autres études. La majorité des barrières perçues font partie intégrante des caractéristiques des soignants. De ce fait, les conclusions sont crédibles et transférables.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Oui, les données ont été saisies et analysées en utilisant la version SPSS 11.0 (SPSS Inc, Chicago Il, USA). Les fréquences et statistiques descriptives ont été utilisées pour décrire les caractéristiques démographiques des participants. Les fréquences décrites comme des pourcentages de réponses, et des données descriptives ont reportés que des moyens ont été utilisé pour analyser les questions de « l'outil d'évaluation des barrières et des ressources ».
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui, les résultats sont présentés dans un tableau dans la partie résultats. Ils sont également rédigés dans le texte. Les principaux obstacles perçus par les infirmières à la mise en place de soins de prévention des chutes dans les 5 hôpitaux de soins aigus retenus pour cette étude étaient ; les connaissances et motivation (82.4%), la disponibilité du personnel de

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

					soutien (77.8%), l'accès aux installations (73.3%), l'état de santé du patient (55.7%) et la formation du personnel (49.4%). Les caractéristiques perçues par les infirmières comme étant des éléments « d'innovation » et pas comme des obstacles majeurs étaient : le leadership (4.4%), l'avantage didactique (3.8%) et l'attractivité des guidelines (6.9%)
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les résultats n'ont pas été interprétés à partir d'une approche philosophique mais à partir d'études antérieures et de la théorie du changement de comportement. Les obstacles les plus fréquemment cités par les infirmières étaient liés aux soignants et le contexte dans lequel la pratique a lieu. Ils sont probants car ils sont similaires aux résultats d'autres études internationales. Une revue sur l'identification des barrières à appliquer des guidelines a trouvé les mêmes résultats que cette étude. Les caractéristiques des soignants, notamment les connaissances ont également été nommées comme étant une barrière. Dans 3 études de Peters et al, 80% ont aussi rapporté les connaissances et la motivation comme obstacles perçus au changement. Les principales stratégies utilisées dans cette étude sont la réévaluation de la performance et fournir des transmissions aux soignants. Les supports environnementaux ont permis de renforcer l'utilisation des soins de prévention des chutes à deux niveaux dans les hôpitaux de Singapour ; sur le plan clinique et

					organisationnel. Ces éléments aident à construire des attitudes positives chez les soignants et renforcent le changement. Les stratégies visant à promouvoir le changement de comportement par l'influence social, ont été montrées comme étant efficaces et ont été utilisées dans la présente étude.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?			X	Les conclusions de cette étude disent que, les résultats ont amenés à se pencher sur des stratégies à multiples facettes avec des interventions ciblées sur l'identification des obstacles dans la prévention des chutes. Il n'est pas clairement défini si celles-ci sont applicables dans d'autres contextes de soins ou à d'autres groupes. On peut, cependant, imaginer que si les soins sont ciblés, cette conclusion peut se généraliser dans d'autres domaines de soins et donc modifier la pratique infirmière.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Les limites de l'étude ont été annoncées. La méthode d'auto-évaluation du rapport soulève des questions sur la précision des expériences réelles des obstacles aux changements des infirmières. Il y avait peu de tests psychométriques de l'outil révisé, étant donné que 6 questions ont été enlevées et 6 autres reformulées pour répondre aux bonnes pratiques. Les questions reformulées ont été mises à l'essai pour la compréhension et la pertinence dans le contexte de Singapour, mais n'ont pas subi de tests psychométriques.

Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Oui, cette étude met en avant les conséquences pour la pratique clinique. Les résultats serviront à l'élaboration de stratégies de mise en place de guidelines en visant les obstacles au changement, afin de faciliter le rôle du Ministère de la santé pour assurer la mise en place effective des soins de préventions des chutes et d'adopter des pratiques fondées sur des données probantes.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article était bien présenté. Il y a une bonne rigueur méthodologique avec un IMRAD présent et pertinent. Sa lecture permet une analyse critique.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?	X			Oui. Les résultats trouvés dans cette étude, étaient similaires à plusieurs autres études menées au niveau international. De plus, la majorité des barrières perçues faisaient partie des caractéristiques des soignants et de leur motivation. De ce fait, ces informations se trouvent être utiles et transférables pour la pratique des infirmières.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Dykes, P.-C., Carroll, D.-L., Hurley, A., Benoit, A.-C., & Middleton, B. (2009). Why Do Patients in Acute Care Hospitals Fall ? Can Falls Be Prevented? *National Institutes of Health Public Access, 39,* 299-304.
Résumé	**Objectif**: Obtenir les points de vue des infirmiers et des aides soignants quant à pourquoi les patients en soins aigus hospitaliers chutent. **Contexte**: Malgré une forte base de données quantitative pour guider l'évaluation des risques de chutes et de ne pas avoir besoin du matériel très technique, rare ou cher pour prévenir les chutes, les chutes sont de graves problèmes dans les hôpitaux. **Méthode**: Les méthodes basiques d'analyse de contenu ont été utilisées pour interpréter des données descriptives de 4 groupes témoins avec des infirmiers (n=23) et 4 avec des aides soignants (n=19). Une approche consensuelle de 2 personnes à été utilisée pour l'analyse. **Résultats**: Des composantes positives et négatives de 6 concepts (transmissions, l'accès à l'information, la signalisation, l'environnement, le travail d'équipe et la participation du patient/de la famille) ont formées 2 catégories fondamentales : les connaissances/communication et les aptitudes/actions qui ont respectivement des ressources ou des barrières à la prévention des chutes. **Conclusion:** Deux conditions sont requises pour réduire les chutes des patients. Un plan de soins du patient, incluant un état des risques de chutes courant et précis avec des mesures associées et des interventions possibles, doit être facilement et rapidement accessible à toutes les parties prenantes (toute l'équipe soignante, le patient et la famille). En second, chaque membre doit utiliser cette information ainsi que ses propres connaissances et compétences et les ressources du patient et de l'hôpital pour mener à bien le plan.
Introduction Enoncé du problème	Les chutes des patients sont de serieux problèmes dans les hôpitaux de soins aigus et elles sont utilisées comme une mesure standard de la qualité des soins infirimiers. L'environnement inconnu, la maladie aiguë, la chirurgie, le repos au lit, les médicaments, les traitements, et l'introduction de divers tubes et cathéters sont des défis communs qui placent le patient à risque de chuter. Les chutes sont destructrices pour les patients, les membres de la famille et pour les soignants. Une seule chute peut résulter en une peur de chuter qui entraîne un cercle vicieux avec une réduction de la mobilité, une perte des fonctions et à d'autres chutes. De nombreuses études concernant les chutes ont été publiées. L'auteur s'appuie sur celles-ci pour mener sa réflexion. Bien qu'il y ait un sentiment d'urgence dans

	les hôpitaux pour prévenir les chutes et parce que les assurances maladies ne remboursent pas les frais d'hospitalisation de blessures liées aux chutes, les chutes des patients demeurent un problème grave dans les hôpitaux américains.
Recension des écrits	Une revue de littérature menée sur la prévention des chutes dans les publications anglaises, a trouvé que l'évaluation ne suffit pas à prévenir les chutes, des interventions sont nécessaires pour les prévenir. Les termes utilisés sur les bases de données MEDLINE et CINAHL par Cahall et al. (2008) étaient ; *chute accidentelle, recherche qualitative, évaluation du risque, prévention de chute, infirmières, aides soignantes et hôpitaux*. Il y a beacoup de recherches sur l'évaluation du risque de chutes qui concluent que les facteurs de risque sont bien établis (Hendrich et al., 2003; Olivier et al., 2004). Malheureusement, les données concernant l'efficacité des programmes de prévention des chutes ne sont pas concluantes (Coussement et al., 2008). La synthèse a révélé que cela peut être le résultat de nombreux obstacles à étudier dans la prévention des chutes dans les hôpitaux. Selon Olivier et al. (2007), Olivier et al. (2004) et Olivier et al. (2000), il est difficile de concevoir des expériences pour étudier la prévention des chutes car les essais contrôles randomnisés ne peuvent pas être exécutés En effet, une fois que le statut de risque est établi, il est contraire à l'éthique de retenir des mesures de prévention telles que de placer le patient dans un groupe contrôle/sans traitement. Il n'est pas clair non plus de définir si le patient est à risque de chuter car, si les patients sont exposés à une intervention et ne tombent pas, il est difficile de dire s'ils étaitaient à risque en premier lieu mais que la mise en place d'une intervention de prévention à empêché la chute. Les études qui ont été menées en utilisant des interventions multiples pour prévenir les chutes ont des résultats ambigus de par leur pertinence inconnue, ce qui complique encore la littérature. En conséquence de ce manque de preuves, les études qualitatives liées à la prévention des chutes dans les hôpitaux ont été examinés. Peu d'études qualitatives ont été menées en milieu hospitalier avec des infirmiers diplômées (RNs) et des aides soignants (NAs), qui représentent les soignants de première ligne se trouvant au lit des patients. Une comparaison des points de vues des soignants, des personnes âgées (de plus de 65 ans pour qui chuter est une condition commune et une comorbidité) (Stevens et al., 2006) et des chercheurs en ce qui concerne les facteurs de chute a été faite. Elle montre que les soignants et les seniors s'axaient notamment sur les antécédents et les conséquences des chutes, alors que les chercheurs, eux, sont concentrés sur la chute en elle-même (Zecevic et al., 2006). Un approfondissement des points de vue des aides soignants (NAs) a révélé qu'ils estimaient que leurs points de vue étaient souvent éloignés des processus administratifs et éducatifs de prévention des chutes. Selon eux, les chutes ne pouvaient être prévenues (Phillips et al., 2008). Tous les membres de l'équipe infirmière devraient être introduit dans le processus de prévention des chutes (Phillips et al., 2008), de même que les patients et leurs

	familles (Carroll et al.,). Plusieurs examens sommaires et une méta-analyse des articles de Olivier et al.(2007), Olivier et al. (2000) et de Hill-Westmoreland et al. (2002) ont conclus qu'il n'y a pas de lien établi entre l'évaluation du risque de chute d'un patient à la communication et l'identification du risque, et la communication des interventions adaptées pour prévenir les chutes. Bien que les données primaires de ces articles soit anciens, aucun article de recherche récent n'a trouvé de lien sur l'évaluation des risques aux interventions adaptées de prévention des chutes, ce qui limite la capacité des infirmiers diplômées et des aides soignants à prévenir les chutes des patients. Un programme d'évaluation faisant état d'une légère diminution des chutes après l'introduction d'un programme de prévention adapté des chutes a été trouvé par Browne et al. (2004), mais les résultats ne sont pas significatifs. Les interventions visant à prévenir les patients des chutes ne se basent pas sur les équipements de haute technologie, rare ou coûteux. Pourtant les chutes demeurent de graves problèmes dans les hôpitaux. Nous avons cherché à connaître les points de vus des infirmières diplômées et des aides soignantes sur pourquoi les patients dans les hôpitaux de soins aigus tombent et comment les chutes pourraient-être prévenues ?
Cadre théorique ou conceptuel	Le cadre théorique de cette étude est la prévention des chutes. Il y a une évaluation d'un programme d'intervention et du comportement des infirmiers et aides soignants face à celui-ci. Les auteurs parlents de 6 concepts qui sont en réalité une catégorisation des résultats (transmissions, accès à l'information, signalisation, environnement, travail en équipe et participation du patient/ de la famille). Le concept de promotion est également pertinent ici car si les ressources sont renforcées et que les barrières sont surmontées, les patients pourraient être prévenus des chutes.
Question de recherche	La question de recherche n'est pas posée dans la recension des écrits. Il s'agit dans cette étude du titre de l'article, c'est-à-dire « Pourquoi est-ce que les patients dans les hôpitaux de soins aigus chutent ? Les chutes peuvent-elles être prévenues ? »
Méthodes Tradition et devis de recherche	Le devis est qualitatif. Tradition : La méthode utilisée correspond au devis de recherche qualitatif de théorisation ancrée car les auteurs cherchent à récolter des données issuent du terrain en faisant des entretiens audio enregistrées auprès de la population dans un but de compréhension. L'objectif étant d'obtenir les points de vue des infirmiers et des aides soignants quant à pourquoi les patients en soins aigus hospitaliers chutent.
Population et	La population se compose d'infirmiers et d'aides soignants qui ont été divisés en 2 groupes.

contexte	Echantillon : La majorité des infirmiers étaient des femmes (91%), de couleur blanche (96%), âgés entre 24 et 68 ans (médiane à 39 ans), diplômés (Bachelor ou Master =16) et avaient entre 1 et 40 ans d'expériences (médiane à 12 ans) avec une moyenne de 10 ans dans l'hôpital participant. Les aides soignants étaient pour la majorité des femmes (79%), de couleur noir ou afro-américain (63%), âgés entre 30 et 62 ans (médiane à 49 ans), avec 4 à 16 ans (médiane à 12 ans) de scolarité formelle et 2 à 25 ans (médiane à 10 ans) d'expérience avec une médiane de 7 ans dans l'hôpital participant. Contexte : Cette étude a été menée dans 4 hôpitaux, 2 centres médicaux universitaires urbains et 2 hôpitaux d'enseignement de banlieue dans le même système hospitalier. Les infimiers et aides soignants participants potentiellement ont été identifiés par les dirigeants des soins infimiers, recrutés par des flyers et des invitations personnelles.
Collecte des données et mesures	Des entretiens audios ont été réalisés avec des groupes comportant entre 3 et 10 infirmiers par groupe. Pour les aides soignants, la même méthode a été utilisée avec 4 à 6 personnes par groupe. Il y avait chaque fois 4 entretiens dans les groupes cibles. Les entretiens ont été réalisés dans 4 hôpitaux, 2 centres médicaux universitaires urbains et 2 hôpitaux d'enseignement de banlieue dans le même système hospitalier. En tout 23 infirmiers et 19 aides soignants ont été interrogés (n=42).
Déroulement de l'étude	Dans les 8 groupes, une combinaison de questions préétablies a été utilisée pour plusieurs élements ; sur les demandes de clarification pour le « aide-moi à comprendre » et « dit m'en plus à propos de », sur l'état des connaissances, sur les compétences, sur le fait de comment obtenir des informations précises sur les risques de chutes, sur comment accéder à du matériel pour prévenir les chutes et sur la capacité globale de prévention des chutes. Le modérateur a suscité des réponses individuelles des participants et a promu la discussion de groupe. La question « comment vous savez si un patient est à risque de chuter ?» a été posée aux infirmiers diplômés. Il leur a aussi été demandé « comment le risque de chute est-il communiqué aux aides soignants, au patient, aux visites et membres de l'équipe interdisciplinaire ?», « comment vous décidez quelles interventions vous utilisez pour prévenir les chutes ? » et « comment les interventions sont planifiées, communiquées, réalisées et évaluées ? ». Des précisions ont été demandées par les participantes, concernant les informations fournient précédemment dans les groupes. Les questions portaient sur l'utilisation d'un cardex, sur l'accès aux équipements de prévention des chutes et leur disponibilité ainsi que sur le décalage de connaissances entre les infirmiers et aides soignants vis-à-vis des risques et prévention des chutes d'un patient. Les aides posaient des questions sur comment savoir si un

	patient a un risque de chute, comment les risques sont communiqués, comment savoir quoi faire pour prévenir les chutes et comment le risque de chute est-il communiqué. D'autres précisions ont aussi été demandées concernant le fait de faire « la patrouille dans les couloirs », de ne pas recevoir de rapport du patient en début de service et le fait d'apprendre aux patients comment ils doivent se déplacer en regarder le physiothérapeute. La révision institutionnelle d'approbation du conseil et l'accord du site ont été reçus pour chacun des 4 sites. Les infimiers et aides soignants participants ont donné leur consentement éclairé.
Rigueur	Les auteurs ont une bonne rigueur méthodologique. L'IMRAD correspond aux normes et permet de saisir le problème de recherche. Dans l'étude, la discussion n'est pas pertinente mais comme c'est un modèle prédictif c'est acceptable. Les auteurs cherchent également à assurer la fiabilité et la validité.
Résultats Traitement des données	Les données brutes étaient transcrites dans Microsoft Word, examinées et corrigées pour supprimer les caractéristiques d'identification. Elles ont ensuite été converties dans le programme NVivo software, codé de façon ouverte pour comprendre le sens et codés de manière sélective en utilisant une approche consensuelle pour 2 personnes. Les méthodes de base d'analyse de contenu ont été suivies pour interpréter ces données descriptives. Un processus de débriefing a été suivi parmi les chercheurs, l'engagement de données brutes et des codes, et l'utilisation des remarques et réflexions du terrain afin d'assurer la fiabilité et la validité. Les concepts étaient liés dans le but de découvrir de nouvelles perspectives à partir des rapports de l'expérience des participants.
Présentation des résultats	Les résultats sont présentés de façon narrative selon les 6 concepts énoncés. Six concepts expliquent les raisons pour lesquelles les patients chutent et fournissent des suggestions pour les prévenir. Ils comportent tous des éléments positifs (ressources) et négatifs (barrières). Ils sont listés dans le tableau 1 de l'article et divisé en deux catégories ; connaissances/communication et aptitudes/interventions. Les six concepts sont ; - Les transmissions - l'accès à l'information - la signalisation - l'environnement - le travail d'équipe

Rapport-Gratuit.com

	- la participation du patient/de la famille **Transmissions :** Les infirmiers et aides soignants ont identifiés les transmissions comme étant la méthode la plus courante de la communication du risque de chute. Cependant, les aides contrairement aux infirmiers ne reçoivent pas de rapport au début de leur journée de travail. Ils fournissent donc des soins sans réellement connaître le plan de soin du patient. De plus, ils n'ont pas d'informations sur les autres patients de l'unité alors qu'ils sont chargés de répondre à leurs sonnettes. Le fait de ne pas avoir d'informations actuelles et de ne pas connaître le niveau d'actvité du patient fait perdre du temps et augmente le risque de chute car le patient n'attend pas et se lève seul. *5 ou 10 minutes sont importantes… je ne bouge pas quelqu'un sans savoir si je peux le déplacer* **L'accès à l'information :** Le personnel soignant ne connaissant pas tous les patients qui demande de l'aide, ne se sent pas sûr car ils n'ont pas conscience si le patient est stable sur ses pieds, s'il a un moyen auxiliaire de marche, etc. Pour évaluer le risque de chute, les infirmiers utilisent l'échelle MORSE. Selon eux, les informations des scores du MORSE apparaissant dans le dossier médical ne sont pas suffisantes et pas adaptées. En effet, tous les intervenants n'ont pas accès à ce dossier. Les informations sont donc informatisées mais selon une infirmière participante le plan de soin informatique n'est pas individualisé, accessible et donc pas utilisé. La communication verbale est plus pertinente selon elle. *C'est un document mort … mort comme ce n'est pas utilisé.* *Je pense que plusieurs personnes comptent sur la communication verbale ; il est difficile d'obtenir les informations des rapports médicaux… il n'y a donc pas facilement des informations accessibles sur le patient. Lorsque nous identifions quelqu'un à risque de chute, nous avons besoin de plus discuter sur l'intervention qui va de pair avec le risque de chutes. Est-ce que c'est cognitif ? physique ? un score élevé ne vous dit pas pourquoi la personne est à risque.* **La signalisation :** Les infirmiers et aides soignants ont identifiés des repères visuels pour prévenir les chutes tels que des signes de précautions des chutes, des bracelets colorés et les sonnettes de lits activées. Dans le but de communiquer un risque de chutes et des interventions pour les prévenir.

	Les avis sont partagés par rapport à cela. Pour les aides cela est très important en raison de l'absence de transmissions. Pour les infirmiers, ils sont jugés inutiles car il y en a partout, rendant le personnel immunisé à cela. De plus, les signes ne fournissent pas les raisons pour lesquelles le patient est à risque de chuter ou les actions nécessaires pour les prévenir. **Environnement :** Les infirmiers et aides soignants ont évoqué, dans chaque groupe, des modifications de l'environnement et les actions de « bon sens » qui devraient être misent en place pour tous les patients. Par exemple avoir une chambre épurée avec un chemin dégagé et avoir ses effets personnels ou d'assistance à proximité. Tous les participants ne savaient pas que les équipements étaient disponibles ou comment les obtenir (chaussures adaptées par exemple, etc.). *Si nous avions besoin d'un dispositif d'assistance, nous aurions consulté le service technique et en général ils les apportent. Non, nous ne savons pas vraiment ce qui est dans l'inventaire… Le patient doit porter des pantoufles. À chaque fois que je vois un patient sans pantoufles, je lui dis d'en mettre.* **Travail d'équipe :** Dans chaque groupe, les participants ont évoqué les biens faits du travail d'équipe dans plusieurs contextes : s'occuper des patients des uns et des autres pendant les pauses, assurer une surveillance en regardant tous les patients dans les couloirs et apprendre à être aidé par d'autres soignants, en particulier par les physiothérapeutes et ergothérapeutes. Une situation de non travail en équipe a été évoquée et montre une barrière à la prévention des chutes. Une infirmière disait ne pas répondre à la sonnette d'un patient dont elle n'est pas référente car elle ne connaît pas la situation et ne saurait comment réagir. *Quand je (infirmière) marche dans le couloir et que je vois une lumière de sonnette d'un patient que je ne connais pas, je ne vais pas dans la chambre parce que j'ai peur que le patient me demande de l'aider à sortir du lit ou à aller dans la salle de bain et je ne saurai pas quoi faire.* Ne pas répondre à la sonnette d'un patient d'un collègue est une question complexe et montre une barrière entre la signalisation et le travail d'équipe. **La participation du patient/de la famille :**

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

	En continuant avec la notion de surveillance, les infirmiers et aides soignants ont soulignés que les patients et les familles devraient être impliqués avec l'équipe dans la prévention des chutes. Ici sont aussi évoqués les facteurs protecteurs tels que le partenariat entre soignant-soigné (en faisant parfois des compromis) mais aussi l'environnement (porter des chaussures adaptées lors de la marche). *S'il vous plaît ne vous lever pas sans nous appeler, nous sommes là pour vous.* Comment une aide a pu travailler le partenariat avec une patiente âgée en ilustrant l'utilisation de chaussures fermées pour la position assise et de chaussures solides pour la marche. *C'était une femme de 90 ans très chic, et elle voulait que je la fasse marcher en pantoufles roses à talons et avec une plume à l'avant. Je lui ai dit que je n'allais pas la faire marcher avec ça car si elle tombe, j'aurais des problèmes.* La patiente et l'aide soignante font un compromis par lequel la patiente porterait des chaussures fermées lorsqu'elle irait à la salle de bain et ses pantoufles de fantaisie lorsqu'elle serait assise au fauteuil. Ces concepts ont été mis en liens dans le but de découvrir de nouvelles perspectives à partir des données de l'expérience des participants. Ceux-ci ont été listé en deux catégories selon les barrières et ressources; connaissances/communication et barrières et ressources. Les auteurs ont développé un modèle prédictif grâce à ces concepts mis en catégories et montrent que la probabilité que le patient chute et qu'il se blesse diminue avec la présence de facteurs protecteurs compris dans les connaissances/communication et dans les aptitudes/interventions. **Les barrières de la communication/ des connaissances sont ;** - fournir des soins (ex. aide pour la toilette) le matin, avant le rapport - le status de risque de chutes ou le plan de prévention est lourd et n'est pas accessible à tous les intervenants - les signes de chutes sont trop communs et génériques pour être utile **Les ressources de la communication/ des connaissances sont ;** - recevoir un rapport précis et à temps des patients à risque de chuter et de ce qu'il faut faire pour empêcher un patient de tomber - accès facile à l'information actualisée et au plan de prévention pour tous les prestataires de soins, les

	patients et leurs familles - des alertes visuelles évidentes, indivisualisées et sans ambiguïté **Les barrières des aptitudes/interventions sont :** - ne pas savoir comment accéder à l'équipement nécessaire (ex. déambulateur, encombrement de l'environnement) - ne pas répondre à l'appel/sonnette d'un patient en raison de ne pas savoir quoi faire s'il demande de l'aide pour sortir du lit ou aller aux toilettes - les patients qui ne suivent pas les instructions données comme par exemple appeler de l'aider pour sortir du lit **Les ressources des aptitudes/interventions sont :** - la proximité des effets personnels et de l'équipement, la conception du mobilier faite pour répondre à leurs besoins (chemin dégagé pour aller jusqu'à la salle de bain, etc.) - l'esprit et le travail d'équipe (tous répondent aux appels des patients) - travailler avec les familles et les visites pour prévenir les chutes Les facteurs qui ont diminués la capacité des infirmiers à prévenir les chutes étaient ; les informations inadéquates, incomplètes ou fausses et le fait de ne pas connaître le patient. Les infirmiers ont aussi identifiés que la simultanéité du plan de soin papier, informatique et le recours aux transmissions orales, serait un facteur qui limite leur capacité à utiliser une approche systématique pour la prévention des chutes. Les aides soignants ont signalés qu'ils n'avaient souvent pas accès aux informations pertinantes sur les risques de chutes et les plans d'actions à moins que les infirmiers ne leur fournissent les informations oralement (si disponibles).
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	Le modèle prédictif décrit des stratégies pour promouvoir une faible probabilité de chutes chez un patient, en mettant l'accent sur le fait que chaque intervenant connaisse le statut du risque de chute du patient afin de mener à bien le plan de soin. L'évaluation des risques de chutes est une nécessité mais une phase insuffisante d'un programme de prévention des chutes à moins que l'état du patient soit communiqué à tous les intervenants et qu'ils guident un plan individuel.

Perspectives	Ce projet a révélé des solutions pour aider les infirmières cheffes et apporter des suggestions pour la recherche future pour résoudre les problèmes graves des chutes chez les patients hospitalisés. Il a permis d'acquérir des idées pour surmonter les barrières et améliorer les ressources du personnel soignant dans la prévention des chutes dans les hôpitaux de soins aigus. Des suggestions pour les politiques et pratiques qui peuvent immédiatement être mises en œuvre sont énoncées, par exemple, en sachant comment accéder à l'équipement nécessaire pour le plan de prévention des chutes d'un patient. La signalisation est un autre domaine qui peut être amélioré. Mettre une image montrant une infirmière qui aide un patient à aller jusqu'à la salle de bain sur le lit du patient pourrait aider et diminurait la peur des infirmiers à répondre aux appels des patients qu'ils ne connaissent pas. Une variété de pictogramme montrant des plans de prévention des chutes des patients peut être utilisée. Les chercheurs pourraient évaluer l'utilisation et l'efficacité des pictogrammes. Puisque les liens entre l'évaluation des risques et un plan de soin individualisé ne sont pas connus, ceci est un domaine où la recherche est nécessaire.
Questions générales Présentation	L'article est bien structuré. Les chapitres sont clairement définis et contiennent les informations nécessaires à la compréhension.
Evaluation globale	Cet article est bien rédigé, chaque partie de l'IMRAD est claire et fournies des informations pertinentes. Les données permettent une analyse critique. Cette étude amène des résultats avec possibilité de transferts dans les soins infirmiers.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Références de l'article analysé : Dykes, P.-C., Carroll, D.-L., Hurley, A., Benoit, A.-C., & Middleton, B. (2009). Why Do Patients in Acute Care Hospitals Fall ? Can Falls Be Prevented? *National Institutes of Health Public Access, 39,* 299-304.					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Oui le titre « Pourquoi les patients en soins aigus chutes ? Les chutes peuvent-elles être prévenues ? » est tout à fait explicite. Il contient la quasi totalité des éléments nécessaires à notre question de recherche. On y retrouve les chutes, la prévention et les hôpitaux de soins aigus. En effet, nous nous axons sur les barrières du personnel soignant et le titre donne déjà beaucoup d'informations et est pertinent. Il permet de se demander qu'est-ce qui ne va pas pour que les patients chutent ?
Résumé	-Synthétise-t-il clairement les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est clair et précis. Il permet dès les premières lignes de connaître la problématique, la méthode, les résultats, etc. en étant synthétique. Il met en évidence les enjeux de l'article. Cependant, il ne contient pas l'introduction mais le contexte y est expliqué ce qui aide à la compréhension, ainsi que les objectifs.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème ou phénomène étudié est-il clairement défini ?	X			Oui la problmatique est bien expliquée dans cette introduction. Ils ont évoqué les problèmes qui existent autour de la chute, les causes possibles, les conséquences aussi bien pour le patient, sa famille et le personnel soignant ainsi que les impacts financiers des blessures liées aux chutes. L'importance de la gravité de ces chutes est clairement mise en évidence. Le fait qu'il soit souligné également, que celles-ci

					soient considérées comme une mesure de la qualité des soins infirmiers, fait que cet énoncé du problème est d'autant plus pertinent.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur le problème ou phénomène étudié ?	X			Oui la recension des écrits résume les connaissances sur le problème. Cependant, dans ces précédentes études il a été dit qu'il y avait eu peu d'études qui s'étaient centrées sur les points de vue des infirimières. Dans une revue de littérature menée sur la prévention des chutes, il a été mis en avant que l'évaluation du risque de chutes seule ne suffit pas à prévenir les chutes. Il leur semble nécessaire de mettre en place des interventions. Ils disent que leurs données sur l'efficacité des programmes de prévention ne sont pas concluantes. Une autre étude, de type RCT a mis en avant la difficulté à faire des expériences pour étudier la prévention des chutes car il est contraire à l'éthique de placer un patient à risque dans un groupe contrôle qui ne pourra pas recevoir de traitements. Il est aussi difficile de voir la pertinence d'une intervention de prévention, ne sachant pas si la chute a été évitée car le patient n'était pas à risque ou car l'intervention de prévention a fonctionné. Ils pensent que des études en intégrant les infirmières sont importantes de part leur grande présence auprès du patient. Une autre étude a montré que les points de vue des soignants, patients et famille n'étaient pas semblables vis-à-vis des chutes. Les infirmiers seraient plus focalisés sur les antécédants et conséquences des

					chutes. D'après les études, il n'y aurait pas de liens sur l'évaluation des risques aux interventions adaptées de prévention des chutes, ce qui limite la capacité des infirmiers à prévenir les patients des chutes. Un programme d'évaluation diminuerait de très peu les chutes après l'introduction d'un programme de prévention adapté.
Cadre théorique ou conceptuel	-La base philosophique, la tradition, le cadre conceptuel ou l'orientation idéologique sont-ils définis ?		X		Non le concept n'est pas clairement défini. Les auteurs parlent de 6 concepts mais ceux-ci sont une catégorisation des résultats. Le concept ici est la prévention des chutes mais elle n'est pas clairement abordée.
Question de recherche	-Les questions de recherche sont-elles clairement formulées ?	X			La question de recherche « Pourquoi les patients dans les hôpitaux de soins aigus tombent et comment les chutes pourraient-être prévenues ?» apparaît à la fin de la recension des écrits et également dans le titre de l'étude.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories, concepts, idéologie et recherches antérieures) ?	X			Oui, elle apparaît suite aux nombreuses études qui ont été faites et qui ont permis dans celle-ci, de mener à ce questionnement. Les points de vue des infirmières n'ayant pas vraiment été recherchés, les auteurs ont voulu mettre cela en évidence.
Méthodes Tradition et devis de recherche	-Le devis de recherche est-il décrit ?		X		Non le devis n'est pas mentionné. Les objectifs de l'étude supposent néanmoins qu'il s'agit d'un devis qualitatif. De plus, il y a un modèle prédictif ce qui fait partie du qualitatif.
	-Les méthodes utilisées pour recueillir et analyser les données correspond-elle à	X			La méthode utilisée correspond au devis de recherche qualitatif car il s'agit d'entretiens audios enregistrés

	la tradition de recherche ? -Les temps passé sur le terrain est-il en adéquation avec les devis de recherche ?			X	auprès de la population dans le but de comprendre pourquoi les patients chutes en se basant sur les points de vue des infirmières. Le temps sur le terrain n'est pas spécifié dans l'étude.
Population et contexte	-La description du cadre et de l'échantillon est-elle détaillée ?	X			Oui l'échantillon est décrit. Il s'agit d'un échantillon non probabiliste mais c'est un choix raisonné des auteurs ; Des infirmiers (91% de femmes), de couleur blanche, âgés entre 24 et 68 ans, titulaire d'un bachelor ou d'un master et qui ont entre 1 et 40 ans d'expérience. Des aides soignants (79% de femme), de couleur noir ou afro-américain, âgés entre 30 et 62 ans, avec 4 à 16 ans de scolarité et entre 2 et 25 d'années d'expériences.
	-Les chercheurs ont-ils saturé les données ?			X	Il n'y a aucune information par rapport à la saturation des données.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Oui, les collectes de données ont été effectuées par des entretiens audios qui ont été réalisés avec des groupes comportant entre 3 et 10 infirmiers. Pour les aides soignants, la même méthode a été utilisée avec 4 à 6 personnes par groupe. Il y avait chaque fois 4 entretiens dans les groupes cibles.
	-Y-a-il une adéquation entre le phénomène étudié, la question de recherche et les instruments de collecte des données ?	X			Oui, les questions posées portaient un intérêt sur les infirmières, leurs points de vue, etc. Le phénomène étudié étant les points de vue des infirmiers cela est en accord. De plus, l'instrument de collecte de données étant un entretien audio basé sur de la théorisation ancrée, cela est pertinent car il y a un échange entre les deux personnes avec un intérêt porté au

					professionnel.
Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ? -A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X X			La procédure de cette recherche portait sur des entretiens audios réalisés auprès de groupes d'infirmiers et d'aides soignants. Cela s'est déroulé dans 4 hôpitaux, 2 centres médicaux universitaires et 2 hôpitaux d'enseignements de banlieue. Des questions préétablies ont été utilisées sur lesquelles plusieurs clarifications ont été demandées. Les questions ont été posées selon les 6 concepts. Cependant, la durée sur laquelle a eu lieu cette enquête n'est pas spécifiée. Oui les droits éthiques ont été respectés. Les infimiers et aides soignants participants ont donnés leur consentement éclairé.
Rigueur	-Les chercheurs ont-ils suffisamment étayé le déroulement de l'étude afin que leurs conclusions soient crédibles et transférables ?	X			Les auteurs ont une bonne rigueur méthodologique. L'IMRAD correspond aux normes. Dans l'étude, la discussion n'est pas pertinente mais comme c'est un modèle prédictif c'est acceptable. Le déroulement l'étude était décrit mais peut-être pas assez. On ne sait pas quelles questions concrètes ont été posées par rapport aux concepts.
Résultats Traitement des données	Les méthodes de traitement des données ont-elles été suffisamment décrites ?	X			Oui, les données ont été transcrites dans Microsoft Word, examinées et corrigées et les caractéristiques d'identification ont été supprimées. Elles ont ensuite été converties dans le programme NVivo software pour comprendre le sens et codés de manière sélective en utilisant une approche consensuelle pour 2 personnes. Le traitement informatique des données permet d'encodés chaque catégorie de données. Ensuite, ces dernières qui appartiennent à des codes spécifiques

rapport-gratuit.com

					sont reprises afin de pouvoir être analysées. Les méthodes de base d'analyse de contenu ont été suivies pour interpréter ces données descriptives. Cette technique est utilisée lorsque les chercheurs mènent une étude hors tradition de recherche. Elle consiste à classer les données descriptives et qualitatives selon les thèmes définis. Un processus de débriefing a été suivi parmi les chercheurs, l'engagement de données brutes et des codes, et l'utilisation des remarques et réflexions du terrain afin d'assurer la fiabilité (c'est-à-dire qu'ils cherchent à ce que leurs données soit exactes et cohérentes) et la validité (c'est-à-dire la justesse des données, de savoir si les résultats sont convaincants et s'assurer de la qualité des données récoltées).
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Oui. Les résultats sont présentés de deux manières ; l'une de façon narrative selon les 6 concepts énoncés, et l'autre en annexe, sous forme de tableau plutôt par rapport aux barrières et ressources des différents concepts classés en deux catégories.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir de l'approche philosophique, ainsi que des recherches antérieures ?		X		Non, ils n'ont pas été interprétés à partir d'une approche philosophique. Ils n'ont pas non plus été interprétés selon des recherches antérieures. Ils ont discutés et analysés les résultats trouvés dans la présente étude.
	-La recherche tient-elle compte de la question de généralisation des conclusions ?	X			Dans cette étude la conclusion fait partie de la discussion. Les éléments nommés dans celle-ci peuvent être appliqué dans d'autres milieux de pratiques. En effet, ils évoquent 2 conditions pour

					réduire les chutes ; un plan de soins avec un état du risque, des interventions possibles, accessible à tous, et chacun doit utiliser toutes les ressources (personnelle, du patient, de l'institution). Ces conclusions sont transférables dans d'autres contextes de soins et pour d'autres professionnels de la santé. Cependant, d'autres conclusions ont été apportées mais centrées sur les infirmiers dans des hôpitaux de soins aigus. Celles-ci peuvent néanmoins être appliquées dans divers services de soins aigus.
	-Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?			X	Elles ne sont pas clairement exposées. C'est dans la discussion que l'on peut considérer comme limite, le fait que les liens entre l'évaluation des risques et un plan de soin individualisé ne sont pas connus.
Perspectives	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Elle a révélé des solutions pour aider les infirmières cheffes et a apporté des suggestions pour la recherche future afin de résoudre les problèmes graves des chutes chez les patients hospitalisés. L'étude a permis d'acquérir des idées pour surmonter les barrières et améliorer les ressources du personnel soignant dans la prévention des chutes dans les hôpitaux de soins aigus. Il est aussi nécessaire de continuer les recherches sur les liens existants entre l'évaluation des risques et un plan de soin individualisé.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			L'article est bien structuré. Les chapitres sont clairement définis et contiennent les informations nécessaires à la compréhension.
Evaluation globale	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles d'être utilisés	X			Oui tout à fait. Leurs conclusions sont crédibles et transférables. Cette étude a aussi permis d'acquérir

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

	dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				des moyens pour améliorer la pratique, cités ci-dessus.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Aspects du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Tucker, S.-J., Bieber, P.-L., Attlesey-Pries, J.-M., Olson, M.-E., & Dierkhising, R.-A. (2011). Outcomes and Challenges in Implementating Hourly Rounds to Reduce Falls in Orthopedic Units. *World views on Evidence-Based Nursing, 9,* 18-29. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00227.x
Résumé	**Contexte :** les chutes des patients demeurent un événement indésirable fréquent dans les établissements de soins aigus. Les résultats de la recherche pour les tournées d'interventions de soins infirmiers (TISI) indiquent la promesse comme une pratique de prévention des chutes. Traduire, adapter et maintenir les TISI dans les pratiques cliniques du monde réel est une prochaine étape importante. **But :** le but de cette étude était d'évaluer la faisabilité de l'adaptation et de la traduction des TISI pour réduire le risque et l'incidence des chutes chez les patients hospitalisés dans deux unités d'orthopédie. On a supposé que les TISI réduiraient les taux de chutes jusqu'à un an après l'intervention et que les facteurs de risque du patient et les activités TISI documentées permettraient de prédire les chutes. **Méthode** : en utilisant une conception de mesures répétées, les taux de chutes et l'évaluation des risques ont été collectés au départ, durant les 12 semaines d'implémentation des TISI, et 1 an suivant la mise en œuvre. Les TISI adaptées incluaient les horaires de tournée des activités documentées sur une forme spécifique d'étude. Les dossiers médicaux des patients ayant chutés ont été examinés pour chaque période. Les groupes de discussion ont été menés avec des infirmières après les interventions. **Résultats** : les taux observés des chutes étaient de 1.8% à 0.8% et 1.1% pour les trois périodes, respectivement. Le nombre de chute pour 1000 jours d'hospitalisation étaient de 4.5, 1.6 et 3.2 pour les trois périodes. La moyenne des chutes des scores d'évaluation des risques était de 2,7 ± 1,1 , 2,7 ± 1,1 et 2,5 ± 1,1 pour les trois périodes. Les taux de chutes ont diminué au cours des TISI (de tendance limite), encore un 1 an de follow-up (= de suivi). Les dosages des TISI et les scores de risque de chutes ne prédisent pas de faire diminuer les taux de chutes. Les patients qui sont tombés durant les 3 périodes ne sont pas les plus à risques. Les infirmières interprètent les TISI comme une imposition et la documentation comme un fardeau. **Conclusion :** les résultats éclairent les multiples défis de la recherche translationnelle. Les TISI semblaient réduire les taux de chutes au départ, mais la fidélité de l'implémentation et documentation des TISI était variables et les gains en réduction des chutes ont été perdus 1 an plus tard. Les infirmiers ont exprimé l'importance d'équilibrer la fidélité des interventions et d'individualiser les interventions des patients.

Introduction Enoncé du problème	Les chutes des patients restent l'événement indésirable le plus fréquent dans les établissements de soins aigus et qui entraînent souvent de la morbidité, la mortalité et la peur de tomber. Il existe des preuves de recherches pour les meilleures pratiques de soins infirmiers liés aux chutes, y compris l'évaluation et les interventions. Jusqu'à récemment, la majorité des meilleures preuves d'interventions de prévention/réduction des chutes ont été trouvées dans les EMS et séjours de longue durée. Les études menées sur les chutes liées aux soins infirmiers dans les hôpitaux de soins aigus (ex. des unités d'orthopédie) ont augmenté durant les 8 dernières années, avec un certain nombre d'approches expérimentales, mais avec des conceptions rigoureuses limitées. Les résultats ont été mitigés pour les effets des interventions préventives et, en particulier en ce qui concerne la durabilité des effets dans le temps et pour les populations les plus à risques. Néanmoins, les recommandations de ces études comprennent que les interventions avec les meilleures preuves disponibles devraient être traduites à la pratique. Cependant, ce qui complique le processus de transposition est l'influence d'autres facteurs qui peuvent servir de barrières ou ressources à la mise en œuvre des preuves dans la pratique, comme les préfèrences des soignants et les caractéristiques d'organisation et du système.
Recension des écrits	**Prévalence et facteurs contribuants :** Il existe une variété de définition d'une chute, y compris celle de l'association nationale de base de données des indicateurs de qualité des soins infirmiers des infirmiers américains (ANA-NDNQI), qui est utilisé par le site d'étude. Leur définition est « une descente imprévue au sol ». Les chutes durant une hospitalisation dans un établissement de soins aigus, sont de 1.7 à 25 pour 1000 jours d'hospitalisations et environ 6 à 44% de celles-ci entraînent des blessures. Les chutes des patients sont coûteuses pour l'établissement. Dans une étude, les coûts médicaux pour un patient ayant chuté durant son hospitalisation, étaient estimés à 5'317 $ de plus que les contrôles. Boswell et al. (2001), ont utilisé l'estimation de Bates et al. ainsi que leur durée médiane de séjour de 7.5 jours, pour obtenir un coût des frais d'une chute par patient, s'élevant à 351 $. De plus, Rizzo et al. (1998) ont estimé sur une période de 1 an, le coût moyen d'une chute d'une personne âgée, à 19'440 $. Les chutes des patients ont été classées en trois types (Morse, 1997) ; 1. accidentelle, glissante et déclanchée (généralement causée par un danger de l'environnement) 2. attendue, physiologique (chutes pour ceux qui sont considérés à risque) ce qui représente près de 80% des chutes à l'hôpital 3. physiologique imprévue définit les chutes attribuées aux facteurs qui ne peuvent pas être prédit avant la première chute

	Ashles et al. (1998) disent que la majorité des chutes se produisent à partir ou à proximité du lit du patient. D'autres lieux communs sont la salle de bain du patient ou le couloir. L'activité la plus fréquemment citée au moment d'une chute est la déambulation, habituellement dans la salle de bain ou vers la table de nuit (Hitcho et al. 2004). Lorsqu'il est interrogé sur les stratégies de prévention, le personnel infirmier identifie qu'un plan de soins accessible qui comprend un état des risques de chutes combiné à des ressources à exécuter, est un plan essentiel pour réduire les chutes (Dykes et al. 2009). **Évaluation du risque de chutes et dépistage** Un certain nombre d'études a été publié concernant l'évaluation du risque de chutes. Les outils disponibles ont généralement une bonne fiabilité d'inter-évaluateur mais ils distinguent mal les patients à risques de chutes. Toutefois, la preuve de la validité et de la fiabilité des mesures d'évaluation des risques chez les patients hospitalisés est limitée. Les résultats d'une revue systématique de la validité et fiabilité des outils d'évaluations des risques pour l'utilisation chez des personnes âgées dans de multiples contextes, se sont montrés modérés à bonne validité et fiabilité pour la plupart des paramètres, cependant quelques outils ont été testés plus d'une fois. Ainsi, aucun outil ne pourrait être recommandé pour la prise en charge aiguë ou d'autres paramètres. **Les chutes liées aux pratiques de soins infirmiers basés sur des preuves** Les preuves d'interventions efficaces pour prévenir et réduire les chutes du patient sont mélangées. Currie (2008), a déclaré : « une stratégie de prévention de chute et de blessure omniprésente n'a pas été identifiée pour les patients hospitalisés et la mise en œuvre de stratégies à multiples facettes est souvent difficile dans des environnements cliniques complexes ». Une approche multidimensionnelle qui cible les facteurs de risque individuels des patients est recommandée, bien que la preuve que cette approche réduit effectivement les taux de chutes soit insuffisante. Les efforts récents comprennent une apprche globale/à multiples facettes pour la prévention et réduction des chutes chez les patients hospitalisés. Les plans de soins pré-imprimés, la formation du personnel, et l'utilisation d'outils d'évaluation des risques ont tous aboutis à des résultats mitigés au moment de l'intervention car celle-ci était livrée avec des gains souvent perdus au fil du temps. Les rapports publiés attirent l'attention des tournées structurées de soins infirmiers comme une intervention prometteuse pour réduire les chutes des patients. Maede et al. (2006), ont d'abord rapporté les effets de 1 et 2 heures de tournées structurées de soins infirmiers qui comprenaient des actions spécifiques de soins infirmiers. En utilisant un groupe modèle quasi-expérimental non équivalent avec 14 hôpitaux et 27 unités de soins infirmiers, ils ont trouvés que les tournées de soins infirmiers (étudiées pendant 4 semaines) avec des actions spécifiques étaient associées à la réduction signficative de l'utilisation des patients des sonnettes et des chutes

	du patient, et a augmenté la satisfaction des patients. Les recommandations de Maede et al. comprennent la nécessité d'études plus approfondies avec une durée d'intervention plus longue pour expliquer davantage les interventions infirmières liées à la réduction des risques de chutes. Un certain nombre de chercheurs ont ensuite étudiés les tournées structurées de soins infirmiers sur la construction des recherches de Maede et al. Un grand nombre d'interventions supplémentaires ont été incluses dans ces études de recherches, y compris la formation du personnel sur les risques de chutes, l'éducation du patient et de la famille, la boîte à outils des chutes, la toilette avant les antalgiques, le pêle-mêle de la sécurité et l'identification automatique des chutes à haut risques. L'ensemble des résultats de l'étude ont indiqué du positif sur, quoique variable, les effets des tournées de soins sur les taux de chute, la satisfaction des patients et du personnel infirmier. Les membres du personnel qui ont été interrogés sur leurs points de vue concernant des tournées de soins infirmiers, ont exprimé des préoccupations au sujet de la perturbation du sommel et des repas du patient (Murphy et al. 2008) et les obstacles dus au temps supplémentaire nécessaire pour les patients ayant des besoins complexes, les perturbations à charger les infirmiers de fonctions, et la maladresse avec certains patients. Ainsi des recherches supplémentaires sont justifiées sur les avantages à court et long terme des TISI avec le resserrement des modèles de recherches et des évaluations à long terme de se sentir confiant dans l'étiquettage des TISI comme une meilleure pratique de prévention des chutes.
Cadre théorique ou conceptuel	**Cadre conceptuel** Cette étude a été guidée par un certain nombre de modèles qui soulignent que la preuve ne suffit pas pour assurer et maintenir les meilleures pratiques de soins infirmiers. Par exemple, le cadre « l'Action Promouvoir la Recherche en Services de Santé (PARHIS) » était utile pour accentuer le niveau de preuve, le contexte et la facilitation du changement comme étant important pour une implémentation réussie. Ces modèles ont guidé l'étude en façonnant la mise en œuvre des TISI fondées sur la recherche de l'impact sur les taux de chutes ainsi que sur la satisfaction des soins infirmiers dans la pratique. Il a été reconnu que les interactions entre les patients, les infirmières et le cadre dans lequel ont lieu les soins (à savoir la disposition physique de la pièce) ont été des facteurs qui pourraient influencer le succès de l'implémentation des TISI. Il a également été prévu que l'étude permettrait d'informer les enquêteurs sur la façon dont les interventions complexes peuvent être mises en œuvre, intégrées et soutenues au fil du temps.
Hypothèses	**Buts et objectifs** Le but de cette étude était d'évaluer la faisabilité et les résultats de l'adaptation et la transposition d'horaires de

	tournée structurée de soins infirmiers pour réduire les risques et incidence des chutes des patients hospitalisés dans deux unités d'orthopédie. <u>Buts et hypothèses spécifiques primaires :</u> But 1. Comparer les taux de chutes du patient (avec ou sans blessure) sur les deux units d'orthopédie en trois temps ; une période de 3 mois avant l'implémentation des TISI, une période de 3 mois au cours de l'implémentation initiale des TISI, et une période de 3 mois, 1 an après la mise en œuvre des TISI. Hypothèse 1 est de l'ordre du quasi expérimental avec une expérience avant et après : a. le taux de chutes du patient sera plus bas durant les TISI b. les effets des TISI sur les taux de chutes seront maintenus 1 an après la mise en œuvre des TISI But 2. Évaluer l'association entre les scores de risque de chutes du patient et la probabilité de chuter durant une hospitalisation. Hypothèse 2 est une corrélation prédictive : a. le taux de chutes du patient sera plus élevé pour les patients à risque accru But 3. Évaluer l'association entre le dosage documenté des TISI et la probabilité de chuter lors d'une hospitalisation Hypothèse 3 est une corrélation prédictoire : a. une plus grande dose de documentation des TISI sera associée à des taux de chutes plus bas <u>Objectifs secondaires :</u> But 4. Comparer et contraster les profils des patients qui sont tombés au cours de la période de référence, au cours de la période d'intervention ayant été arrondi et, au cours de la période de suivi après 1 an. But 5. Explorer les transmissions des infirmières sur les ressources et barrières du personnel infirmier à fournir des TISI. Il s'agit ici de devis qualitatif avec des recherches plutôt descriptives.
Méthodes Devis de	Il s'agit dans cette étude d'un devis mixte. Une conception descriptive et répétée a été utilisée. Il y a du devis quantitatif avec des hypothèses quasi expérimentale et des corrélations, mais il y a aussi des données

recherche	descriptives correspondant au devis qualitatif. C'est un devis avant-après à groupe unique.
Population et contexte	**Echantillon et contexte** Le cadre de cette étude comprenait deux unités orthopédiques postopératoires avec 29 lits dans un grand centre médical universitaire dans le Midwest des Etats-Unis. Le personnel infirmier sur les deux unités d'études fournit des soins pour les patients subissant une arthroplastie totale, de la chirurgie reconstructive adulte et de l'oncologie orthopédique. Les soins aux patients sont prévus, dirigés, livrés et évalués par les infirmiers autorisées qui sont guidées par un modèle de soins infirmiers qui met l'accent sur la relation infirmière-patient comme le fondement des soins infirmiers. Le personnel infirmier inclus les infirmiers et les infirmiers auxiliaires autorisés. En plus, les aides-soignants sans licence fournissent des soins aux patients délégués et sous la supervision des infirmiers diplomés.
Collecte des données et mesures	Une conception descriptive et répétée a été utilisée lorsque les données liées aux chutes ont été recueillies pour la première fois, suivie par la mise en œuvre de 12 semaines de TISI avec des données collectées au cours des TISI et une mesure de 1 an de suivi des données liées aux chutes. Le dosage des interventions a également été mesuré par une infirmière de documentation. Cette conception a fourni des données concernant les effets des TISI durant l'implémentation initiale, ainsi que sur la durabilité des effets dans le temps. L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel pour la protection des sujets humains. L'approbation a été donnée pour l'examen des dossiers médicaux pour les données liées aux chutes, pour la participation du personnel infirmier à la mise en œuvre des TISI, et les groupes de discussion avec les infirmiers de l'étude.
	Variables et mesures Afin d'évaluer les effets des TISI, les données ont été collectées avant, pendant et 1 an après l'implémentation des TISI. Les variables incluaient les taux de chutes, les scores du risque de chutes, la fidélité des TISI, et l'identification des barrières et ressources du personnel infirmier à l'implémentation de TISI. Les profils des patients qui tombent ont été créés en examinant les dossiers médicaux des patients qui sont tombés au cours des périodes de collecte de données. *Les taux de chutes des patients:* Les taux de chutes dans cette étude ont été définis de deux façons : 1) la probabilité qu'une hospitalisation induit une chute, et 2) l'incidence des chutes pour 1000 jours-patients (tous les jours sont comptés comme une journée complète). La première définition est plus simple et ne prend pas en compte la durée des

	hospitalisations. Cette dernière ne comptait pas pour la durée d'hospitalisation. Toutes les chutes (avec ou sans blessures) sont enregistrées dans le dossier médical du patient par traitement standard des chutes. *Le risque de chutes du patient:* L'évaluation du risque de chutes a été définie comme un processus systématique d'identification des facteurs individuels qui placent une personne à risque de chutes. Les données étaient régulièrement recueillies comme norme de pratique en utilisant le modèle du risque de chutes de Hendrich II (HFRM II). Le HFRM II est un modèle basé sur des données probantes visant à identifier les patients à risque de chutes. Les facteurs de risque du HFRM II incluent la confusion, la dépression, l'élimination modifiée, les vertiges, le sexe, les catégories spécifiques de la drogue et la mobilité est évaluée par l'utilisation d'une partie du test «Get-up-and-go». Les patients sont considérés à haut risque si leur score est de 5 ou plus. Les infirmières ont été formées à ce modèle de risque (au cours de leur formation) et peuvent compléter une évaluation quotidienne des risques chez tous les patients. Le HFRM II a été choisi par l'institution comme l'outil de dépistage des risques de chutes en fonction de la sensibilité (74,9 %), la spécificité (73,9 %), et l'inclusion des classes de médicaments comme un facteur de risque. Au cours des trois périodes de collecte de données, les taux de chutes et les données d'évaluation des risques d'Hendrich ont été récupérés à partir des dossiers de tous les patients hospitalisés au cours de ces périodes de collecte de données et un score moyen de risque de chutes a été utilisé dans l'analyse des données. L'échantillon pour la modélisation statistique formelle a été limité aux seuls patients qui avaient eu, au moins une évaluation de score de risque complétée au cours de leur hospitalisation. *La fidélité des TISI:* La fidélité des TISI a été définie comme le fait de fournir une tournée d'intervention de soins comme prévu, incluant l'enregistrement des composantes des TISI. Les formulaires papiers des TISI étaient disponibles et conservés sur des planches hors des chambres des patients. Les membres du personnel infirmier ont été avisés sur la procédure de documentation des TISI. Cela comprenait l'attente que toutes les composantes des TISI soient mises en œuvre à chaque tour horaire, sauf quand cela était impossible. Le personnel infirmier a été avisés qu'il fallait mettre des coches sur le formulaire toutes les heures, à côté de la composante des TISI s'il a été fait lors de la tournée et qu'il fallait indiquer dans la section des commentaires, pourquoi un acte n'a pas été fait. Par exemple si le patient n'est pas dans l'unité, qu'il passe un test médical ou qu'il dort. Un pourcentage de la dose documentée pour chaque action a été calculé en additionnant toutes les coches horaires et en divisant par le nombre total de coche horaire qui était possibles, par exemple, toutes les visites horaires possibles alors que le patient a été hospitalisé dans l'unité. Une action était considérée comme achevée, lors du pourcentage

	du calcul des actions accomplies, si une infirmière commentait pourquoi l'action n'a pas été faite. Les infirmières gestionnaires surveillaient la fidélité de l'intervention, y compris la documentation sur les listes de contrôle de l'étude. Elles ont examiné de façon aléatoire les listes de contrôle de l'étude pour le respect de la documentation tout au long pour surveiller si les tournées horaires se produisaient. Il a été décidé de les surveiller de façon naturaliste en raison des ressources limitées et des préoccupations que la partialité évidente qu'un observateur pourrait créer. Des rappels des tournées ont été envoyés dans le bulletin d'informations de l'unité et mentionnés dans le rapport succinct. En outre, si une chute arrivait, les listes de contrôles de l'étude auraient été examinées pour voir si les tournées aux heures ont été faites et comment il peut y avoir un rapport avec le lieu et le moment où la chute est survenue. *Les obstacles et ressources à la mise en œuvre, à l'intégration et au maintien des TISI:* Les obstacles à la mise en œuvre et au maintien des TISI ont été définis comme des facteurs qui entravaient, à court ou à long terme, la mise en œuvre des TISI et de ses composantes. Les ressources étaient les facteurs qui ont amélioré à court et à long terme la mise en œuvre des TISI. Un guide d'entretien a été utilisé au cours des groupes cibles pour guider la discussion sur les perceptions des infirmières des ressources et des barrières liées aux TISI (Figure 1). *Les profils de chute des patients:* Les profils de chute des patients ont été définis par une liste de caractéristiques (risques et conséquences) des patients qui ont subi une chute dans les unités d'étude au cours de leur hospitalisation. Un examen électronique rétrospectif des dossiers médicaux a été réalisé chez tous les patients qui ont chutés durant les périodes de collecte de données, pour recueillir des données détaillées sur les caractéristiques des patients et des circonstances de la chute (ex. le type, la date, les blessures liées et les traitements correspondants).
Déroulement de l'étude	**La procédure de collecte de données** Les données des chutes ont été collectées à trois moments; la ligne de base (avant les TISI), au cours de l'implémentation des TISI, et 12 mois après la mise en place des TISI. À chacun de ces moments, les taux de chutes ont été mesurés sur une période de 3 mois. Les données d'évaluation des risques de chutes ont été récupérées à partir des dossiers médicaux des patients hospitalisés pendant les périodes de collecte de données. Au cours de la phase de collecte des données de base, les soins infirmiers, y compris la tournée habituelle de

	soins ont été fourni comme d'habitude. La fréquence et le contenu des tournées ont été individualisés selon le patient par le personnel infirmier, ainsi la fréquence réelle et les composantes des tournées étaient très variables. Au cours de la mise en œuvre des TISI, les infirmiers étaient censés mettre en place les 6 éléments des TISI et formulaire de chaque tournée. Le personnel infirmier a évalué les TISI avec chaque patient au moment de son admission à l'hôpital. Tout le personnel infirmier a été introduit à l'intervention de l'étude lors d'une séance de formation obligatoire d'une heure menée par les deux infirmières gestionnaires des patients, l'infirmière clinicienne spécialisée et l'infirmière spécialisée dans l'éducation. Le contenu inclu : le contexte et l'objet de l'étude, la collecte de données sur les méthodes et processus et les attentes des membres du personnel au cours de l'étude. Les infirmières gestionnaires surveillaient la fidélité de l'intervention, y compris la documentation sur les listes de contrôle de l'étude tout au long de la mise en œuvre TISI. Plusieurs semaines après les 3 mois de la phase d'implémentation des TISI, les infirmiers travaillant dans les deux unités de soins de l'étude, ont été invités à participer à l'un des quatre groupes de discussion prévus pour identifier les ressources et les obstacles. Les groupes de discussion ont eu lieu dans une salle de conférence calme, loin de l'activité du patient, à l'aide du guide d'entretien décrit plus tôt et a duré de 50 à 75 minutes. Les entretiens ont été audio-enregistrés et transcrits plus tard. Les participants ont été consentis par un processus de consentement verbal avant le début de chaque groupe de discussion. **Les infirmières lors de leur tournée doivent tenir compte et documenter chaque heure ces 6 éléments ;** 1. Aider durant la toilette 2. Évaluer et traiter la position et le confort du patient 3. Mise en place d'appel lumineux, table de chevet, de l'eau, la télécommande, des mouchoirs, et la poubelle, à porter des patients. 4. Avant de partir, demander s'il y a quelque chose qu'on peut faire avant de partir 5. Dire au patient qu'un membre du personnel infirmier sera de retour dans une heure 6. Souligner la volonté du personnel de répondre plutôt que le patient déambule sans aide Les TISI devraient être modifiées lorsque les patients dorment, sauf si nécessaire de les réveiller pour d'autres raisons telles que des traitements.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

Résultats	Analyse des données
Traitement des données	Les critères principaux de cette étude étaient les taux de chutes avec et sans blessures. Les scores des patients à l'évaluation des risques de chutes (par des infirmiers) et la posologie des TISI (reflétée par la documentation des infirmiers) ont été considérés comme des variables lors de l'évaluation des effets des TISI sur les taux de chutes. Les mesures répétées ont été estimées pour le résultat d'une chute durant l'hospitalisation. Ces modèles analysent formellement les taux de chutes, tel que défini par la probabilité de tomber lors d'une hospitalisation. Des hospitalisations multiples du même patient ont été comptabilisées en utilisant des équations d'estimation généralisées (EEG) avec une structure de corrélation échangeable, qui estiment une corrélation unique pour toutes les paires d'hospitalisation. Un modèle comprenait des termes pour la période (de base, lors de la mise en œuvre des TISI, et 1 an de suivi) et la moyenne du score du risque de chutes pour une hospitalisation. Un second modèle, appliqué que pendant la mise en œuvre des TISI (parce que les doses des TISI ont été mesurées uniquement au cours de la période de mise en œuvre), comprenait des termes pour la moyenne du score du risque de chutes et la dose moyenne des TISI pendant l'hospitalisation. Toutes les valeurs P ont été calculées à partir des tests du chi-carré de Wald. Les odds ratios et les 95% d'intervalles de confiance ont été calculées en utilisant les coefficients du modèle et les erreurs standards. Les odds ratios mesurent la variation relative de la probabilité d'avoir une chute lors d'une hospitalisation pour un changement d'une unité dans une variable. Les « modèles de régression de Poisson » ont été utilisés pour analyser le taux de chutes tel que défini par le nombre de chutes pour 1000 jours d'hospitalisation. Le résultat de ces modèles est le nombre de fois qu'un patient est tombé pendant l'hospitalisation. Le journal de la durée du séjour a été utilisé comme un terme de décalage dans ces modèles. Aucun paramètre n'est obtenu sur la durée estimée de séjour, mais cela met le résultat sur une échelle par jour d'hospitalisation. Une échelle pour 1.000 jours n'est pas nécessaire puisque le modèle ne mesure que les changements relatifs, c'est donc équivalent. La EEG a été utilisée pour ajuster les hospitalisations multiples provenant du même patient, comme ci-dessus. Les incidences des odds ratios et les intervalles de confiance ont été calculées à partir des modèles de Poisson. Les odds ratios mesurent la variation relative du taux de chutes par jour-patient pour un changement d'une unité dans une variable. Les statistiques descriptives ont été utilisées pour examiner et comparer les profils des dossiers médicaux des patients qui sont tombés au cours des trois moments de collecte de données. Pour les groupes de discussion, l'analyse descriptive de texte a été menée auprès de l'équipe infirmière pour obtenir la description de leur expérience des TISI. Les thèmes communs ont émergés comme le texte, à partir des

	groupes de discussion, qui a été lu et relu et comparé dans les quatre groupes de discussion
Présentation des résultats	**Hospitalisation et fréquence des chutes** Il y avait 2'295 hospitalisations au cours de la période étudiée (682 dans la période de référence, 775 dans la période d'intervention des TISI, et 838 post-intervention) où au moins un score de risque de chutes était présent. En outre, 2'170 patients uniques, soit des personnes différentes, étaient représentées (670 dans la période de référence, 755 dans la période d'intervention, et 812 post-intervention). Certains patients ont eu des hospitalisations dans plusieurs périodes. La durée médiane du séjour était de 3 jours (min = 0, max = 107). Il y avait 14 chutes au cours de la période de base (3 d'un patient), 6 chutes lors de la mise en œuvre des TISI, et 9 chutes 1 an après l'implémentation. Les taux de chutes observés ont été de 1,8%, 0,8 % et 1,1% pour les trois périodes, respectivement, lors de l'utilisation de la définition de probabilité d'hospitalisation. Le nombre de chutes pour 1000 jours d'hospitalisation était de 4,5, 1,6, et 3,2 pour les trois périodes. Les résultats ont été exposés d'après les hypothèses émises au début de l'étude. Ils ont également été exposés selon les buts de l'étude, il s'agit ici de données descriptives. Les deux méthodes sont complémentaires. *Hypothèses 1a et 1b : effets des TISI* Les résultats suggèrent une tendance statistique limite (OR = 0,40, p = 0,088) qui indiquent que les taux de chutes étaient plus faibles au cours de la mise en œuvre des TISI par rapport à la ligne de base. Toutefois, cette constatation est interprétée avec prudence car les différences de taux de chutes entre les périodes ne sont pas significatives (p=0.226). Ainsi l'hypothèse 1, qui dit que les taux de chutes seraient moins élevés au cours des TISI, a été partiellement soutenue par une tendance dans le sens prévu, mais l'hypothèse 2, disant que les effets positifs des TISI seraient maintenus au fil du temps, n'a pas été pris en considération. Des résultats et discussions similaires ont été obtenus à partir des modèles de Poisson pour les taux de chutes pour 1000 jours d'hospitalisation (voir tableau 1). *Hypothèse 2 : taux des risques de chute* Les scores moyens d'évaluation des risques de chutes étaient de 2,7 ± 1,1, 2,7 ± 1,1 et 2,5 ± 1,1 pour la ligne de base, la mise en œuvre TISI, et la période post-mise en œuvre TISI, respectivement. Les données concernant l'association des scores d'évaluation des risques avec les chutes sont également

	présentées dans le tableau 1. Le rapport de cote (odds ratio) de 1.14 pour la moyenne des scores des risques de chutes signifie, que lorsque l'on augmente la moyenne des scores de risque de 1, les chances de chuter sont augmentées par un facteur de 1.14 (ou 14% de plus), cependant, cette conclusion n'a pas été statistiquement significative (p=0.51). Ainsi, l'hypothèse que les taux de chutes seraient plus élevés pour ceux évalués comme ayant un plus grand risque de chutes, n'a pas été pris en compte. Des résultats et conclusions similaires ont été obtenus à partir des modèles de Poisson pour le taux de chute pour 1000 jours d'hospitalisation. *Hypothèse 3 : une plus grande dose de documentation des TISI sera associée à des taux de chutes plus bas* Une estimation des effets des dosages des TISI sur les taux de chutes a été limitée à cause du manque de documentation complète des TISI. Les activités spécifiques au sein des TISI ont été documentées entre 22 et 60 % du temps (voir le tableau 2). L'association des activités des TISI documentées (au cours de la période initiale de mise en œuvre des TISI) et les taux de chutes d'hospitalisation documentés, n'ont pas été statistiquement significatif (OR = 1,06, IC 0,94 à 1,18, p = 0,34), même après ajustement pour la moyenne du score des risques de chute (OR = 1,42, IC 0,74 à 2,71, p = 0,29). Le rapport de taux d'incidence pour les activités TISI était de 1,06 (IC 0,94 à 1,20, p = 0,32) et pour la moyenne des scores de risque de chutes était de 1,27 (IC 0,66 à 2,44, p = 0,48). Ainsi, l'hypothèse selon laquelle une plus grande documentation des TISI sera associée à des taux inférieurs de chutes chez le patient, n'a pas été retenue. **Objectifs secondaires** Deux objectifs secondaires de type descriptif ont été évalués. Ceux-ci comprennent 1) la comparaison et mise en contraste des profils de patients qui sont tombés au cours de la période de référence, au cours de la période de tournée d'interventions de soins, et pendant la période de suivi de 1 an (follow-up) et 2) explorer les feedback des ressources et barrières de l'équipe infirmière à la prestation de TISI. En comparant les profils des patients qui sont tombés au cours des trois périodes de mesure, aucune caractéristique spécifique n'été identifié comme étant unique à une période proportionnelle au nombre de chutes (voir tableaux 3 et 4). Le plus remarquable est que, pour les trois périodes de mesure, la majorité des chutes qui ont eu lieu, étaient chez des patients qui ne sont ni confus, ni présumé à risque de chutes, et la grande majorité n'a entraîné aucune blessure. *Résultats du groupe de discussion* 14 infirmières ont assisté à l'un des 4 groupes de discussion. 4 thèmes ont émergé comme les infirmières

	décrivaient l'introduction de TISI dans leur pratique clinique. 1. *Manque de clarté.* Le personnel infirmier a exprimé un manque de claré dans le but/objectif de l'étude et des TISI comme une intervention infirmière valable pour leur population de patients. Une infirmière, pour clarifier le but, a demandé : quelle est la validité de cette intervention avec le patient opéré ? Par exemple, poser la question d'aller aux toilettes toutes les heures ? Est-ce que ce message est pertinent et valide pour une autre personne en bonne santé ayant eu de la chirurgie orthopédique ? Ce message peut être pertinent pour un patient âgé ou confus mais pas pour certains de nos patients. Donc, je n'ai pas posé cette question à tous mes patients. L'infirmière se sentait stupide de continuer à demander à un individu sain s'il avait besoin d'aller aux toilettes. 2. *La documentation est un fardeau supplémentaire.* La documentation de l'intervention de l'étude nécessite des transcriptions supplémentaires sur une version papier en plus de la documentation des soins habituels. Les infirmières participantes décrivaient la documentation nécessaire à l'intervention de l'étude comme « lourde » et concluaient que « de la documentation à double menait à plus de travail ». Une infirmière disait ; je continuais d'entendre d'autres membres du personnel dire qu'ils ne remplissaient pas les formulaires papiers que je venais de donner alors j'ai abondonné. Je ne pouvais pas suivre cela. Une fois que je savais que les autres infirmières ne suivaient pas les procédures de documentations, j'ai abondonné. 3. *Pourquoi notre unité de soin ?* Tout le personnel a décrit de l'incertitude quant à la raison pour laquelle leur unité de soins avait été sélectionnée pour la mise en œuvre de TISI. Cette incertitude conduit à un rendement insatisfaisant dans leur unité de soins résultant à leur inclusion dans cette étude. Le commentaire d'un participant: je ne suis toujours pas au clair sur le but de ce thème. Avons-nous fait quelque chose de mal ? Vrai ou pas, les TISI remettent en question les soins que nous fournissons actuellement à nos patients. 4. *Mise en contexte avec d'autres changements de soins aux patients.* Les participants de chaque groupe de discussion ont parlé du contexte de l'unité de soins combiné avec la "surcharge" connue pendant toute la durée de l'étude. Les infirmières ont décrit plusieurs initiatives de changements concurrents en plus des TISI, toutes sont en compétition pour leur attention. Une infirmière a résumé la situation ainsi : nous avons eu 5 changements en un mois. C'était tous de grands changements. On n'a pas besoin d'ajouter cela en plus de tous le reste en cours.

Discussion	Discussion
Intégration de la théorie et des concepts	Les tournées de soins infirmiers structurées ont été mis en évidence dans la littérature comme une stratégie importante pour réduire les chutes et les appels (sonnettes) des patients, ainsi que dans l'amélioration de la satisfaction des patients et peut être dans de la gestion de la douleur. Dans cette étude, l'objectif principal était d'évaluer la faisabilité de la mise en œuvre de TISI avec fidélité et les effets de mesure sur les taux de chutes. Les TISI ont été mises en œuvre sur deux unités orthopédiques comme prévu, mais la fidélité de la mise en œuvre, était beaucoup plus variable que prévu. Un certain nombre de facteurs contextuels inattendus ont influencé la mise en œuvre d'TISI, y compris le fait que les plans les mieux conçus peuvent être contrecarrés par la pratique des préoccupations plus importantes. Dans cette étude, un problème clinique inattendu est apparu au moment du lancement de la mise en œuvre des TISI, ce qui a impliqué la sécurité des patients et a abouti à une décision interdisciplinaire de « mandater » des horaires généraux sur les unités d'étude avant que la formation du personnel sur les activités TISI ne soit terminée. Le personnel infirmier a rapporté qu'ils sentaient un manque de prise de décisions, créant un environnement punitif et moins de collaboration pour la mise en œuvre des TISI. Les préférences des patients et des soignants ont également été révélées comme importantes dans cette étude. Kitson et al. (1998) ont suggéré qu'une intervention pensée pour être le «standard d'or» en preuves d'efficacité ne sera pas encore largement adapté en pratique si elle est rejetée par les cliniciens et les patients. Dans cette étude, des infirmières et des patients semblaient avoir au moins partiellement rejeté les TISI et peut-être avec de bonnes raisons. Les patients hospitalisés qui commencent à être indépendants mais pas totalement, ont des besoins différents que les patients avec plus de risques. Cela est particulièrement vrai en orthopédie où un certain nombre d'opérations sont électives chez les patients en bonne santé. De même, le personnel infirmier a intuitivement senti qu'il y avait des moments où certaines composantes n'étaient pas réalistes ou nécessaires chaque heure pour chaque patient. Bourgault et al. (2008) ont rapporté que le personnel exprimait la crainte en ce qui concerne la structure des tournées car ils avaient l'impression que cela faisait déjà partie de leur pratique. En outre, même avec les meilleures intentions, certains patients tentent toujours de déambuler seul sans appeler de l'aide. Par conséquent, toutes les chutes des patients ne peuvent pas être évitées. En termes de l'impact des TISI sur les taux de chutes, l'évaluation à court terme a suggéré des gains positifs pour la réduction des taux de chutes, en particulier avec la grande différence observée au fil du temps pour un événement assez rare. Cependant, les résultats de l'évaluation de 1 an de suivi indiquent un retour vers des

	taux de référence. Une explication est que, après que l'étude a été achevée la fidélité aux TISI a encore baissé, même si le personnel de soins infirmiers était censé soutenir le changement de pratique des TISI. Cette explication semble particulièrement plausible puisqu'elle était partagée dans les groupes de discussion. Certains infirmiers ne suivent pas régulièrement le protocole ou le document TISI (fidélité au protocole d'intervention). Alternativement, puisque le dosage de documentation des TISI ne semble pas prédire des taux de chutes, il est possible que les effets des TISI sur les taux de chutes ne soient que modestes ou en fonction du type de pratique ou d'autres facteurs. Toutefois, les limites des mesures peuvent avoir influé sur cette constatation. En résumé, bien que les effets des TISI sur les taux de chutes dans cette étude ne soient pas concluants, un certain nombre d'idées sur la façon de mettre en œuvre les TISI et en quoi ils sont importants. Tout d'abord, travailler avec tout le personnel infirmier en termes d'identification d'un objectif clair pour un changement de la pratique et les éléments qui seront essentiels pour la mise en œuvre peut conduire à une plus grande mise en œuvre réussie. Ce qui semble également important, c'est d'identifier où la flexibilité peut être offerte pour permettre l'adaptation des pratiques normalisées pour les patients individuels fondés sur le jugement clinique des infirmières. Comme l'ont souligné Kitson et al. avoir des ressources pour aider à faciliter un changement, indépendamment des forces motrices, peut être plus efficace pour permettre au personnel de faire des changements. La création de ces conditions contextuelles peut augmenter la force (et la fidélité) des TISI. Compte tenu des données pointues vers une tendance pour les effets des TISI sur les taux de chutes, une nouvelle évaluation de la mise en œuvre des TISI sur les taux de chutes est justifiée. **Limitations** Cette étude ne comprenait pas d'attribution aléatoire ou de groupe contrôle. Il est donc possible que les taux de chutes ont été influencés par l'attention accrue aux chutes plutôt que les TISI spécifiques. De telles limitations sont des réalités de la conduite de recherches dans des milieux naturalistes, tels que les unités de soins aigus où l'attribuation aléatoire des patients n'est souvent pas possible de même que pour les infirmiers où les groupes de traitement et de contrôle ne sont souvent pas possible. L'échantillon a été limité à l'inscription des patients qui avaient au moins eu un score d'évaluation du risque de chute compélté au cours de l'hospitalisation. Ainsi, il est possible que les résultats soient différents chez un patient qui n'a pas eu d'évaluation de risque de chutes achevée au cours de son hospitalisation. De plus, parce que les données de l'évaluation des risques de chutes de Hendrich, ont été récupérées de manière rétrospective, un taux de fiabilité inter-évaluateur n'a pas pu être évalué. Enfin, les taux de chutes de référence (bon pour les patients) peuvent

	avoir été limités par la détection des effets des TISI. Cependant, la taille de l'échantillon était assez grande, avec au moins 682 hospitalisations et au moins 670 patients dans chaque période. L'extension de la période d'étude serait encore respectée avec des taux faibles de chutes, et nécessiterait plus de ressources et de temps pour compléter l'étude.
Perspectives futures	**Recherches et pratique future** Notre étude a des implications pour le leadership, la recherche et la politique. Le leadership agencé dans l'étude a passé en revue les résultats de l'étude et a décidé de mettre en œuvre les TISI au-delà des deux unités d'étude. Des facteurs tels que la fréquence des TISI, (aux 2 heures) et pour quelle population la fréquence et l'intensité des TISI devraient être supérieures, sont envisagés dans la population. Un autre aspect influençant la diffusion de cette décision concerne le service à la clientèle. Les tournées de soins contribuent à développer des relations de confiance avec les patients et les familles, conduisant à une plus grande satisfaction des patients. Une recherche plus rigoureuse et plus approfondie est nécessaire pour évaluer les effets des TISI. Il est reconnu que les tournées de soins sont une stratégie juste pour réduire les chutes ; d'autres stratégies peuvent inclure l'identification des risques, adapter les interventions en fonction de ce risque, et la communication aux soignants du risque et des interventions. Il est également reconnu que les tournées de soins sont des opportunités idéales pour engager le patient et la famille dans les stratégies de prévention des chutes et améliorer la communication des interventions entre le personnel infirmier. Les chutes des patients sont l'uns des huit résultats inclus dans les mesures de la performance des soins infirmiers, adoptés par le Forum National de la Qualité. Les résultats des recherches qui comblent l'écart entre ce qu'on sait des TISI et ce qu'on ne sait pas, peut informer la future politique. D'autres domaines à considérer pour faire avancer ce type de recherches seraient d'avoir un système de documentation robuste et une technologie de l'information de santé qui peut augmenter la validité et la fiabilité de la documentation et de l'absorption de l'intervention. La recherche qui évalue la durabilité des effets des TISI au fil du temps, est essentielle pour faire avancer la recherche sur la prévention des chutes. De plus, l'évaluation des besoins fondamentaux pour les groupes spécifiques de patient et d'autres bénéfices des tournées de soins comme la satisfaction du patient, la réduction de l'utilisation de signal d'alarme, et l'amélioration dans la gestion de la douleur sont des domaines importants pour une étude plus approfondie. Enfin, traiter les facteurs aidant les soignants à accélérer les changements de pratiques ainsi que les caractérisitques d'organisation, tels que les processus ou pratiques obligatoires fondés sur la tradition, sont des

	domaines important pour faire avancer la traduction de la recherche dans la pratique.
Questions générales Présentation	Cet article est bien présenté. Chaque étape de la recherche s'y trouve et est détaillée. Dans chaque partie, plusieurs « sous catégories » apparaissent, rendant la compréhension de l'article plus adaptée. Les résultats sont présentés sous deux formes ce qui aide à la compréhension du lecteur.
Evaluation globale	Bonne présentation, permettant au lecteur de comprendre le sujet et les buts de l'étude. Ces différentes catégories ciblent la lecture et améliorent la compréhension.

Références bibliographiques :

Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.

Fortin, M-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal : Chenelière Education, 2ème éd.

Rapport-Gratuit.com

Références de l'article analysé : Tucker, S.-J., Bieber, P.-L., Attlesey-Pries, J.-M., Olson, M.-E., & Dierkhising, R.-A. (2011). Outcomes and Challenges in Implementating Hourly Rounds to Reduce Falls in Orthopedic Units. *World views on Evidence-Based Nursing, 9,* 18-29. doi: 10.1111/j.1741-6787.2011.00227.x					
Aspects du rapport	**Questions**	**oui**	**Non**	**Peu clair**	**Commentaires**
Titre	-Permet-il de saisir le problème de recherche ?	X			Le titre « Résultats et défis de l'implémentation de tournées de soins pour réduire les chutes dans les unités orthopédiques » permet de saisir le problème de recherche. On peut prétendre que l'étude porte sur les barrières à l'implémentation d'un moyen, qui ici est la tournée de soins, pour réduire les chutes.
Résumé	-Contient-il les principales parties de la recherche (par ex., l'introduction, le cadre théorique, la méthodologie, etc.)?	X			Le résumé est clair et contient les parties principales de la recherche. Sa lecture permet de saisir le sujet de l'étude, avec les résultats principaux.
Introduction Enoncé du problème	-Le problème de recherche est-il énoncé clairement ?			X	Le problème de recherche n'est pas clairement évoqué, cependant, plusieurs éléments laissent comprendre la problématique. Les auteurs décrivent, d'abord, les chutes en général comme étant un problème fréquent dans les soins aigus et ses conséquences. Il est dit que les interventions de prévention sont limitées dans le temps. Le problème est, qu'il y a un certain nombre de facteurs qui s'ajoutent et qui influencent donc l'application des recommandations. Ces derniers peuvent être perçus comme des barrières ou ressources à la mise en œuvre des preuves dans la pratique.
Recension des écrits	-Résume-t-elle les connaissances sur les variables étudiées ?			X	La recension des écrits fait surtout état des connaissances sur les chutes, leurs prévalences, leurs facteurs de risque et leurs coûts. Elle met aussi en évidence l'évaluation du

					risque de chutes avec des outils efficaces mais que les évaluateurs distinguent mal le patient à risques. Cette recension des écrits évoque également les chutes liées aux pratiques de soins infirmiers basés sur des preuves. Dykes et al. (2009). disent que selon le personnel infirmier, une stratégie de prévention essentiel serait un plan de soins accessible contenant un état du risque de chutes combiné à des ressources à exécuter. Cette partie de l'étude ne met pas en avant les variables étudiées. Elles apparaissent plus loin dans la méthode.
Cadre théorique ou conceptuel	-Les principales théories et concepts sont-ils définis ?	X			Oui le cadre conceptuel est défini. Il y a le cadre l'Action Promouvoir la Recherche en Services de Santé (PARHIS) qui a été utilisé pour accentuer le niveau de preuves, le contexte et la facilitation du changement comme étant important pour une implémentation réussie. Les auteurs disent que cette étude est guidée par un certain nombre de modèles ayant pour but de façonner la mise en œuvre des tournées d'interventions de soins infirmiers (TISI). Cependant, ils ne nomment pas les autres modèles.
Hypothèses	-Les hypothèses sont-elles clairement formulées ?	X			Oui les hypothèses sont formulées et découlent des différents buts de l'étude. En tout, il y a 5 buts dans cet article et 4 hypothèses.
	-Découlent-elles de l'état des connaissances (théories et recherches antérieures ?			X	Il n'est pas clair, si les hypothèses découlent des connaissances. On peut cependant supposer selon les buts recherchés, les hypothèses et le contenu de la recension des écrits, que les hypothèses découlent de recherches antérieures.
Méthodes Devis de	-Le devis de recherche est-il décrit ?	X			Oui, il s'agit d'une conception descriptive et répétée et de follow-up. Ces méthodes appartiennent au devis mixte.

Rapport-gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES

recherche					
Population et contexte	-La description de l'échantillon est-elle suffisamment détaillée ?	X			Oui, l'échantillon contient l'ensemble du personnel infirmier travaillant dans les deux unités d'orthopédie. Le contexte comprend deux unités orthopédiques postopératoire avec 29 lits dans un centre hospitalier universitaire dans le Midwest des Etats-Unis. L'échantillon de patients intégrés dans l'étude est de 2'170 (n=2170).
	-La taille de l'échantillon est-elle adéquate par rapport au contexte de la recherche ?	X			Oui, car les recherches d'une conception descriptive, ne peuvent être testées et mesurées, c'est pourquoi l'échantillon n'est pas grand. Donc dans ce contexte, l'échantillon est conforme au contexte de la recherche.
Collecte des données et mesures	-Les instruments de collecte des données sont-ils décrits ?	X			Des hospitalisations multiples du même patient ont été comptabilisées en utilisant des équations d'estimation généralisées (EEG) avec une structure de corrélation échangeable, qui estime une corrélation unique pour toutes les paires d'hospitalisations. Toutes les valeurs P ont été calculées à partir des tests du chi-carré de Wald. Les « modèles de régression de Poisson » ont été utilisés pour analyser le taux de chute tel que défini par le nombre de chutes pour 1000 jours d'hospitalisation.
	-Les variables à mesurer sont-elles décrites et opérationnalisées ?	X			Oui, les variables sont décrites et opérationnelles. Celles-ci incluaient les taux de chutes, les scores de risque de chutes, la fidélité des TISI, et l'identification des barrières et ressources du personnel infirmier à l'implémentation de TISI. Les profils des patients qui chutent ont été créé en examinant les dossiers médicaux des patients qui sont tombés durant les périodes de collecte de données.

Déroulement de l'étude	-La procédure de recherche est-elle décrite ?	X			La procédure de recherche est très bien décrite dans cet article. La collecte de données s'est passée en trois temps ; à la ligne de base (avant les TISI), au cours de l'implémentation des TISI, et 12 mois après la mise en place des TISI. À chacun de ces moments, les taux de chutes ont été mesurés sur une période de 3 mois. Les données d'évaluation des risques de chutes ont été récupérées à partir des dossiers médicaux des patients hospitalisés pendant les périodes de collecte de données. Les infirmiers devaient remplir un document lors de chaque tournée et parfois en y mettant un commentaire pour justifier que l'action n'a pas été faite.
	-A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	X			Oui. Les participants ont été consentis par un processus de consentement verbal avant le début de chaque groupe de discussion. L'étude a été approuvée par le comité d'examen institutionnel pour la protection des sujets humains.
Résultats Traitement des données	Des analyses statistiques ont-elles été entreprises pour répondre à chacune des hypothèses ?	X			Oui, pour chacune des hypothèses appartenant à différents buts, une analyse statistique a été faite en utilisant la valeur P, les rapports de chances, les rapports de cotes et étaient comparés/argumentés en fonction de résultats d'études antérieures obtenus à partir des modèles de Poisson. L'hypothèse 1 sur l'effet des TISI au cours des 3 périodes, a des résultats divergent. En effet, ils indiquent que les chutes étaient plus faibles au cours de la mise en œuvre des TISI par rapport à la ligne de base (p=0.088) mais le test global des 3 périodes indiquent des différences qui ne sont pas significatives (p=0.226). L'hypothèse 2, disant que le taux de chutes du patient sera

					plus élevé s'il est à risque accru, n'a pas été statistiquement significative. L'hypothèse 3 disant que plus de documentation des TISI diminueraient les taux de chutes, a été limitée dû à l'incohérence de documentation complète. Ainsi cette hypothèse n'a pas été retenue.
Présentation des résultats	-Les résultats sont-ils présentés de manière claire (commentaires, tableaux, graphiques, etc.) ?	X			Les résultats sont présentés sous deux différentes formes. Les résultats sont dans un premier temps rédigés dans le texte dans la partie « résultats » de l'étude, puis représentés sous forme de tableau. Chaque hypothèses a ses résultats dans un tableau séparé. Il y a également deux tableaux pour les deux objectifs secondaires de l'étude. Les hypothèses émises en début d'étude ne sont pas statistiquement significatives mais sont importantes. Les résultats des objectifs secondaires ont montré qu'au cours des trois périodes de mesures, aucune caractéristique spécifique n'été identifié. La majorité des chutes qui ont eu lieu, étaient chez des patients qui ne sont ni confus, ni présumés à risque de chutes, et la grande majorité n'a entraînés aucune blessure.
Discussion Intégration de la théorie et des concepts	-Les principaux résultats sont-ils interprétés à partir du cadre théorique et conceptuel, ainsi que des recherches antérieures ?	X			Les principaux résultats ont été interprétés et mis en contraste avec des études antérieures. Dans la littérature, des tournées de soins infirmiers, ont été mis en évidence comme étant une stratégie importante pour réduire les chutes, les appels des patients, améliorer la satisfaction des patients et comme pouvant aider dans la gestion de la douleur. Les infirmiers ont rapporté qu'ils sentaient un manque de collaboration dans la mise en œuvre des TISI. Kitson et al. (1998) ont suggéré que même si l'intervention proposée est considérée comme « un standard en or », elle

					ne sera pas efficace si les cliniciens et patients la rejettent. Dans cette étude, les soignants semblaient avoir partiellement rejeté les TISI, car les patients n'ont pas tous les mêmes besoins et donc ces activités n'étaient pas nécessaires chaque heure chez chaque patient. De plus, des études antérieures ont évoqué que le personnel exprimait une crainte face à ces tournées car ils leur semblaient qu'elles faisaient déjà partie de leur pratique.
	-Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?			X	La question de généralisation n'est pas clairement abordée. Elle dit qu'en effet, malgré que les bénéfices des TISI sur les taux de chutes dans cette étude ne sont pas concluants, un certain nombre d'idées sur la façon de mettre en œuvre les TISI et dans quel but(s) restent importants. Travailler avec tout le personnel infirmier pour identifier un objectif clair en vue d'un changement de la pratique ainsi que déterminer les éléments qui seront essentiels pour la mise en œuvre, peut conduire à une plus grande implémentation réussie. Cela devrait se faire avant la mise en place de nouvelles activités.
	-les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	X			Oui, les limitations de l'étude sont définies. Il y en a plusieurs, les principales seraient que l'étude ne comprenait pas d'attribution aléatoire ou de groupe contrôle car dans des milieux de soins aigus cela n'est souvent pas possible. Il est donc probable que les taux de chutes ont été influencés par l'attention portée aux chutes plutôt que les TISI spécifiquement. L'échantillon a été limité à l'inscription des patients qui avaient au moins eu un score d'évaluation du risque de chute complété au cours de l'hospitalisation. Les résultats peuvent donc être différents chez un patient qui n'a pas eu

					une évaluation achevée.
Perspectives futures	-Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique et sur les travaux de recherche à venir ?	X			Oui, les auteurs tiennent compte des conséquences de leur étude sur la pratique et pour les travaux futurs. Cette étude a des implications pour le leadership, la recherche et la politique. Une recherche plus rigoureuse et plus approfondie est nécessaire pour évaluer les effets des TISI. D'autres domaines à considérer pour faire avancer ce domaine de recherche seraient d'avoir un système de documentation robuste et une technologie de l'information de santé qui peut augmenter la validité et la fiabilité de la documentation et de l'absorption de l'intervention. La recherche qui évalue la durabilité des effets des TISI au fil du temps, est essentiel pour faire avancer la recherche sur la prévention des chutes. Traiter les facteurs aidant les soignants à accélérer les changements de pratiques ainsi que les caractéristiques d'organisation, tels que les processus ou pratiques obligatoires fondés sur la tradition, sont des domaines important pour faire avancer la traduction de la recherche dans la pratique.
Questions générales Présentation	-L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	X			Cet article est bien structuré. L'IMRAD est respecté et est rigoureux. Dans chaque partie, plusieurs « sous catégories » apparaissent, rendant la compréhension de l'article plus adaptée. Les résultats sont présentés sous deux formes ce qui aide à la compréhension du lecteur. Cet article permet une analyse critique minutieuse.
Evaluation	-L'étude procure-t-elle des résultats probants susceptibles	X			Oui ils sont utiles mais mitigés. En effet les taux de chutes ont diminués au cours des TISI mais il semble que leur

globale	d'être utilisés dans la pratique infirmière ou de se révéler utiles pour la discipline infirmière ?				succès soient limités. Les hypothèses n'ont pas été statistiquement significatives. De plus, les infirmiers ont considéré les TISI comme une imposition. Il est, néanmoins, nécessaire de souligner le fait qu'individualiser les soins est important. Les tournées de soins contribuent à développer des relations de confiance avec les patients et les familles, conduisant à une plus grande satisfaction des patients. Il semble que pour l'implémentation dans la pratique, ce genre d'activités doit être clairement expliqué au personnel infirmier.

Références bibliographique : Loiselle, C.G. & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec : ERPI.