



## **Vers un bulletin national de la pratique infirmière : Synthèse des connaissances**

**Rédigé pour le comité de planification d'une séance de réflexion intitulée  
« Vers un bulletin national de la pratique infirmière »**

Par

**Diane Doran, inf., Ph.D., FCAHS**  
Directrice scientifique, Unité de recherche sur les services de santé  
en soins infirmiers (Toronto)  
Infirmière chercheuse principale, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée  
Professeure, Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg  
Université de Toronto

**Barbara Mildon, inf., Ph.D., CHE**  
Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg  
Université de Toronto

**Sean Clarke, inf., Ph.D., FAAN**  
Chaire de recherche infirmière RBC en soins cardiovasculaires  
Directeur intérimaire, Unité de recherche sur les services de santé  
en soins infirmiers (Toronto)  
Professeur agrégé, Faculté des sciences infirmières Lawrence S. Bloomberg  
Université de Toronto et Réseau universitaire de santé

**Février 2011**

### **Remerciements**

Les auteurs expriment leurs sincères remerciements aux membres du Comité de planification d'une séance de réflexion, qui ont examiné et commenté le présent rapport :  
D<sup>r</sup> Karima Velji, M<sup>me</sup> Nora Hammell, M<sup>me</sup> Maureen Charlebois, M<sup>me</sup> Barb Foster,  
D<sup>r</sup> Kathryn Hannah, M<sup>me</sup> Patty O'Connor, M<sup>me</sup> Sandra McDonald Rencz et  
D<sup>r</sup> Susan VanDeVelde-Coke

## Table des matières

<b>Sommaire</b> .....	3
<b>Introduction</b> .....	6
<b>But de la synthèse des connaissances</b> .....	6
<b>Méthodologie</b> .....	7
<b>Origines de la surveillance du rendement et des résultats</b> .....	7
<b>Aperçu des ensembles de données infirmières de base</b> .....	8
<b>Élaboration d'ensembles de données infirmières de base</b> .....	9
<b>Ensembles de données infirmières de base et système de classification</b> .....	10
<b>Des EDIB aux bases de données sur les résultats de la pratique infirmière</b> .....	12
<b>Historique et évolution des résultats liés aux soins infirmiers</b> .....	12
<b>Indicateurs liés aux soins infirmiers et initiatives qui s'y rapportent</b> .....	13
Programme Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS) .....	13
Projet canadien intitulé « Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins » — C-RSAIS .....	14
National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI) .....	15
Projet de base de données appelée « Collaborative Alliance for Nursing Outcomes California » (CALNOC) .....	17
Military Nursing Outcomes Database (MilNOD).....	19
Veterans Affairs Nursing Outcome Database (VANOD).....	20
Données infirmières du Résumé hospitalier minimal de Belgique (DIRHM).....	21
Initiatives du Royaume-Uni.....	23
Tableau 1 : Aperçu comparatif des initiatives portant sur les résultats liés aux soins infirmiers.....	25
<b>Des données aux renseignements : bulletins de la pratique infirmière</b> .....	27
Initiatives nationales de bulletins de rendement .....	28
Tableau 2 : Indicateurs sur les soins infirmiers à inclure dans les Rapports sur les hôpitaux (de l'Ontario) .....	29
<b>Le lien avec la qualité</b> .....	31
<b>Limites et recommandations</b> .....	31
<b>Conclusion</b> .....	33
<b>Références</b> .....	35

## Sommaire

La présente synthèse des connaissances a été compilée pour le compte du comité de planification d'une séance de réflexion intitulée « Vers un bulletin national en soins infirmiers ». Cette séance de réflexion vise à définir une vision commune et un chemin critique en vue d'instaurer un bulletin de rendement national concernant les soins infirmiers, à susciter un appui envers le travail à mener et à préciser les étapes nécessaires pour y parvenir. Le bulletin en soins infirmiers est vu comme un ensemble de données de base choisies sur les indicateurs d'intrants, de processus et d'extrants qui peuvent être recueillies à l'échelle nationale (dans certains lieux pilotes au départ), puis mises en correspondance. Par la suite, les données des bulletins serviront à établir des liens entre les niveaux d'indicateurs, ce qui permettra enfin de connaître la contribution des soins infirmiers aux résultats liés à ces soins, et d'influencer l'orientation des politiques en matière de soins infirmiers.

La présente synthèse des connaissances détermine ce qui est connu des initiatives de surveillance des résultats et du rendement dans le secteur infirmier, notamment certains indicateurs et systèmes de production de rapports, ainsi que ce qui est connu à propos de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'utilisation d'un bulletin de rendement de la pratique infirmière. Cette information soutient les objectifs du groupe de réflexion en transmettant aux participants des connaissances actuelles et pertinentes qui serviront à enclencher et à pousser leur dialogue et leur réflexion à ce sujet.

L'utilisation des données en vue de cerner la contribution des soins infirmiers à la qualité des soins et de mener des recherches sur les résultats pour le patient remonte à Florence Nightingale. Toutefois, ce n'est qu'à la fin des années 1970 que les efforts visant à assurer la collecte systématique de données afin d'évaluer les résultats ont suscité un vif intérêt. À cette époque, les préoccupations concernant la qualité des soins ont mené à l'élaboration de certains ensembles de données, comme l'ensemble universel de données de base sur la santé (*Universal Minimum Health Data Set*) et l'ensemble de données uniformisées sur les congés d'hôpital (*Uniform Hospital Discharge Data Set*), appelé désormais BDCP (Base de données sur les congés des patients). Ces ensembles de données ont permis de veiller à ce que la collecte des données se fasse uniformément d'un établissement de santé à l'autre en précisant les éléments de données à recueillir. Les données cumulatives servaient ensuite à documenter l'évaluation de la qualité des soins offerts dans les hôpitaux et à fournir des renseignements sur les patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital. Cependant, ces ensembles de données ne contenaient aucun renseignement précis sur les soins infirmiers prodigués aux patients de l'hôpital. Sans cette information, la contribution des soins infirmiers aux résultats pour le patient, l'organisation et le système de santé passait sous silence. Afin de combler cette importante lacune, l'élaboration d'ensembles de données infirmières de base s'est enclenchée au Canada et dans de nombreux autres pays du monde. Ces initiatives comprennent notamment l'élaboration du système canadien appelé Éléments infirmiers de l'information sur la santé (EISS).

Prenant appui sur l'expérience acquise avec divers EDIB, des bases de données sur les résultats des soins infirmiers ont été créées pour contenir les résultats cliniques jugés liés aux soins infirmiers. Les premiers efforts consentis à l'examen des résultats liés aux soins infirmiers se sont concentrés sur les résultats liés à la sécurité du patient, comme la mortalité, les incidents indésirables et les complications durant l'hospitalisation. Cependant, au fil du temps, on s'est

penché sur la définition d'indicateurs tenant compte de l'amélioration des résultats pour le client, notamment la participation des patients dans les soins de santé, leur état fonctionnel ainsi que leur bien-être social et mental. Entre autres initiatives visant à élaborer des résultats, des indicateurs et des bases de données liés aux soins infirmiers, mentionnons le projet Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS) en Ontario; le Canada-RSAIS (en Saskatchewan et au Manitoba); la National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI); la Collaborative Alliance for Nursing Outcomes California (CALNOC); la Military Nursing Outcomes Database (MilNOD) et la Veterans Affairs Nursing Outcomes Database (VANOD). Ces initiatives ont permis de dénicher des données probantes sur l'existence d'un lien entre les soins infirmiers et les résultats pour les patients, les clients et les résidents. Des bulletins de rendement ont été élaborés pour se doter d'un mécanisme de diffusion des résultats. En 2001, une équipe d'infirmières chercheuses chevronnées de l'Ontario a rédigé un rapport sur les soins infirmiers, qui a été le premier pas vers l'élaboration d'un tableau de bord équilibré des services infirmiers. Il a fourni des recommandations et des preuves à l'appui quant à la pertinence d'inclure des données clés sur les soins infirmiers dans chacun des quatre quadrants du tableau de bord équilibré (intégration et changement des systèmes; utilisation et résultats cliniques; satisfaction des patients; performance et situation financières). Des indicateurs propres aux données sur les soins infirmiers ont été choisis en fonction des résultats des soins prodigués, notamment ceux pour le patient, les infirmières, les aidants naturels (famille et amis) et l'hôpital. Les données sur les résultats sont de plus en plus disponibles et servent à améliorer la qualité des soins et à mener des recherches sur le lien qui existe entre les intrants infirmiers et les résultats.

Le Canada est très avantage par rapport aux autres pays grâce à l'existence de ses ensembles de données nationaux. Un EDIB peut être lié aux données détenues à l'ICIS, notamment la BDCP, le SIG, la série d'instruments RAI. Un EDIB pourrait lier les données infirmières à ces ensembles de données, qui contiennent les types de renseignements sur les patients et les établissements qui sont essentiels à l'adaptation aux risques.

La majorité des EDIB met l'accent sur un ensemble de base de résultats pour la sécurité des patients, comme les plaies de pression, les chutes et les infections nosocomiales. Le RSAIS et le C-RSAIS ont adopté une perspective plus globale pour inclure des résultats tels que l'état fonctionnel, les symptômes et les soins thérapeutiques autoadministrés. Plusieurs EDIB comprennent également une enquête sur le milieu de travail qui permet d'examiner l'impact d'un changement de milieu de travail sur les résultats pour l'infirmière et pour le patient. Ensemble, ces éléments de données sont généralement classés selon le cadre bien connu « structure, processus et résultat ». Par conséquent, la sélection des résultats liés aux soins infirmiers en vue de concevoir un bulletin canadien de la pratique infirmière devrait englober des données provenant de chacune de ces trois catégories et inclure des indicateurs de qualité et de sécurité. La sélection des données à inclure dans le bulletin doit également se fonder sur des méthodes de recherche appropriée. De plus, elle doit également reposer sur l'examen de trois questions fondamentales : 1) l'indicateur est-il significatif, 2) faisable et 3) pouvant faire l'objet de mesures?

Les participants du groupe de réflexion cerneront les prochaines étapes des travaux en vue de faire progresser l'EDIB au Canada. À la lumière des conclusions de cette synthèse des

connaissances, il est recommandé d'examiner les questions suivantes : 1) Quels éléments de données permettraient de constituer un ensemble de données de base? 2) Comment recueillir les données de manière valide et fiable? 3) Comment ces données peuvent-elles être liées aux autres ensembles de données qui renferment de l'information sur les caractéristiques des patients et des hôpitaux? 4) Comment recueillir les données des données sur les interventions infirmières? Et finalement, 5) comment analyser et reformuler ces données, non seulement pour permettre l'amélioration de la qualité et soutenir la prise de décisions quant aux soins à donner aux patients à l'échelle de l'organisation, mais aussi pour qu'elles puissent servir à l'échelon de l'unité aux gestionnaires d'unité et de service, aux infirmières de première ligne et aux autres fournisseurs de soins au point de service? Il est également recommandé de recueillir des données liées au milieu de travail des infirmières pour qu'elles soient incluses dans l'ensemble de données de base.

La présente synthèse des connaissances a permis de cerner de manière évidente l'existence d'une base de connaissances et d'accomplissements solide dans le domaine de la mesure et de la communication des résultats des soins infirmiers. L'existence d'indicateurs et de résultats liés aux soins infirmiers fiables et valides a été constatée en ce qui concerne la sécurité et la qualité pour les patients. En outre, la faisabilité de la collecte et de la communication de telles données a été confirmée. Les données recueillies dans un bulletin national de la pratique infirmière permettraient d'enclencher le dialogue et la planification à propos des enjeux actuels de la pratique infirmière au Canada. Le groupe de réflexion représente une occasion stratégique et appréciée de dialoguer et d'envisager l'avenir dans le but de poursuivre les efforts vers la concrétisation d'un bulletin national de la pratique infirmière.

## **Introduction**

Grâce à l'aide financière de Santé Canada, l'Académie des chefs de direction en soins infirmiers (ACDSI), l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) et l'Infostructure canadienne en santé (ICS) travaillent en partenariat à la tenue d'un forum de collaboration réunissant quelque 50 leaders en soins infirmiers assurant la prestation des services de santé dans chacune des régions du pays, ainsi que des maîtres à penser provenant d'autres domaines clés : recherche, éducation, associations professionnelles, informatique et organismes de réglementation, ainsi que du milieu des infirmières conseillères aux échelons fédéral, provincial et territorial.

Les objectifs de ce forum de collaboration est de permettre aux leaders en soins infirmiers de se doter d'une vision commune et d'un chemin critique en vue de concevoir un bulletin national de la pratique infirmière, de susciter un appui envers le travail à mener au sein de la collectivité des leaders de la profession infirmière et de préciser les étapes concrètes à suivre pour y parvenir, en collaboration avec d'autres initiatives nationales de qualité en matière d'information sur la santé au Canada.

Le bulletin de la pratique infirmière est vu comme un ensemble minimal de données choisies sur les indicateurs d'intrants, de processus et d'extrants qui peuvent être recueillies à l'échelle nationale (dans certains lieux pilotes au départ), puis étalonnées. Par la suite, les données du bulletin de rendement serviront à établir des liens entre les niveaux d'indicateurs, puis à utiliser les données ainsi obtenues pour influencer l'orientation de la politique en matière de soins infirmiers et sa contribution aux résultats cliniques de nature sensible et aux indicateurs de qualité des services infirmiers.

Commandée par le comité de planification, la présente synthèse résume l'état de la science en ce qui concerne la mesure des résultats critiques des soins infirmiers et l'utilisation des bulletins de rendement dans ce domaine afin de permettre aux participants à la séance de réflexion d'être informés sur les travaux en cours et de prendre appui sur ces travaux afin de concevoir un bulletin de la pratique infirmière pour le Canada.

## **But de la synthèse des connaissances**

La présente synthèse des connaissances vise à décrire les principales initiatives menées à l'échelle nationale et internationale afin de mesurer les résultats critiques des soins infirmiers et d'élaborer des bulletins de rendement nationaux. L'élaboration de cette synthèse s'est organisée autour de cinq objectifs précis :

1. recueillir des données probantes en examinant un échantillon de commodité de documents publiés et parallèles portant sur des initiatives de surveillance du rendement ou des résultats dans le domaine des services infirmiers;
2. cerner les types d'indicateurs sensibles mesurés chez le personnel infirmier dans le cadre de systèmes nationaux de production de rapports, notamment les indicateurs liés à la structure, au processus et au résultat;
3. décrire les diverses utilisations des bulletins de rendement ou systèmes de mesure des services infirmiers à l'échelon de l'unité, de l'organisation et du système de santé;
4. identifier les personnes-ressources clés de chacune des initiatives nationales et internationales en matière de bulletin de la pratique infirmière;

5. cerner les limites du bulletin de la pratique infirmière et formuler des recommandations quant à l'instauration d'un tel bulletin dans tout le Canada, en fonction des résultats de la synthèse.

## Méthodologie

L'examen et la synthèse des données provenant de toute source ont été orientés par les questions de recherche suivantes :

1. Que sait-on des initiatives de surveillance du rendement ou des résultats en matière de services infirmiers, notamment de certains indicateurs et systèmes de production de rapports?
2. Que connaît-on de l'élaboration, de la mise en œuvre et de l'utilisation des bulletins de rendement de la pratique infirmière?

Les données recueillies dans le cadre de cette synthèse l'ont été de la façon suivante :

- examen et sélection d'extraits de l'ouvrage intitulé *Nursing Outcomes: State of the Science* (Doran, 2011). Nota : Les références mentionnées dans l'ouvrage ont été consultées pour la rédaction du présent document, à moins de l'indication contraire suivante : « nom de l'auteur, cité dans »;
- recherche dans la documentation clé, comme suggéré par les experts de la recherche sur les résultats;
- recherche dans les autres références mentionnées dans les principaux articles;
- localisation des sites Web pertinents et examen des documents connexes;
- échange d'information avec les intervenants clés bien renseignés sur les résultats et les bulletins de rendement (p. ex., associations, chercheurs, administrateurs).

## Origines de la surveillance du rendement et des résultats

On dit que Florence Nightingale a été la toute première à recueillir des données pour cerner la contribution des services infirmiers à la qualité des soins ainsi qu'à mener des recherches sur les résultats pour le patient (Dossey, 2000; Maas, Johnson et Moorhead, 1996; Magnello, 2010; Montalvo, 2007). Toutefois, les efforts consentis à l'époque contemporaine pour assurer la collecte systématique de données sur les résultats n'ont suscité l'intérêt général des Américains qu'à la fin des années 1970. À cette époque, les préoccupations concernant la qualité des soins ont mené à l'élaboration de l'ensemble universel de données de base sur la santé (*Universal Minimum Health Data Set*), suivi peu après de l'ensemble de données uniformisées sur les congés d'hôpital (*Uniform Hospital Discharge Data Set*) (Kleib, Sales, Doran, Mallette et White, 2011). Ces ensembles de données ont permis de veiller à ce que la collecte des données se fasse de façon uniforme d'un établissement de santé à l'autre en précisant les éléments de données à recueillir. Les données cumulatives servaient ensuite à documenter l'évaluation de la qualité des soins offerts dans les hôpitaux et à fournir des renseignements sur les patients ayant obtenu leur congé de l'hôpital.

Au fil des ans, d'autres pays se sont dotés d'un ensemble de données semblable. Au Canada, on a élaboré le *Guide sur les systèmes d'information de gestion* (SIG) dans les années 1980. À la mise sur pied de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) en 1994, les SIG sont devenus un ensemble de normes nationales servant à recueillir et à communiquer des données financières et statistiques concernant les activités quotidiennes des organisations de services de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Au même moment, l'ICIS a procédé à la mise en

œuvre nationale de la Base de données sur les congés des patients (BDPC), laquelle s'est avéré une source d'information clé. Cependant, ces ensembles de données ne contenaient aucun renseignement sur les soins infirmiers prodigués aux patients de l'hôpital (Kleib et coll., 2011). Sans cette information, la contribution des soins infirmiers aux résultats pour le patient, l'organisation et le système de santé était passée sous silence. Afin de combler cette importante lacune, l'élaboration d'ensembles de données infirmières de base s'est enclenchée au Canada et dans de nombreux autres pays du monde.

### **Aperçu des ensembles de données infirmières de base**

Voici la définition que donnent le plus souvent les ouvrages de référence au terme « ensemble de données infirmières de base » (EDIB) : « [traduction] *ensemble minimal d'éléments d'information comportant des définitions et des catégories uniformes en ce qui concerne la dimension précise des soins infirmiers qui répond aux besoins d'information des multiples utilisateurs de données au sein du système de soins de santé* » (Werley, Devine, Zorn, Ryan et Westra, 1991, p. 422).

Comme son nom l'indique, un EDIB est conçu pour contenir le plus petit nombre d'éléments de données possible (soit le nombre minimal) permettant de comprendre adéquatement la contribution de la profession infirmière aux soins prodigués aux patients (Butler et coll., 2006). Ainsi, on limite le plus possible le nombre d'éléments de données afin de maximiser la faisabilité et la rentabilité de la collecte des données. Il est possible de créer et d'utiliser un EDIB pour :

1. assurer la disponibilité, l'accessibilité et la consultation de données normalisées sur les soins infirmiers (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2000);
2. permettre la comparaison des données infirmières en fonction des populations de patients, des établissements, des régions géographiques et du temps (Butler et coll., 2006);
3. décrire les soins infirmiers, en cernant ou prévoyant les tendances et les ressources en matière de soins infirmiers (MacNeela et coll., 2006);
4. favoriser la recherche sur la profession infirmière (Werley et coll., 1991);
5. fournir des données en vue de « [traduction] faciliter et influencer le processus décisionnel en ce qui concerne les soins cliniques, l'administration et la politique de santé » (Kleib et coll., 2011, p. 489), ce qui inclut évaluer la pertinence des soins infirmiers (Butler et coll., 2006);
6. distinguer les soins infirmiers des autres soins de santé professionnels et, de ce fait, leur donner de la visibilité (Butler et coll., 2006; MacNeela et coll., 2006).

Comme le décrivent Kleib et coll. (2011), l'élaboration d'un EDIB comporte les quatre étapes suivantes :

1. Collecte des données. Cette étape consiste à cerner les éléments de données (variables), le langage et le schéma de codage, à décider de la fréquence de la collecte de données, à déterminer la taille et la composition de l'échantillon, à déterminer le format de la collecte (papier, électronique, etc.) et à établir les procédures à suivre.
2. Conversion des données en information. Cette étape consiste à établir la validité et la fiabilité des données, puis à concevoir une base de données pour assurer le stockage et l'analyse de cette information.
3. Utilisation des données. Cette étape consiste à se servir des données pour éclairer la prise de décisions et d'autres activités, comme l'évaluation de la qualité.

4. Utilisation ciblée des données. Cette étape consiste à se servir des données pour examiner, documenter ou régler un problème précis.

### **Élaboration d'ensembles de données infirmières de base**

De nombreux pays ont élaboré des ensembles de données infirmières de base au cours des dernières décennies. Au Canada, une reconnaissance accrue des besoins en données infirmières a incité l'AIIC à tenir, au début des années 1990, la toute première Conférence sur l'ensemble des données infirmières de base afin de favoriser l'obtention, l'accessibilité et la consultation de données sur la pratique infirmière (Haines, 1993; AIIC, 2000). L'EDIB qui en a résulté est la base de données contenant les éléments infirmiers de l'information sur la santé (EISS). Le consensus obtenu lors de la Conférence canadienne est que, contrairement aux États-Unis, les données au Canada étaient recueillies sur consentement, et non par la force de loi. Bon nombre des éléments de données recueillis dans le cadre de l'ensemble de données américain l'étaient déjà ici par les SIG (qui ont par la suite été fusionnés pour donner l'ICIS). Ainsi, les participants de la Conférence se sont entendus sur les éléments de données suivants :

- huit éléments de données démographiques sur les patients (déjà recueillis par les SIG);
- des éléments sur les soins médicaux, comme les diagnostics et interventions médicales, ainsi que l'information concernant la survie du patient au moment de la classification (déjà recueillis par les SIG);
- des éléments de service, comme le numéro de charte provincial/institutionnel, l'identificateur pour les médecins, l'identificateur infirmier et le principal fournisseur de soins infirmiers;
- des éléments de données administratifs, comme la date et l'heure de l'admission, la date et l'heure du congé, ainsi que la durée du séjour;
- toute autre donnée connexe, comme le nom de l'établissement, le principal point de service et le payeur.

Comme le souligne l'AIIC (1993; 2000), la Conférence canadienne sur l'EDIB a recommandé l'ajout de cinq EISS aux données sur les congés déjà recueillies, soit :

- des éléments sur les soins infirmiers (état de santé du client; intervention infirmière; résultats pour le client);
- le principal fournisseur de soins infirmiers (à l'aide de l'identificateur infirmier);
- l'intensité des ressources infirmières.

Les leaders des soins infirmiers ont milité longuement et âprement pour l'ajout de ces cinq éléments de données à la BDCP de l'ICIS. Malheureusement, ils ne sont pas parvenus à s'entendre sur une terminologie infirmière normalisée en vue de coder les cinq EISS. Des codes ont par la suite été désignés pour les éléments concernant l'état de santé du client, l'intervention infirmière et les résultats pour le client dans le cadre de l'adoption par l'IAAC de la Classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP®) ainsi que de l'élaboration d'une terminologie normalisée dans le cadre du projet C-RSAIS fondé sur les travaux du programme RSAIS. Certaines données sur la charge de travail des infirmières peuvent être obtenues à l'aide de l'information fondée sur le Guide SIG recueillie à l'ICIS. L'établissement d'un identificateur infirmier national reste à faire. La saisie des éléments de données sur les soins infirmiers concernant l'état de santé du client et les résultats pour lui ainsi

que le recoupement de ces données avec celles sur la charge de travail des infirmières ont récemment commencé en Ontario (communication personnel, K. Hannah, le 1<sup>er</sup> février 2011).

L'élaboration progressive d'outils fondés sur l'Instrument d'évaluation des résidents (Resident Assessment Instrument ou RAI) est une autre initiative liée aux ensembles de données de base. De tels outils RAI ont été conçus pour les soins de longue durée, les soins à domicile, les soins de courte durée, la santé mentale et les soins en phase post-aiguë. Le personnel de la santé a recours à cet instrument pour évaluer les indicateurs de l'état fonctionnel, notamment les activités de la vie quotidienne, les activités instrumentales et le rendement cognitif des patients, clients et résidents. On a constaté que le sous-élément « état fonctionnel » de l'ensemble de données de base était sensible aux variables infirmières dans deux études (Doran, 2011a). Le RAI pour soins à domicile est un volet clé du Système d'information sur les services à domicile (SISD) de l'ICIS, qui contient des données précises sur les clients et l'utilisation des services provenant des organisations qui offrent des services de soins à domicile.

### **Élaboration d'un EDIB dans d'autres pays**

La Thaïlande a entrepris, en 1998, d'élaborer un EDIB afin de s'assurer que les données infirmières étaient intégrées au système national d'information sur la santé en cours de conception (Volrathongchai, Delaney et Phuphaibul, 2003). En Irlande, les préoccupations quant au manque de visibilité des soins infirmiers ont suscité des efforts afin de créer un EDIB en guise de stratégie pour « [traduction] saisir l'essence de la pratique infirmière... [et soutenir] les futurs progrès du processus décisionnel en matière d'éducation, d'informatique et de gestion » (Butler et coll., 2006, p. 366). En réaction notamment à l'impossibilité de comparer l'information infirmière entre les diverses unités et les divers centres hospitaliers, les Pays-Bas a entrepris l'élaboration d'un EDIB en 1994 (Goossen et coll., 2000). De son côté, la Belgique a adopté une approche unique de la collecte de données dans le cadre de son EDIB (appelé DI-RHM pour données infirmières du Résumé hospitalier minimal) en se concentrant sur le suivi des écarts dans la pratique générale (interventions infirmières) plutôt que sur les modifications observées pour chacun des éléments de données, comme la durée du séjour (Kleib et coll., 2011). Instauré en 1988, DI-RHM est l'un des premiers EDIB à avoir été conçus; il est décrit plus en détail plus loin dans le présent document. Des initiatives d'EDIB ont également été menées en Finlande, au Brésil, en Islande et en Suisse (Kleib et coll., 2011).

### **Ensembles de données infirmières de base et système de classification**

Les systèmes de classification de la pratique infirmière, de même que le langage ou le vocabulaire normalisé en soins infirmiers, ont contribué à l'élaboration d'EDIB. Le développement et l'utilisation de ces « terminologies cliniques contrôlées », comme on les appelle actuellement, ont pris de plus en plus d'importance à mesure des progrès dans l'introduction de la documentation électronique et des dossiers de santé électroniques (DES) au sein du système de soins de santé (Rutherford, 2008). Les terminologies infirmières normalisées ont fait en sorte que les éléments de données d'un EDIB soient systématiquement structurés et mis en correspondance avec d'autres vocabulaires infirmiers ou cliniques de la santé. Par conséquent, elles facilitent la communication précise en matière de soins infirmiers, de mesure et de codage (Rutherford, 2008), ainsi que la comparaison de l'information infirmière dans l'ensemble des cadres de pratique, secteurs et territoires (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2000; 2006). Au fil de l'évolution de l'informatisation et de

l'informatique, une foule de systèmes de classification ont été conçus en Amérique du Nord et partout dans le monde. Mentionnons, entre autres, la classification des diagnostics infirmiers de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA), la classification des interventions de soins infirmiers (Nursing Interventions Classification ou NIC) et la classification des résultats de soins infirmiers (Nursing Outcomes Classification ou NOC). Ces systèmes de classification bien établis facilitent l'élaboration de nouveaux ensembles de données infirmières de base en fournissant un langage en vue de classer les concepts et phénomènes d'intérêts, Par exemple, le système de classification de l'ensemble de données infirmières périopératoires (Perioperative Nursing Data Set ou PNDS) se fonde sur la taxonomie NANDA (Kleib et coll., 2011). Des systèmes de classification pour les soins communautaires ont également été instaurés, comme l'illustrent les quelques exemples suivants.

Le système de classification OMAHA a été conçu en 1975 par la Visiting Nurse Association d'Omaha, au Nebraska (É.-U.). D'abord élaboré pour la prestation des soins à domicile, il est maintenant utilisé dans les établissements de l'ensemble du continuum de soins (Martin et Scheet, 1992; Système d'Omaha, 2011). L'American Nurses Association (ANA) reconnaît le langage normalisé OMAHA pour décrire la pratique infirmière, langage qui peut être mis en correspondance avec l'ICNP (Système d'Omaha, 2011). Le système d'Omaha comporte trois composantes : un système de classification des problèmes, une échelle d'évaluation des problèmes pour les résultats et un système de classification des interventions (Martin et Scheet, 1992). L'ensemble de données sur l'évaluation et les résultats (Outcome and Assessment Information Set ou OASIS) a également été élaboré spécifiquement pour le secteur des soins de santé à domicile. Il s'agit d'un ensemble de données qui permet une collecte normalisée de données sur les résultats afin de faciliter l'amélioration de la qualité (Waggoner, 1999; Schneider, Barkauskas et Keenan, 2008; Shaughnessy et coll., 2002). De son côté, le système de classification des soins de santé à domicile (Home Health Clinical Classification ou HHCC), destiné à l'origine aux soins à domicile, est maintenant utilisé dans l'ensemble des établissements comme système de classification des soins cliniques sous le nom de Clinical Care Classification (American Nurses Association, 2006).

L'ensemble de données infirmières de base de l'Australie (NMDSA), qui sert exclusivement aux établissements de soins communautaires (Goossen et coll., 1998), a été conçu pour se comparer à l'ensemble de données de base de l'Australie sur les soins communautaires et à domicile (HACC) (Ryan, Holmes et Gibson, 1999, p. 66). Les éléments de données du NMDSA sont notamment les diagnostics infirmiers, les interventions infirmières, la date de la première visite et celle du congé (Goossen et coll., 1998). Ces éléments sont mis en correspondance avec le HACC, qui renferme des éléments de données tels que la région de résidence, les conditions de logement, le type de fournisseurs de soins et leur disponibilité, la source du signalement, l'ensemble des soins infirmiers reçus à domicile et le nombre total de prises en charge effectuées (Ryan, Holmes et Gibson, 1999). Des ensembles de données infirmières ont également été élaborés pour d'autres milieux communautaires, notamment pour les soins infirmiers dans les écoles, comme le décrit Fahrenkrug (2003).

### **Classification internationale de la pratique des soins infirmiers**

Reconnaissant la nécessité d'instaurer un système de classification global, le Conseil international des infirmières (CII) a mis au point la Classification internationale de la pratique

des soins infirmiers (ICNP®). L'ICNP® permet aux organisations de continuer à utiliser le système de classification de leur choix, tout en profitant des avantages d'une comparaison et d'une utilisation des données à plus grande échelle grâce à l'établissement d'une correspondance entre les données et celles de l'ICNP, qui est considéré comme la terminologie de référence reconnue à l'échelle internationale pour les soins infirmiers. L'AIIC a adopté l'ICNP® à titre de système de classification servant de fondement aux données sur la pratique infirmière au Canada (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2006), à l'instar de nombreux autres pays du monde entier.

### **Des EDIB aux bases de données sur les résultats de la pratique infirmière**

Prenant appui sur l'expérience de l'élaboration d'EDIB et de la collecte et de l'utilisation des données, on a commencé à concevoir des bases de données sur les résultats des soins infirmiers. Ces bases de données réunissent généralement les résultats cliniques considérés comme liés aux soins infirmiers (Doran et Pringle, 2011; Kleib et coll., 2011). La mesure des résultats revêt une importance accrue depuis que les établissements de soins de santé mettent de plus en plus l'accent sur les aspects liés au coût et à la qualité, à l'efficacité des soins et au rendement organisationnel. Tous les praticiens du domaine de la santé sont pressés de trouver une façon de démontrer que les soins qu'ils prodiguent entraînent de meilleurs résultats pour leurs patients, clients et résidents (Doran, 2011; Pringle et White, 2002). Voilà pourquoi des initiatives visant à élaborer des indicateurs et des résultats liés aux soins infirmiers ont été entreprises partout dans le monde.

### **Historique et évolution des résultats liés aux soins infirmiers**

L'intérêt et l'attention suscités par les résultats liés aux soins infirmiers ne cessent de s'accroître depuis les travaux innovateurs menés au milieu des années 1990 par le comité expert sur la qualité des soins de santé de l'American Academy of Nursing (Doran et Pringle, 2011). On entend par *résultats* liés aux soins infirmiers ceux qui sont : « [traduction] *pertinents, fondés sur le champ d'activité et le domaine de pratique des infirmières et pour lesquels il existe des données empiriques qui prouvent l'existence d'un lien entre les intrants infirmiers et les interventions infirmières et les résultats* » (Doran, 2003, p. vii). De leur côté, les *indicateurs* liés aux soins infirmiers sont les éléments de données qui sont recueillis et analysés dans le but de cerner les résultats liés aux soins infirmiers. Reflétant le cadre structurel adopté par Donabedian pour classer les facteurs qui influencent la qualité des soins aux patients, les indicateurs liés aux soins infirmiers sont définis à partir de la structure, du processus et des résultats des soins infirmiers (Doran et Pringle, 2011). Les indicateurs liés à la structure des soins infirmiers (aussi appelés « intrants ») englobent les disponibilités, le niveau de compétence et la scolarité/accréditation du personnel infirmier; les indicateurs liés au processus sont notamment les composantes des soins infirmiers comme les évaluations et les interventions, ainsi que le degré de satisfaction des infirmières au travail; les résultats liés aux soins infirmiers sont ceux qui améliorent l'état du patient lorsque des soins infirmiers supplémentaires ou de meilleure qualité sont prodigués (National Database of Nursing Quality Indicators, 2010).

La définition de certains indicateurs liés aux soins infirmiers a été facilitée par l'élaboration et l'essai de modèles conceptuels, tels que le Quality Health Outcomes Model (Mitchell, 2001, cité dans Doran et Pringle, 2011) et le Nursing Role Effectiveness Model (Irvine, Sidani et McGillis Hall, 1998). En outre, un sondage Delphi mené auprès d'experts internationaux du domaine de la

dotation des infirmières et des résultats pour le patient a permis de dégager un consensus parmi 85 % des participants par rapport à 32 résultats pour le patient (Van den Heede, Clarke, Sermeus, Vleugels et Aiken, 2007). Cela dit, comme le soulignent Doran et Pringle (2011), la désignation d'un résultat comme étant sensible aux soins infirmiers dépend également des études primaires. Ces études sont influencées par plusieurs facteurs, notamment les explications théoriques du lien entre intrants et processus infirmiers et résultats; l'accès à de grands échantillons de patients et leur recrutement, ainsi que la disponibilité et l'utilisation d'outils/instruments de mesure dont la fiabilité et la validité sont éprouvées.

Les premiers efforts consentis à l'examen des résultats liés aux soins infirmiers se sont concentrés sur les résultats liés à la sécurité du patient, comme la mortalité, les incidents indésirables et les complications durant l'hospitalisation (Doran et Pringle, 2011). Cependant, au fil du temps, on s'est penché sur la pertinence de mesurer les résultats liés aux soins infirmiers avec plus d'ouverture d'esprit. Le Kaiser Permanente Medical Care Program, du nord de la Californie, a été l'une des premières organisations à définir et à mesurer les résultats positifs pour le patient, tels que la participation du patient aux soins de santé, son état fonctionnel ainsi que son bien-être social et mental (Doran et Pringle, 2011). Cette initiative a connu un vif succès et, en 1996, a été fusionnée à la Collaborative Alliance for Nursing Outcomes, décrite plus loin dans le présent document. La mesure des résultats positifs des soins infirmiers pour le client a été intégrée à d'autres initiatives d'importance; par exemple, l'étude sur l'impact de la composition du personnel infirmier menée dans l'ensemble des 17 hôpitaux universitaires de l'Ontario (Canada) s'est penchée sur les résultats pour le mieux-être et la satisfaction du patient (McGillis Hall, 2003). Depuis ces premiers balbutiements, de nombreuses initiatives liées aux indicateurs et aux résultats liés aux soins infirmiers ont fait l'objet d'un rapport, ou sont en cours actuellement, et plusieurs d'entre elles sont décrites dans les pages suivantes.

## **Indicateurs liés aux soins infirmiers et initiatives qui s'y rapportent**

### **Programme Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins (RSAIS)**

*Site Web* : [http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/hobic/hobic\\_mn.html](http://www.health.gov.on.ca/english/providers/project/hobic/hobic_mn.html)

*Contexte et description* : Le programme RSAIS se donne en Ontario (Canada). Il découle du Projet d'étude sur les soins infirmiers et les résultats des soins de santé, mis sur pied en 1999 grâce à l'aide financière du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (Pringle et White, 2002). Au fil des étapes du projet, on a élaboré un ensemble de données sur les résultats liés aux soins infirmiers pour le patient. Par la suite, on a mis à l'essai et démontré la faisabilité de la collecte de ces données dans les hôpitaux, ainsi que les organismes de soins à domicile, de soins de long durée et de soins prolongés complexes (Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins, 2009). À ce jour, la collecte de données sur les résultats a été mise en œuvre avec succès dans plus de date 187 établissements de quatre secteurs de la santé : soins de courte durée et soins prolongés complexes (62), soins à domicile (4) et soins de longue durée (121) (communication personnelle, P. White, 28 janvier 2011).

*Méthodologie* : Dans le cadre du programme RSAIS, les infirmières recueillent des données sur les résultats au moment de l'admission du patient aux services de soins de santé et au moment de son congé, en utilisant des outils de mesure normalisés fiables et valides. Les infirmières soignantes sont formées à la façon de recueillir ces données à l'aide des outils normalisés, ainsi qu'à la façon de consigner leurs évaluations dans le cadre de la rédaction de leur documentation régulière.

*Indicateurs liés aux soins infirmiers* : Le programme RSAIS consiste à recueillir un ensemble de résultats généraux pertinents auprès des patients adultes bénéficiant de soins de courte durée, de soins à domicile, de soins de longue durée et de soins prolongés complexes. Les résultats (voir tableau 1) ainsi recueillis dans le cadre du programme RSAIS sont :

1. l'état fonctionnel;
2. les symptômes (douleur, nausées, dyspnée, fatigue);
3. la sécurité (points de pression, chutes);
4. les soins thérapeutiques autoadministrés.

*Utilisations et avantages* : Les données recueillies dans le cadre du programme RSAIS sont résumées dans une base de données. Cette base de données fournit aux directeurs des soins infirmiers des rapports sur les résultats qui peuvent être liés à la dotation et à l'information financière, de même que servir à examiner la qualité des soins assurés par leur organisation et l'efficacité des lignes directrices sur les pratiques exemplaires. L'ensemble de l'information est condensé dans un fichier central qui permet de soutenir la prise de décisions, la planification des soins de santé et la recherche. Les infirmières peuvent ainsi avoir accès aux résultats de leurs patients pendant toute la durée des soins, comparer les résultats obtenus par leurs patients à ceux des autres patients du même sexe d'âge similaire et ayant reçu un diagnostic semblable, déterminer à quel moment ils obtiennent les meilleurs résultats et savoir quand ils sont suffisamment préparés à prendre soin d'eux-mêmes après leur congé (Hannah, White, Nagle et Pringle, 2009; Kleib et coll., 2011; White, Pringle, Doran et Hall, 2005).

*Personnes-ressources* : Dorothy Pringle (directrice) et Peggy White (gestionnaire de projet)  
[pwhite@hobic-outcomes.ca](mailto:pwhite@hobic-outcomes.ca)

-----

## **Projet canadien intitulé « Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins » — C-RSAIS**

*Site Web* : [http://www.cna-aiic.ca/c-rsais/about/default\\_f.aspx](http://www.cna-aiic.ca/c-rsais/about/default_f.aspx)

### *Contexte et description*

Le projet C-RSAIS a permis de mettre sur pied la collecte de données normalisées sur les résultats des soins infirmiers pour les patients de la Saskatchewan et du Manitoba. Le C-RSAIS prend appui sur le programme RSAIS (Résultats dans le domaine de la santé pour l'amélioration de l'information et des soins) de l'Ontario susmentionné. Au Manitoba, il vise les soins de longue durée et les soins à domicile, tandis qu'en Saskatchewan, il s'attarde uniquement aux soins de longue durée. Le projet C-RSAIS avait comme objectif de :

- normaliser les concepts utilisés par le projet RSAIS à partir de la Classification internationale de la pratique des soins infirmiers (ICNP/CIPSI);

- saisir des données concernant les résultats obtenus dans le cadre des soins infirmiers auprès de patients de quatre secteurs du système de santé (soins de courte durée, soins prolongés complexes, soins de longue durée et soins à domicile);
- mémoriser les données saisies et normalisées dans des bases de données ou des dépôts protégés et pertinents relevant des autorités concernées en prévision de leur intégration aux DSE des provinces.

*Méthodologie* : Le projet C-RSAIS a utilisé la méthodologie établie en Ontario dans le cadre du Projet d'étude sur les soins infirmiers et les résultats des soins de santé et du projet RSAIS pour mettre en place la collecte de données en Saskatchewan et au Manitoba. Les résultats comprennent une définition conceptuelle, une mesure valide et fiable, ainsi que des données empiriques qui font le lien avec les interventions ou les intrants infirmiers. Ces données concernent :

1. l'état fonctionnel;
2. les soins thérapeutiques autoadministrés (préparation au congé);
3. la prise en charge des symptômes (douleur, nausées, fatigue, dyspnée);
4. la sécurité (chutes, plaies de lit);
5. le degré de satisfaction des patients par rapport aux soins infirmiers.

*Utilisations et avantages* : En plus de fournir au personnel infirmier de l'information en temps réel sur la manière dont les patients profitent des soins, la collecte des résultats liés aux interventions infirmières peut produire des renseignements précieux pour les administrateurs et les aider à évaluer la qualité de la gestion des résultats par leur organisation – autrement dit, à savoir à quel point les patients sont bien préparés au congé. De plus, sur le plan global, ces renseignements aideront les chercheurs et les responsables des politiques à déterminer dans quelle mesure le système réussit à répondre aux besoins de la population en matière de soins de santé. Le projet a permis de mettre en correspondance les concepts du programme RSAIS à la terminologie clinique normalisée de l'ICNP® et de produire le catalogue C-RSAIS/ICNP® à l'usage des fournisseurs et des établissements, qui s'en servent pour mettre en œuvre les dossiers de santé électroniques (DSE). On est actuellement à établir des correspondances entre le catalogue C-RSAIS/ICNP® et la nomenclature systématique des médecines humaine et vétérinaire (terminologie clinique) appelée SNOMED—CT (Systematized Nomenclature of Human and Veterinary Medicine—Clinical Terminology), qui est la terminologie clinique normalisée de choix de l'Inforoute Santé du Canada pour les DSE au pays.

*Personnes-ressources* : Kathryn Hannah, responsable du projet, [khannah@ucalgary.ca](mailto:khannah@ucalgary.ca) et Nora Hammell, directrice de la politique sur les soins infirmiers, AIIC, [nhammell@cna-aiic.ca](mailto:nhammell@cna-aiic.ca)

-----

### **National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)**

*Site Web* : <https://www.nursingquality.org/Default.aspx>

*Contexte et description* : L'une des premières bases de données sur les résultats et la toute première base de données de portée nationale aux États-Unis, la NDNQI (base de données sur les indicateurs de qualité des soins infirmiers) a été mise sur pied en 1996 par l'American Nurses

Association. Il s'agit d'un programme national volontaire de mesure de la qualité des soins infirmiers par lequel des données sur les indicateurs liés à la structure, aux processus et aux résultats sont recueillies à l'échelon de l'unité de soins en vue d'évaluer les soins infirmiers prodigués. À l'heure actuelle, la NDNQI compte plus de 1 500 organismes participants, qui versent chacun des frais d'adhésion annuels. La participation à la NDNQI répond aux exigences du Magnet Hospital Recognition Program (programme de reconnaissance des hôpitaux-aimants), et 20 % des membres de la base de données y prennent part pour cette raison. Les autres (80 %) y participent de bon gré pour soutenir les efforts qu'ils consentent à l'évaluation et à l'amélioration de la qualité des soins infirmiers et des résultats qu'ils entraînent (Montalvo, 2007).

*Méthodologie* : La NDNQI s'accompagne de directives pour guider la collecte de données, notamment de définitions et de grilles de décision (NDNQI, 2010). Les données sont soumises par voie électronique sur Internet. Des méthodes statistiques, comme le modèle hiérarchique mixte, servent ensuite à examiner la corrélation entre les caractéristiques du personnel infirmier et les résultats de leur pratique (Montalvo, 2007). Un rapport trimestriel et annuel sur les indicateurs liés à la structure, aux processus et aux résultats est disponible six semaines suivant la fin de la période de rapport. Ces rapports sont téléchargés dans un fichier Adobe Acrobat ou Microsoft Excel par les participants. La base de données, qui se trouve au Midwest Research Institute (MRI) de Kansas City (Missouri), est administrée par MRI en partenariat avec l'École des sciences infirmières de l'Université du Kansas (Alexander, 2007).

*Indicateurs liés aux soins infirmiers :*

1. Heures de soins infirmiers par jour-patient (nombre d'heures consacrées par jour-patient par les infirmières autorisées, les infirmières auxiliaires autorisées et les infirmières praticiennes autorisées, ainsi que le personnel de soutien non autorisé)
2. Taux de roulement des infirmières
3. Infections nosocomiales
4. Chutes des patients
5. Chutes des patients avec blessure (et gravité de la blessure)
6. Taux de plaies de lit (à la maison, à l'hôpital, dans l'unité)
7. Pneumonie sous ventilation assistée (PVA)
8. Cycle d'évaluation, d'intervention et de réévaluation de la douleur en pédiatrie
9. Perfusion intraveineuse périphérique en pédiatrie
10. Agression sexuelle et physique en psychiatrie
11. Études/attestations des infirmières autorisées
12. Sondage auprès des infirmières autorisées : satisfaction au travail; échelle du milieu de pratique
13. Moyens de contention
14. Composition du personnel (infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, infirmières praticiennes autorisées, personnel de soutien non autorisé)
15. Pourcentage du personnel provenant d'agences
16. Autres éléments de données recueillis
17. Population des patients (adultes ou pédiatriques)
18. Catégorie d'établissement hospitalier (p. ex., universitaire, sans vocation pédagogique, etc.)

19. Type d'unité (unité de soins intensifs; unités de soins intermédiaires; unité de médecine générale, unité de chirurgie, unité médico-chirurgicale combinée; unité de réhabilitation, unité psychiatrique)
20. Nombre de lits dotés en personnel désignés par l'hôpital

*Utilisations et avantages* : Les données viennent appuyer les efforts consentis pour améliorer la sécurité et la qualité des soins prodigués aux patients. Elles peuvent servir à cerner les tendances sur plusieurs trimestres afin d'examiner les progrès et fixer les objectifs organisationnels. Les rapports comparatifs sont mis en correspondance avec les résultats obtenus à l'échelle de l'État, du pays et de la région.

*Personnes-ressources* : Nancy Dunton, Ph.D., professeure de recherche, chercheuse principale, [ndunton@kumc.edu](mailto:ndunton@kumc.edu); Diane Boyle, Ph.D., inf.; professeure agrégée, chercheuse principale adjointe, [dboyle@kumc.edu](mailto:dboyle@kumc.edu)

-----

### **Projet de base de données appelée « Collaborative Alliance for Nursing Outcomes California » (CALNOC)**

*Site Web* : [www.calnoc.org](http://www.calnoc.org)

*Contexte et description* : D'abord lancé en 1996 sous le nom de California Nursing Outcomes Coalition (CalNOC), ce projet pilote financé par l'American Nurses Association et mené dans tout l'État de Californie en vue d'instaurer un bulletin sur la qualité des soins infirmiers, était une entreprise conjointe de l'American Nurses Association (Californie) et de l'Association of California Nurse Leaders. La participation était volontaire et regroupait quelque 300 hôpitaux des États-Unis, mais certains essais étaient également menés en Suède, en Angleterre et en Australie. Le nom de CalNOC a été remplacé par Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CALNOC) lorsque des participants de tout le pays se sont mis à affluer. CALNOC était une société sans but non lucratif, les hôpitaux membres versent des frais de gestion annuels selon leur taille pour prendre part et avoir accès au meilleur système de production de rapports comparatifs sur le Web de l'industrie.

*Méthodologie* : Des données fournies par les hôpitaux sur la dotation aiguë en infirmières, les processus de soins et les caractéristiques de la main-d'œuvre à l'échelon de l'unité, ainsi que les mesures concernant les principaux résultats liés aux soins infirmiers adoptés par le Forum national sur la qualité, sont envoyées par voie électronique sur le Web. De plus, la base de données de la CALNOC contient certaines mesures uniques, comme les données sur l'exactitude de l'administration des médicaments. Les données de la CALNOC sont stratifiées selon le type d'unité et les caractéristiques de l'hôpital, tandis que les rapports peuvent être cumulés par division, hôpital et système/groupe/région géographique. Les types d'unités faisant actuellement partie de la base de données de la CALNOC sont les soins intensifs, les soins intermédiaires et les unités médico-chirurgicales pour patients adultes; les unités de soins postactifs et de réhabilitation pour patients adultes; ainsi que les soins intensifs, les soins intermédiaires et les unités médico-chirurgicales pour patients pédiatriques. La méthodologie adoptée par la CALNOC a suscité la création des bases de données MilNOD et VANOD, décrites plus loin

dans le présent document. La liste d'indicateurs liés aux soins infirmiers qui suit est tirée de Kleib et coll., 2011 et de CALNOC, 2010.

### *Indicateurs liés aux soins infirmiers*

#### ***Indicateurs liés à la structure***

1. Heures par jour-patient (infirmières autorisées, infirmières auxiliaires autorisées, personnel de soutien non autorisé)
2. Ensemble des compétences
3. Ratio infirmière-patients
4. Pourcentage d'utilisation d'un personnel à contrat (heures)
5. Taux de roulement volontaire du personnel
6. Intensité de la charge de travail (admissions, congés, transferts)
7. Pourcentage des heures de soins totales consacrées à la garde
8. Caractéristiques des infirmières autorisées (études, attestations, années d'expérience)

#### ***Indicateurs liés aux processus***

1. Évaluation du risque de plaies de lit (échelle de Braden)
2. Temps écoulé depuis la dernière évaluation du risque
3. Note accordée au risque (plaies de lit)
4. États du risque (plaies de lit; chutes)
5. Protocoles de prévention en place (plaies de lit; chutes)
6. Exactitude de l'administration des médicaments — prévalence observée de 6 principales pratiques sécuritaires
7. Pratiques d'insertion des tubes reliés aux cathéters centraux insérés par voie périphérique (CCIP) (qui les a insérés, où, présence d'une équipe dédiée)
8. Utilisation des moyens de contention : type et motifs cliniques

#### ***Mesures liées aux résultats***

9. Prévalence des plaies de lit à la maison
10. Prévalence des plaies de lit de stade 1-4 à l'hôpital
11. Taux de chute des patients sur 1 000 jours-patient et conséquences (taux de chutes causant des blessures)
12. Prévalence des moyens de contention
13. Infections de la circulation sanguine liée à un cathéter central dans les tubes des CCIP
14. Taux d'erreur dans l'administration des médicaments

*Utilisations et avantages :* Les rapports trimestriels de la CALNOC servent à analyser les tendances en matière de rendement, à étudier les écarts et à évaluer l'efficacité de la dotation en personnel. Les données fournies guident la prise de décisions administratives et cliniques et l'établissement de la politique publique et de la politique stratégique d'amélioration du rendement. La base de données de la CALNOC est également utilisée à des fins de recherche. À titre d'exemple, les chercheurs de la CALNOC ont été les premiers à examiner l'impact des ratios de dotation obligatoires sur les résultats obtenus en Californie (Donaldson et coll., 2005; Bolton et coll., 2007); dernièrement, ils ont examiné l'impact de certaines caractéristiques et pratiques des infirmières chargées des soins médico-chirurgicaux de courte durée sur les résultats pour les patients, notamment les chutes, les plaies de pression et l'exactitude de l'administration

des médicaments (Donaldson et Aydin, 2010). Les hôpitaux membres de la CALNOC font une utilisation efficace de leurs données CALNOC dans les documents de demande au programme de reconnaissance des hôpitaux-aimants. Moyennant des frais de services minimes, les hôpitaux qui participent également à la NDNQI peuvent demander à ce que la CALNOC télécharge leurs données directement dans la NDNQI.

*Personnes-ressources* : Nancy Donaldson, cochercheuse principale, Université de Californie, San Francisco, [nancy.donaldson@nursing.ucsf.edu](mailto:nancy.donaldson@nursing.ucsf.edu)

---

## **Military Nursing Outcomes Database (MilNOD)**

*Contexte et description* : Le projet MilNOD a débuté en 1997 par une étude pilote menée dans un seul hôpital militaire. Après la mise en œuvre du projet en trois phases successives, ce sont finalement 13 hôpitaux militaires qui ont adhéré à la base de données, dont la conception s'inspire des mesures et des méthodes de la CalNOC. Des données sur la dotation en personnel infirmier et les résultats pour les patients ont été recueillies auprès de toutes les unités médicales et chirurgicales, de soins intermédiaires et de soins intensifs des établissements participants (Patrician, Loan, McCarthy, Brosch et Davey, 2010). La MilNOD est inactive pour le moment, en raison de l'épuisement de ses fonds de recherche.

*Méthodologie* : Des données prospectives sur la dotation en personnel ont fait l'objet d'une collecte à chaque quart de travail. C'est cette collecte de données prospectives qui distingue la MilNOD de la CalNOC, laquelle recueille des données rétrospectives cumulatives sur la dotation. La fiabilité des éléments de données entrés est considérée comme très élevée (de 82 % à 99 %), alors que le coefficient d'objectivité a également fait l'objet d'un contrôle et qu'aucune donnée n'a obtenu une note inférieure au seuil de 0,80 (Patrician et coll., 2010). D'autres données liées aux indicateurs ont été recueillies à l'échelon du quart de travail, de l'unité et de l'hôpital. Parmi les instruments employés pour prévoir les plaies de pression, mentionnons l'échelle des chutes de Morse et l'échelle de Braden (Loan, Patrician et McCarthy, 2011).

*Indicateurs liés aux soins infirmiers*

### ***Indicateurs liés à la structure***

1. Heures consacrées aux soins infirmiers
2. Composition du personnel infirmier
3. Catégorie de personnel
4. Études et expérience du personnel infirmier

### ***Indicateurs liés aux résultats***

#### ***Résultats pour le patient***

1. Prévalence des plaies de pression
2. Prévalence de l'utilisation des moyens de contention
3. Chutes des patients
4. Erreurs d'administration des médicaments
5. Satisfaction des patients envers les soins

6. Satisfaction des patients envers la planification des besoins après le congé
7. Satisfaction des patients envers la gestion de la douleur
8. Satisfaction des patients envers les instructions reçues
9. Résultats pour les soins infirmiers
10. Satisfaction au travail des infirmières
11. Blessures par aiguilles subies par les infirmières

#### ***Indicateurs contextuels***

1. Milieu de travail du personnel infirmier

#### ***Indicateurs explicatifs***

1. Roulement des patients
2. Acuité des besoins du patient

*Utilisations et avantages* : Les données de la MilNOD servent à éclairer la prise de décisions et à comparer le rendement à celui des autres hôpitaux au sein du réseau de santé militaire et à l'extérieur de celui-ci. Elles permettent également d'évaluer l'efficacité de la dotation et la sécurité des patients (Patrician et coll., 2010).

*Personnes-ressources* : Patricia Patrician, Université d'Alabama à Birmingham, École des sciences infirmières, [ppatrici@uab.edu](mailto:ppatrici@uab.edu)

-----

#### **Veterans Affairs Nursing Outcome Database (VANOD)**

*Site Web* : Aucun site Web public. Information disponible sur le site Web du Veterans Affairs Office of Nursing Services : <http://www.va.gov/nursing/> et à <http://www.inqri.org/uploads/INQRIVANODPanel41309FINAL.ppt>

*Contexte et description* : Entrepris en 2002, le projet de base de données sur les résultats des soins infirmiers pour les anciens combattants (VANOD) s'est d'abord inspiré de la CalNOC, même si ses méthodes mettent de plus en plus l'accent sur la récupération des données du DSE du département des anciens combattants (VA) comme solution de rechange aux efforts de collecte de données par les hôpitaux. Mené par le bureau des services de soins infirmiers (Office of Nursing Services ou ONS) de VA, le projet VANOD est considéré comme une partie intégrante de l'ONS du fait qu'il soit utile pour cerner les tendances et les aspects de la pratique infirmière à améliorer, ainsi que pour appuyer l'évaluation de la dotation en personnel infirmier et du milieu de travail en lien avec les résultats pour le patient.

*Méthodologie* : Des données sont recueillies à l'échelle de l'unité et de l'hôpital afin de faciliter l'évaluation de la qualité et permettre l'analyse comparative au sein des établissements de VA et entre eux (Alexander, 2007). L'échelle du milieu de travail est utilisée pour évaluer la satisfaction des infirmières autorisées.

*Indicateurs*

1. Heures de soins infirmiers par jour-patient
2. Heures de soins infirmiers et coût par consultation externe
3. Ensemble des compétences : infirmières praticiennes, infirmières cliniciennes spécialisées, infirmières autorisées, infirmières auxiliaires/professionnelles autorisées, personnel de soutien non autorisé
4. Études et attestations des infirmières autorisées, infirmières professionnelles autorisées et aide-infirmières
5. Blessures subies par le personnel infirmier
6. Taux de roulement du personnel infirmier
7. Satisfaction au travail des infirmières autorisées
8. Chutes des patients
9. Satisfaction des patients
10. Données sur les plaies de pression

*Utilisations et avantages :* Les données sont également considérées comme utiles pour « [traduction] quantifier l'incidence des interventions de soins auprès des patients; élaborer des stratégies fructueuses afin d'assurer le recrutement et la conservation des infirmières ainsi que la prise de décisions éclairées concernant la politique de santé » (Haberfelde, Bedecarre et Buffum, 2005, cités dans Kleib et coll., 2011, p. 495). Le projet VANOD contribue également à l'élaboration et à la mise en place d'un langage clinique structuré et normalisé qui sera utilisé par l'ensemble des systèmes de documentation clinique de Veterans Affairs (Veterans Affairs Office of Nursing Services, 2009).

*Personnes-ressources :* Cathy Rick, directrice des soins infirmiers, Veterans Affairs Office of Nursing Services, [Cathy.rick@va.gov](mailto:Cathy.rick@va.gov); Bonny Collins, directrice, Informatique et base de données sur les résultats de Veterans Affairs, Office of Nursing Services, [bonny.collins@va.gov](mailto:bonny.collins@va.gov)

-----

**Données infirmières du Résumé hospitalier minimal de Belgique (DIRHM)**

*Site Web :* Aucun site Web public.

*Contexte et description :* Les Données infirmières du Résumé hospitalier minimal de Belgique (DIRHM) ont été élaborées pour combler l'absence d'information infirmière dans l'ensemble de données sur les congés déjà en vigueur dans les hôpitaux. Apparues en 1988, ces données ont été revues ces dernières années afin d'y intégrer le système de classification des interventions infirmières (NIC) (Van den Heede, Michiels, Thonon et Sermeus, 2009). La Belgique est considérée comme le pays faisant le plus grand usage des données d'un EDIB, et ce, à l'échelle nationale (MacNeela et coll., 2006).

*Méthodologie :* Le ministère de la Santé a rendu obligatoire la participation de tous les hôpitaux belges au DIRHM. Un instantané des données est entré pendant cinq ans, au hasard, au cours des quinze premiers jours de mars, juin, septembre et décembre (Van den Heede, Michiels et coll., 2009). Cette façon de recueillir des données rend le DIRHM unique, puisque les données sont ensuite utilisées pour surveiller l'écart entre les habitudes de pratique et un indicateur de

rendement précis, par exemple la durée du séjour (Kleib et coll., 2011). En plus de saisir des éléments de données sur les soins infirmiers, on entre des données démographiques sur les patients et les codes de la CIM-9-M afin de permettre l'harmonisation des données du RHM avec l'ensemble de données des hôpitaux sur les congés. Des données sur les services sont également recueillies, notamment les identificateurs (hôpital, service), le nombre de lits, les descripteurs d'un épisode de soins (p. ex. date d'admission, durée du séjour) et les ressources, dont le nombre d'heures de soins infirmiers disponibles et la composition du personnel infirmier (Kleib et coll., 2011).

*Indicateurs* : En tout, ce sont 23 interventions et activités infirmières de la vie quotidienne qui sont entrées dans le DIRHM à partir des ensembles de réponses prévues, puis ces données sont liées à l'ensemble de données sur les congés d'hôpital de la Belgique. On vise ainsi à connaître les catégories de patients et l'intensité d'utilisation des services. Par exemple, on peut attribuer à l'intensité des soins (l'utilisation des services) liés à l'hygiène un des codes suivants : « aucune aide », « aide de soutien », « aide partielle » ou « aide complète » (Sermeus, Delesie, Van den Heede, Diya et Lesaffre, 2008, p. 1013). Les indicateurs sont énumérés ci-dessous.

#### *Indicateurs du DI-RHM*

1. Soins liés à l'hygiène
2. Soins liés à la mobilité
3. Soins liés à l'élimination
4. Soins liés à l'alimentation
5. Alimentation par sonde
6. Soins de la bouche
7. Prévention des plaies de lit : changement de position
8. Aide à l'habillement
9. Soins aux patients avec trachéotomie ou sonde endotrachéale
10. Évaluation des admissions aux soins infirmiers
11. Formation aux activités de la vie quotidienne
12. Soutien émotionnel
13. Soins aux patients confus
14. Isolement pour prévenir la contamination
15. Contrôle des signes vitaux
16. Contrôle des signes cliniques
17. Soins des plâtres
18. Prises de sang
19. Gestion de la pharmacothérapie (par voie intramusculaire et sous-cutanée)
20. Gestion de la pharmacothérapie (par voie intraveineuse)
21. Traitement par perfusion
22. Soins des plaies chirurgicales
23. Soins des plaies traumatiques

*Utilisations et avantages* : Les données du DIRHM servent à mesurer les soins infirmiers offerts dans les hôpitaux de soins actifs, de même qu'à éclairer la prise de décisions liées à la dotation en personnel infirmier et au financement des hôpitaux (Sermeus et coll., 2008). Au cours des dernières années, on a constaté que les données du DIRHM servaient également à faciliter

l'examen de dix indicateurs liés aux soins infirmiers (Van den Heede, Sermeus et coll., 2009; Van den Heede, Lesaffre et coll., 2009), soit :

1. Plaies de pression (mesure de sécurité/intégrité)
2. Thrombose veineuse profonde (mesure contre les complications)
3. Choc ou arrêt cardiaque (mesure contre les complications)
4. Insuffisance respiratoire postopératoire (mesure contre les complications)
5. Infections des voies urinaires (complications et infections postopératoires)
6. Pneumonie nosocomiale (complications et infections postopératoires)
7. Pneumonie sans ventilation assistée (PVA) (complications et infections postopératoires)
8. Sepsie nosocomiale (complications et infections postopératoires)
9. Décès en cours d'hospitalisation
10. Échec des secours

*Personne-ressource* : Koen Van den Heede, Centre de recherche sur les services de santé et les soins infirmiers, Université catholique de Leuven. [koen.vandenheede@med.kuleuven.be](mailto:koen.vandenheede@med.kuleuven.be)

-----

## **Initiatives du Royaume-Uni**

*Site Web* :

[http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/Clinical%20Innovation%20Metrics/Nurse\\_Sensitive\\_Indicators\\_DH.pdf](http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/Clinical%20Innovation%20Metrics/Nurse_Sensitive_Indicators_DH.pdf)

*Contexte et description* : Le Royaume-Uni (R.-U.) a publié dernièrement un ensemble national d'indicateurs de résultats liés aux interventions infirmières pour les soins prodigués sous l'égide du Service national de la santé (National Health Service). Ces indicateurs (énumérés plus bas) mettent l'accent sur l'amélioration de la qualité et vont dans le sens des principes établis pour soutenir la mesure de la contribution des infirmières aux soins du patient et aux résultats pour lui (ministère de la Santé, Royaume-Uni, 2010; The Association of UK University Hospitals, sans date).

Des résultats et indicateurs liés aux interventions infirmières dans le domaine spécialisé de la chimiothérapie ambulatoire ont également été établis au R.-U. (Griffiths, Richardson et Blackwell, 2009). Ces indicateurs ont été réunis par un groupe de référence dirigé par des chercheurs de l'unité nationale de recherches infirmières (National Nursing Research Unit) du King's College de Londres (Angleterre). Ce groupe de référence se composait d'experts de la pratique infirmière, de la recherche et de la qualité.

*Méthodologie* : L'élaboration de l'ensemble national d'indicateurs liés aux soins infirmiers s'est inspirée des précédents travaux menés dans le cadre des projets CalNOC, VANOD, NDNQI et National Forum Indicators. Une description détaillée de chaque indicateur/mesure a été publiée, accompagnée des motifs justifiant la mise en œuvre de chaque mesure et des résultats escomptés.

*Indicateurs :*

1. Prévention des chutes (nombre de chutes infligeant des blessures physiques selon le groupe d'âge sur mille jours-lit)
2. Plaies de pression (incidence de nouvelles plaies de lit par catégorie de plaies de pression sur mille jours-lit)
3. Protection contre les infections (incidence de patients munis d'une sonde urinaire à demeure pendant moins de 28 heures et plus de 28 jours)

Pour ce qui est des indicateurs liés aux soins infirmiers en chimiothérapie ambulatoire, les données probantes venant appuyer une liste d'indicateurs proposés ont été évaluées dans le cadre d'un examen de la littérature pour en établir la portée, ainsi que d'une consultation auprès d'experts cliniques. Les onze résultats suivants ont finalement été retenus pour être soumis à un examen plus approfondi de leur sensibilité aux soins infirmiers et à une analyse de faisabilité de la collecte de données :

1. Administration sécuritaire des médicaments
2. Septicémie
3. Expérience
4. Sensibilisation et communication
5. Bien-être et fonctionnement
6. Nausées et vomissements
7. Douleur
8. Diarrhée
9. Fatigue
10. Mucosite buccale
11. Nutrition

*Utilisations et avantages :* Les données permettront de comparer les résultats obtenus à l'échelle nationale et de mieux comprendre le lien qui existe entre ces résultats et la dotation en personnel.

*Personnes-ressources :* Anne Marie Rafferty, doyenne de l'École des sciences infirmières et de la profession de sage-femme Florence-Nightingale, King's College, Londres ([audrey.dowe@kcl.ac.uk](mailto:audrey.dowe@kcl.ac.uk)). Peter Griffiths, École des sciences de la santé, Université de Southampton, [peter.griffiths@soton.ac.uk](mailto:peter.griffiths@soton.ac.uk)

-----

**Tableau 1 : Aperçu comparatif des initiatives portant sur les résultats liés aux soins infirmiers**

<b>Initiative</b>	<b>Indicateurs</b>	<b>Site Web et personnes-ressources</b>	
<b>RSAIS</b> (1999) Ontario, Canada  <b>C-RSAIS</b> Manitoba Saskatchewan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• État de santé fonctionnel</li> <li>• Soins thérapeutiques auto-administrés</li> <li>• Sécurité               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Chutes</li> <li>-Plaies de pression</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Symptômes :               <ul style="list-style-type: none"> <li>-Douleur</li> <li>-Dyspnée</li> <li>-Fatigue</li> <li>-Nausées</li> </ul> </li> <li>• Satisfaction des patients envers les soins infirmiers</li> </ul>	<a href="http://www.health.gov.on.ca/hobic">www.health.gov.on.ca/hobic</a> . Peggy White, gestionnaire de projet <a href="mailto:pwhite@hobic-outcomes.ca">pwhite@hobic-outcomes.ca</a>
<b>NDNQI</b> (1998) É.-U. (national)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heures de soins infirmiers par jour-patient</li> <li>• Taux de roulement</li> <li>• Infections nosocomiales</li> <li>• Chutes de patients</li> <li>• Chutes des patients avec blessures</li> <li>• Taux de plaies de pression</li> <li>• PVA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation, intervention et réévaluation de la douleur en pédiatrie</li> <li>• Perfusion intraveineuse périphérique en pédiatrie</li> <li>• Agression physique et sexuelle en psychiatrie</li> <li>• Études/attestations des inf. aut.</li> <li>• Satisfaction au travail des inf. aut.</li> <li>• Milieu de pratique des inf. aut.</li> <li>• Moyens de contention</li> <li>• Composition du personnel infirmier</li> <li>• Pourcentage de personnel d'agence</li> </ul>	<a href="https://www.nursingquality.org/Default.aspx">https://www.nursingquality.org/Default.aspx</a>  Nancy Dunton, chercheuse principale <a href="mailto:ndunton@kumc.edu">ndunton@kumc.edu</a> ;
<b>CALNOC</b> (1996) É.-U.; Europe; Australie	<p><b>Structure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heures de soins infirmiers par jour-patient</li> <li>• Ensemble de compétences</li> <li>• Ratios inf.-patients</li> <li>• Recours à du personnel contractuel</li> <li>• Taux de roulement</li> <li>• Charge de travail (admissions, congés, transferts)</li> <li>• Heures de garde</li> <li>• Études/attestations des inf. aut.</li> <li>• Expérience des inf. aut.</li> </ul>	<p><b>Processus</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chutes et plaies de lit à l'hôpital</li> <li>• Évaluation du risque</li> <li>• Temps écoulé depuis la dernière évaluation du risque</li> <li>• Note du risque (plaies de lit)</li> <li>• État du risque (chutes et plaies de lit à l'hôpital)</li> <li>• Protocoles de prévention (chutes et plaies de lit à l'hôpital)</li> <li>• Administration des médicaments : 6 pratiques sécuritaires</li> <li>• Pratiques liées aux CCIP</li> <li>• Prévalence de l'utilisation des moyens de contention</li> </ul> <p><b>Résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévalence des plaies de lit à la maison</li> <li>• Prévalence des plaies de lit à l'hôpital</li> <li>• Taux de chutes et de blessure des patients</li> <li>• Prévalence des moyens de</li> </ul>	<a href="http://www.calnoc.org">www.calnoc.org</a>  Nancy Donaldson, cochercheuse principale <a href="mailto:nancy.donaldson@nursing.ucsf.edu">nancy.donaldson@nursing.ucsf.edu</a>

Initiative	Indicateurs	Site Web et personnes-ressources
(suite)	<ul style="list-style-type: none"> <li>contention</li> <li>• Taux d'infection de la circulation sanguine liée à un cathéter central dans les tubes des CCIP</li> <li>• Erreurs d'administration des médicaments</li> </ul>	
<b>MiNOD</b> (2001) É.-U., hôpitaux militaires	<p><b><u>Structure</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Heures de soins infirmiers</li> <li>• Composition du personnel infirmier</li> <li>• Catégorie de personnel</li> <li>• Études/attestations des infirmières</li> </ul> <p><b><u>Résultats</u></b></p> <p><b><u>Patients</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Plaies de pression</li> <li>• Moyens de contention</li> <li>• Chutes</li> <li>• Erreurs de médicaments</li> </ul> <p><i>Profession infirmière</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfaction au travail</li> <li>• Blessures par aiguille</li> </ul> <p><i>Indicateurs contextuels</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Milieu de travail des infirmières</li> </ul> <p><i>Indicateurs explicatifs</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Taux de roulement des patients</li> <li>• Acuité des besoins du patient</li> </ul> <p><i>Outils de mesure utilisés</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Échelle des chutes de Morse</li> <li>• Échelle de Braden</li> </ul>	Site Web désactivé  Patricia Patrician <a href="mailto:ppatrici@uab.edu">ppatrici@uab.edu</a>
<b>VANOD</b> (2002) É.-U., fournisseurs de soins de santé de Veterans Affairs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heures en soins infirmiers par jour-patient</li> <li>• Heures en soins infirmiers et coût par consultation externe</li> <li>• Ensemble de compétences</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Études/attestations des inf. aut.</li> <li>• Blessures infligées au personnel infirmier</li> <li>• Taux de roulement du personnel infirmier</li> <li>• Satisfaction au travail des inf. aut.</li> <li>• Chutes de patient</li> <li>• Satisfaction des patients</li> <li>• Données sur les plaies de pression</li> </ul>	<a href="http://www.va.gov/nursing/">http://www.va.gov/nursing/</a> Cathy Rick, CNE <a href="mailto:Cathy.rick@va.gov">Cathy.rick@va.gov</a> ; Bonny Collins, directrice, VANOD <a href="mailto:bonny.collins@va.gov">bonny.collins@va.gov</a>
<b>DIRHM</b> (1988) Belgique, à l'échelle nationale (hôpitaux)  <b>DIRHM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins liés à :           <ul style="list-style-type: none"> <li>-Hygiène</li> <li>-Mobilité</li> <li>-Élimination</li> <li>-Alimentation</li> </ul> </li> <li>• Alimentation par sonde</li> <li>• Soins de la bouche</li> <li>• Prévention des plaies de lit</li> <li>• Aide à l'habillement</li> <li>• Soins aux patients avec trachéotomie</li> <li>• Soins aux patients</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Admission en soins infirmiers</li> <li>• Formation aux activités de la vie quotidienne</li> <li>• Soutien émotionnel</li> <li>• Soins aux patients confus</li> <li>• Soins aux patients en isolement</li> <li>• Contrôle des signes vitaux</li> <li>• Contrôle des signes cliniques</li> <li>• Soins des plâtres</li> <li>• Prises de sang</li> <li>• Gestion de la pharmacothérapie (par voie intramusculaire, sous-cutanée, intraveineuse)</li> <li>• Traitement par perfusion</li> <li>• Soins des plaies chirurgicales</li> </ul>	Aucun site Web public  Koen Van den Heede  <a href="mailto:koen.vandenheede@med.kuleuven.be">koen.vandenheede@med.kuleuven.be</a>

Initiative	Indicateurs	Site Web et personnes-ressources
(suite)	avec sonde endotrachéale	• Soins des plaies traumatiques
<b>Royaume-Uni (2009)</b>	<b>Données recueillies à l'échelle nationale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chutes</li> <li>• Plaies de lit</li> <li>• Infections</li> </ul>	<b>Données recueillies dans le cadre de la chimiothérapie ambulatoire</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administration sécuritaire des médicaments</li> <li>• Sepsie</li> <li>• Expérience des inf. aut.</li> <li>• Sensibilisation et communication</li> <li>• Bien-être et fonctionnement</li> <li>• Nausées et vomissements</li> <li>• Douleur</li> <li>• Diarrhée</li> <li>• Fatigue</li> <li>• Mucosite buccale</li> <li>• Nutrition</li> </ul>
		<a href="http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/Clinical%20Innovation%20Metrics/Nurse_Sensitive_Indicators_DH.pdf">http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/Clinical%20Innovation%20Metrics/Nurse_Sensitive_Indicators_DH.pdf</a>  Anne Marie Rafferty, <a href="mailto:audrey.dowe@kcl.ac.uk">audrey.dowe@kcl.ac.uk</a> Peter Griffiths, <a href="mailto:peter.griffiths@soton.ac.uk">peter.griffiths@soton.ac.uk</a>
<i>Dans le cadre de tous les projets, les données sont recueillies par voie électronique et utilisées à des fins de comparaison, d'amélioration de la qualité, de planification des soins et de prise de décisions cliniques.</i>		
<b>Légende :</b> CCIP = Cathéter central inséré par voie périphérique; PVA = Pneumonie sans ventilation assistée		

### Des données aux renseignements : bulletins de la pratique infirmière

Une fois les données d'EDIB et d'initiatives de mesure des résultats recueillies, l'étape suivante consistait à transformer ces données en renseignements pouvant être efficacement communiqués. Dans le milieu de la fabrication et d'autres milieux d'activités commerciales traditionnelles, des fiches ou des bulletins de rendement ont été mis en place comme mécanisme permettant le suivi et l'analyse du rendement de l'entreprise. Les premiers bulletins mettaient souvent l'accent sur un seul paramètre, généralement le rendement financier de l'entreprise. Cependant, Kaplan et Norton (1992) ont préconisé le remplacement des fiches de rendement par un « tableau de bord équilibré » qui permet d'obtenir une vue d'ensemble de l'entreprise. Le tableau de bord équilibré proposé est structuré en quatre quadrants. La collecte de données liées à chaque quadrant s'est effectuée à partir d'une question précise et d'une perspective unique :

1. Comment les clients nous perçoivent-ils? (perspective du client)
2. Dans quoi devons-nous exceller? (perspective du fonctionnement interne)
3. Pouvons-nous continuer de nous améliorer et de créer de la valeur? (perspective de l'innovation et de l'apprentissage)
4. Comment percevons-nous nos actionnaires? (perspective financière)

Plusieurs avantages ont été attribués au tableau de bord équilibré : 1) l'information est fournie selon quatre perspectives différentes; 2) le tableau de bord permet d'évaluer simultanément le rendement organisationnel dans plusieurs secteurs, et 3) le tableau de bord réduit le chevauchement des données en limitant le nombre de mesures entrées/signalées (Kaplan et Norton, 1992).

La méthode du tableau de bord équilibré n'a pas mis de temps à attirer l'attention du secteur de la santé et, en 1998, elle a été utilisée dans la première d'une série de *Rapports sur les hôpitaux*

en Ontario. Le groupe de chercheurs à l'origine de ce rapport s'est agrandi par la suite et est devenu le Hospital Report Research Collaborative (HRRC). En partenariat avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario (OHA) et le ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, le HRRC a continué à structurer ses rapports annuels à l'aide de la méthode du tableau de bord équilibré, dont les quatre quadrants étaient les suivants : 1) intégration et changement des systèmes; 2) utilisation et résultats cliniques; 3) satisfaction des patients; 4) rendement et situation financières (McGillis, Doran et coll., 2003; Pink, Daniel, McGillis Hall et McKillop, 2007).

En ayant recours au tableau de bord équilibré, le HRRC était du même avis que Kaplan et Norton (1992) : réunir un ensemble de mesures de base et examiner ces données collectivement permettaient d'étudier le rendement global de l'hôpital. En 2005, l'ensemble de mesures de base recueillies et communiquées dans le *Rapport sur les hôpitaux* a fait l'objet d'une révision et d'une refonte rigoureuses afin de tenir compte des « [traduction] changements survenus dans le secteur hospitalier, ainsi que les modifications apportées aux données recueillies et aux critères de rendement » (Pink, Daniel, McGillis Hall et McKillop, 2007, p. 87).

La publication du *Rapport sur les hôpitaux 2001* correspond à une étape clé pour la profession infirmière puisqu'il contient un rapport détaillé sur les soins infirmiers (McGillis Hall, Doran, Laschinger, Mallette, O'Brien-Pallas et Pedersen, 2001). Rédigé par une équipe d'infirmières chercheuses chevronnées pour le compte du HRRC, ce rapport a été le premier pas vers l'élaboration d'un tableau de bord équilibré pour les services de soins infirmiers en Ontario. Il a fourni des recommandations et des preuves à l'appui quant à la pertinence d'inclure des données clés sur les soins infirmiers dans chacun des quatre quadrants du tableau de bord équilibré (intégration et changement des systèmes; utilisation et résultats cliniques; satisfaction des patients; rendement et situation financières). Des indicateurs propres aux données sur les soins infirmiers (tableau 2) ont été choisis en fonction des résultats des soins prodigués, notamment ceux pour le patient, les infirmières, les aidants naturels (famille et amis) et l'hôpital. Pour ce faire, on a tenu compte de trois principales caractéristiques : « [traduction] a) les indicateurs peuvent être évalués à l'aide de méthodes efficaces, valides et fiables; b) ils sont pertinents pour le patient, le soignant professionnel ou naturel, l'organisme de prestation, le consommateur ou le gouvernement; et c) ils correspondent aux effets voulus ou non voulus des soins infirmiers hospitaliers » (McGillis Hall et coll., p. 15). Le dernier *Rapport sur les hôpitaux* publié en Ontario remonte à 2008. Une recherche de sites Web ayant trait aux soins de santé dans plusieurs provinces n'a pas permis de trouver d'autres projets autonomes liés spécifiquement à l'existence d'une fiche de rendement des hôpitaux ou des soins infirmiers.

### **Initiatives nationales de bulletins de rendement**

Sur le plan national, le Fraser Institute a élaboré un bulletin de rendement hospitalier pour les provinces de l'Alberta, de la Colombie-Britannique et de l'Ontario à partir des données soumises par ces provinces dans la base de données sur les congés de l'ICIS (voir [www.hospitalreportcards.ca](http://www.hospitalreportcards.ca)). Cependant, la méthodologie employée a suscité de la controverse (Postl, Moffatt, Kreindler et Lutfiyya, 2008), et les bulletins ne comportent toujours pas de données cliniques liés aux soins infirmiers.

Le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens (PPRHC) est un projet national dirigé par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Lancé en 2010, le PPRHC est un outil d'amélioration de la qualité qui recueille et analyse des données sur des indicateurs de rendement dans le secteur des soins de courte durée. Il aborde la question des événements indésirables liés aux soins infirmiers dans les cas de soins médicaux et chirurgicaux dans le cadre de sa collecte de données sur la sécurité des patients. Il recueille également des données sur la productivité des infirmières auprès des patients hospitalisés et le pourcentage des heures travaillées par les infirmières autorisées par rapport au total des heures travaillées par le personnel infirmier auprès des patients hospitalisés, données qui serviront d'indicateurs pour faciliter l'évaluation de l'efficacité et du rendement financier de l'hôpital. Ces éléments de données proviennent surtout de la Base de données sur les congés des patients (indicateurs cliniques) et la Base de données canadienne SIG (indicateurs financiers). Le PPRHC permettra aux hôpitaux de comparer leur rendement à celui des autres hôpitaux de la région, de la province et du pays.

**Tableau 2 : Indicateurs sur les soins infirmiers à inclure dans les Rapports sur les hôpitaux (de l'Ontario)**

(Tiré de McGillis Hall, Doran et coll., 2001, p. 50-52).

Quadrant	Indicateurs
<b>Intégration et changement de systèmes</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Technologie de l'information clinique</li> <li>2. Données cliniques</li> <li>3. Intensité de l'utilisation de l'information</li> <li>4. Base de données infirmières</li> <li>5. Élaboration et utilisation de cheminements cliniques</li> <li>6. Coordination des soins</li> <li>7. Intégration des soins infirmiers dans la communauté</li> <li>8. Continuité des soins</li> <li>9. Stratégies de prise en charge des patients d'autres niveaux de soins (ANS)</li> <li>10. Ressources humaines en santé (soins infirmiers)</li> </ol> <p><i>*Les auteurs ont indiqué qu'il était possible, au moment de la rédaction du rapport, de recueillir des données sur chacun de ces indicateurs en vue de leur mesure.</i></p>
<b>Utilisation et résultats cliniques</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. État fonctionnel</li> <li>2. État des soins autoadministrés</li> <li>3. Contrôle des symptômes</li> <li>4. Chutes des patients</li> <li>5. Infections des voies urinaires</li> <li>6. Pneumonie</li> <li>7. Plaies de pression</li> <li>8. Saignement dans l'appareil gastroduodénal</li> <li>9. Échec des secours</li> </ol> <p><i>* Les auteurs ont indiqué qu'il était possible de recueillir des données sur les chutes des patients, les infections des voies urinaires, la pneumonie et les plaies de pression au moment de la rédaction du rapport, mais que les données sur l'état fonctionnel, l'état des soins autoadministrés et le contrôle des symptômes pouvaient ne pas être rapidement et facilement utilisables.</i></p>
<b>Satisfaction du patient</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Information reçue par le patient</li> <li>2. Directives</li> <li>3. Facilité d'obtenir de l'information</li> <li>4. Information fournie par les infirmières</li> <li>5. Information donnée à la famille ou aux amis</li> <li>6. Participation de la famille ou des amis à soins du patient</li> <li>7. Préoccupation et sollicitude des infirmières</li> <li>8. Attention des infirmières envers l'état du patient</li> </ol>

Quadrant	Indicateurs
	9. Reconnaissance de l'opinion du patient 10. Considération des besoins du patient 11. Travail quotidien des infirmières 12. Obligeance 13. Réponse du personnel infirmier aux appels du patient 14. Aptitudes et compétence des infirmières 15. Coordination des soins 16. Atmosphère propice au repos assurée par les infirmières 17. Intimité 18. Directives liées au congé 19. Coordination des soins après le congé 20. Qualité générale des soins et des services reçus 21. Qualité générale des soins infirmiers <i>* Les auteurs ont indiqué qu'il était possible de recueillir des données sur chacun de ces indicateurs grâce à la mise en œuvre de l'enquête auprès des patients sur la qualité des soins hospitaliers.</i>
<b>Performance et situation financières</b>	1. Heures consacrées aux soins infirmiers des patients hospitalisés par cas pondéré de patient hospitalisé 2. Heures travaillées par les inf. aut., inf. aux. aut., inf. prof. aut. et le personnel non professionnel par cas pondéré de patient hospitalisé 3. Heures travaillées par les inf. aut. par cas pondéré de patient hospitalisé 4. Pourcentage des heures totales consacrées aux soins infirmiers des patients hospitalisés attribuées aux soins infirmiers directs 5. Pourcentage des heures travaillées par le personnel infirmier professionnel attribuées aux infirmières autorisées 6. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers directs attribuées au personnel non professionnel 7. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées aux infirmières autorisées à temps plein 8. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées aux infirmières auxiliaires et professionnelles autorisées à temps plein 9. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées au personnel non professionnel à temps plein 10. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées aux infirmières autorisées à temps partiel 11. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées aux infirmières auxiliaires et professionnelles autorisées à temps partiel 12. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées au personnel non professionnel à temps partiel 13. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées aux infirmières autorisées occasionnelles 14. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées aux infirmières auxiliaires et professionnelles autorisées occasionnelles 15. Pourcentage des heures consacrées aux soins infirmiers attribuées au personnel non professionnel occasionnel 16. Pourcentage des heures travaillées par le personnel infirmier attribuées au personnel d'agence 17. Pourcentage des heures travaillées par le personnel infirmier attribuées à l'orientation 18. Pourcentage des heures travaillées par le personnel infirmier attribuées à l'absentéisme 19. Pourcentage des heures travaillées par le personnel infirmier attribuées à l'apprentissage continu Pourcentage des heures travaillées par le personnel infirmier attribuées aux heures supplémentaires <i>* Les auteurs ont indiqué qu'il était possible de recueillir des données sur les 16 premiers indicateurs, mais que les données sur les autres indicateurs n'étaient pas être rapidement et facilement utilisables à l'époque.</i>

## **Le lien avec la qualité**

Nous sommes de plus en plus témoins de la façon dont les données disponibles sur les processus de soins infirmiers et les résultats pour les patients à l'échelle de l'unité et de l'organisation peuvent entraîner d'importantes améliorations de la qualité des soins — avancée exprimée de manière très éloquente par le titre d'un article publié par les chercheurs de la CALNOC : « *Leveraging Nurse-Related Dashboard Benchmarks to Expedite Performance Improvement and Document Excellence* » (Donaldson, Brown, Aydin, Bolton et Rutledge, 2005). Les auteurs expliquent comment les participants à leur base de données collective sur les résultats ont utilisé les données pour améliorer la qualité des soins. Par exemple, une organisation ayant constaté une prévalence élevée de plaies de pression acquises à l'hôpital a mis en place un processus d'amélioration du rendement qui a permis de réduire l'incidence de plaies de lit. Les chercheurs liés à la base de données MilNOD ont également pu constater que les directeurs des soins infirmiers trouvaient très utile l'information fournie par la MilNOD (Loan, Patrician et McCarthy, 2011). En effet, les directeurs des soins infirmiers ont constaté que, pour la plupart d'entre eux, les seules mesures de l'efficacité de la dotation en personnel auxquelles ils avaient accès provenaient de la MilNOD. Ils ont trouvé de nombreux exemples de la valeur ajoutée qu'apportent la MilNOD à leur hôpital, notamment l'incitation à ajouter l'évaluation du risque de chutes et de plaies de pression aux soins quotidiens prodigués, ainsi que l'utilisation des données de la MilNOD dans le cadre d'initiatives sur la sécurité et de demandes d'accréditation. Les possibilités offertes par la mesure des résultats afin d'éclairer la prise de décisions sur les soins à donner à un patient et de favoriser les pratiques fondées sur des données probantes ont été décrites par Doran (2010; 2011). La littérature démontre clairement que la qualité est au cœur de tout système de soins de santé aujourd'hui. Il existe des preuves à l'effet que la collecte, la communication et la comparaison de données liés aux soins infirmiers apporte une importante contribution à l'obtention de cette qualité.

## **Limites et recommandations**

Afin d'obtenir des données de qualité sur les soins donnés aux patients, d'évaluer le rendement organisationnel et soutenir l'amélioration de la qualité, il est essentiel de se doter de systèmes de mesure valides, fiables et capables de s'adapter aux risques. Cette adaptation aux risques est cruciale au moment de faire des comparaisons entre unités ou organisations ou de mener des recherches. L'une des limites de systèmes comme la NDNQI et la CALNOC est leur incapacité de s'adapter entièrement aux risques pour tenir compte des différences dans les caractéristiques des patients au sein d'une unité et d'un établissement, parce que la collecte de données sur les résultats ne se fait pas en lien avec d'autres bases de données qui contiennent des renseignements pouvant servir à cette adaptation. Le système belge fait cependant exception. Dans le DIRHM belge, les données démographiques sur les patients et les codes CIM-9-M sont recueillis pour permettre l'harmonisation des données du DIRHM à l'ensemble de données sur les congés d'hôpital, ce qui permet de s'adapter aux risques. Une autre limite de nombreux EDIB est l'impossibilité d'y entrer des données sur les processus infirmiers, comme les interventions infirmières. Le DIRHM fait encore exception, parce qu'il a été conçu pour recueillir des données sur les interventions infirmières à l'aide du système de classification NIC (Van den Heede, Michiels, Thonon et Sermeus, 2009). Le Canada est très avantagé par rapport aux autres pays grâce à l'existence de ses ensembles de données nationaux. Un EDIB peut être lié aux données détenues à l'ICIS, notamment la BDCP, le SIG, la RAI-HC (soins à domicile), la RAI-LTC (soins de longue durée) et la RAI-Santé mentale. Ces ensembles de données contiennent les

types de renseignements sur les patients et les établissements qui sont essentiels à l'adaptation aux risques. Cela dit, à ce jour, il n'est pas possible de lier de telles données à l'échelon de l'unité des soins infirmiers. Le projet RSAIS est une exception parce qu'il a été conçu pour saisir les résultats liés aux soins infirmiers et aux conditions observés à l'échelle de l'unité. La mesure d'indicateurs à l'échelon de l'unité doit devenir un volet essentiel de tout EDIB afin de soutenir l'amélioration des soins directs.

Certaines recommandations plus précises favorables à l'instauration d'un bulletin de la pratique infirmière au Canada se fondent sur les aspects communs de la collecte des données qui existent dans toutes les initiatives décrites dans la présente synthèse des connaissances, l'inclusion d'indicateurs liés à la structure, au processus et au résultat, ainsi que des considérations méthodologiques concernant le choix des résultats. Ce qui suit est une brève explication de ces facteurs.

Presque toutes les initiatives décrites dans le présent document voient à recueillir des données concernant les intrants et la structure des soins infirmiers, comme les heures consacrées aux soins infirmiers par jour-patient; la composition du personnel, le ratio infirmière-patient et, dans certains cas, les études et l'expérience des infirmières (p. ex., la MiLNOD). Au Canada, il est possible de recueillir des données sur la dotation en personnel infirmier dans les hôpitaux de soins de courte durée grâce au SIG. Plusieurs EDIB comprennent également une enquête sur le milieu de travail qui permet d'examiner l'impact d'un changement de milieu de travail sur les résultats pour l'infirmière et pour le patient. Aux États-Unis, les EDIB renferment des indicateurs sur les processus infirmiers, mais c'est en Belgique que cet aspect a été le plus poussé parce qu'on y recueille des données sur un ensemble de base de 23 interventions infirmières dans chaque hôpital. La majorité des EDIB met l'accent sur un ensemble de base de résultats pour la sécurité des patients, comme les plaies de pression, les chutes et les infections nosocomiales. Le RSAIS et le C-RSAIS ont adopté une perspective plus globale pour inclure des résultats tels que l'état fonctionnel, les symptômes et les soins thérapeutiques autoadministrés. Ensemble, ces éléments de données sont généralement classés selon le cadre bien connu « structure, processus et résultat », comme le conseille Donabedian, en s'inspirant de sa croyance qu'une « [traduction] bonne structure augmente la probabilité d'un bon processus, qui lui augmente la probabilité d'un bon résultat » (Donabedian, 1988, p. 1745). La théorie de Donabedian a été mise à l'épreuve au fil des ans et est largement acceptée. Par conséquent, la sélection des résultats liés aux soins infirmiers en vue de concevoir un bulletin canadien de la pratique infirmière devrait englober des données provenant de chacune de ces trois catégories. L'Organisation mondiale de la Santé définit la qualité comme étant « [traduction] la mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et aux populations augmentent la probabilité des résultats souhaités sur le plan de la santé et correspondent aux connaissances professionnelles actuelles » (OMS, 2009, p. 18). Par « sécurité des patients », on entend le souci de préserver les patients de tout effet néfaste non nécessaire (OMS, 2009). Il semble donc qu'une approche équilibrée de la mesure des résultats devrait comprendre des indicateurs de qualité et de sécurité.

La sélection des données à inclure dans le bulletin doit également se fonder sur des méthodes de recherche appropriées. Dans les initiatives présentées dans ce document, on a eu recours à trois principales méthodes pour choisir les données : 1) une analyse documentaire; 2) une consultation auprès des intervenants clés (p. ex., on a utilisé un processus Delphi pour le DIRHM); et

3) l'identification d'outils et d'instruments valides et fiables pour recueillir les données (Doran, 2011). Herman et Palmer (2002) ont suggéré un cadre pour choisir les mesures de qualité de base, lequel serait utile pour orienter la sélection des indicateurs à inclure dans un bulletin national de la pratique infirmière au Canada. Leur cadre permet d'examiner trois questions fondamentales : 1) l'indicateur est-il significatif, 2) faisable et 3) pouvant faire l'objet de mesures?

Un indicateur est significatif s'il est important du point de vue clinique, répond aux besoins des parties concernées et qu'il existe une preuve que le résultat est sensible aux soins infirmiers. Un indicateur est faisable si les données sont disponibles, ou si elles peuvent être recueillies à prix abordable et mesurées avec fiabilité. Enfin, un indicateur peut faire l'objet de mesures si les résultats relèvent de la compétence de l'utilisateur, si celui-ci est en mesure d'interpréter les résultats, s'il existe un écart manifeste ou une possibilité d'amélioration, et si certaines recommandations ou preuves cliniques établies permettent d'orienter l'amélioration de la pratique.

En résumé, pour faire progresser les travaux sur un EDIB au Canada, il est recommandé d'examiner les questions suivantes : 1) Quels éléments de données permettraient de constituer un ensemble de données de base? 2) Comment recueillir les données de manière valide et fiable? 3) Comment ces données peuvent-elles être liées aux autres ensembles de données qui renferment de l'information sur les caractéristiques des patients et des hôpitaux? 4) Comment recueillir les données des données sur les interventions infirmières? Et finalement, 5) comment analyser et reformuler ces données, non seulement pour permettre l'amélioration de la qualité et soutenir la prise de décisions quant aux soins à donner aux patients à l'échelle de l'organisation, mais aussi pour qu'elles puissent servir à l'échelon de l'unité aux gestionnaires d'unité et de service, aux infirmières de première ligne et aux autres fournisseurs de soins au point de service? Il est également recommandé de recueillir des données liées au milieu de travail des infirmières pour qu'elles soient incluses dans l'ensemble de données de base.

## **Conclusion**

La présente synthèse des connaissances a permis de cerner de manière évidente l'existence d'une base de connaissances et d'accomplissements solide dans le domaine de la mesure et de la communication des résultats des soins infirmiers. L'existence d'indicateurs et de résultats liés aux soins infirmiers fiables et valides a été constatée en ce qui concerne la sécurité et la qualité pour les patients. En outre, la faisabilité de la collecte et de la communication de telles données a été confirmée. Bien que les établissements voient de plus en plus à mesurer et à communiquer leurs résultats (surtout les hôpitaux de soins de courte durée), le secteur communautaire a fait moins de progrès à ce chapitre, à l'exception des projets RSAIS et C-RSAIS. L'utilité de l'information provenant de diverses bases de données sur les résultats des soins infirmiers a été expliquée, notamment en donnant des exemples d'amélioration de la qualité des soins et des résultats lorsqu'on prend les mesures qui s'imposent pour corriger un rendement insatisfaisant.

Une masse critique d'organisations participantes est nécessaire si on veut que les résultats liés aux soins infirmiers soient abordés dans les publications nationales (p. ex., les indicateurs de santé de Statistiques Canada; le Projet de production de rapports sur les hôpitaux canadiens) et que la Base de données sur les congés des patients de l'ICIS contienne suffisamment de données

infirmières pour fournir un échantillon assez grand pour soutenir des recherches rigoureuses. Les données recueillies dans un bulletin national de la pratique infirmière permettraient d'enclencher le dialogue et la planification à propos des enjeux actuels de la pratique infirmière au Canada, notamment la composition du personnel infirmier, les modèles de prestations des soins au patient, les ratios de dotation et l'étendue des responsabilités de la direction, de même que d'avoir une influence positive sur la qualité des soins cliniques et des résultats pour le patient. Par conséquent, la *réflexion concernant un bulletin national de la pratique infirmière* représente une occasion stratégique et appréciée de dialoguer et d'envisager l'avenir dans le but de poursuivre les efforts vers la concrétisation d'un bulletin national de la pratique infirmière.

## Références

- Academy of Canadian Executive Nurses (2007). Our strategic directions: Highlights. Ottawa: Author. Retrieved January 10<sup>th</sup>, 2011 from <http://www.acen.ca/documents/SNAPSHOT%20of%20%20ACEN%20STRATEGIC%20DIRECTIONS.pdf>
- Academy of Canadian Executive Nurses (2011). About ACEN. Retrieved January 10<sup>th</sup>, 2011 from <http://www.acen.ca/about.html>
- Alexander, G.R. (2007). Nursing sensitive databases: Their existence, challenges and importance. *Medical Care Research and Review*, 64(2), 44S-63S.
- American Nurses Association (2006). *ANA Recognized terminologies and data element sets*. Retrieved January 14<sup>th</sup>, 2011 from <http://www.nursingworld.org/npii/terminologies.htm>
- Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32.
- Association of UK University Hospitals (no date). Patient care portfolio: *AUKUH nurse sensitive indicators: Implementation resource pack*. London, England: Author. Retrieved January 13<sup>th</sup>, 2011 from <http://www.aukuh.org.uk/members/documents/4NurseSensitiveIndicatorsImplementationResourcePack.pdf>
- Butler, M., Treacy, M., Scott, A., Hyde, A., MacNeela, P., Irving, K., Byrne, A., & Drennan, J. (2006). Towards a nursing minimum data set for Ireland: Making Irish nursing visible. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 364-375.
- Canadian Institute for Health Information (2011). *Frequently-asked questions about the MIS standards*. Ottawa: Author. Retrieved January 16<sup>th</sup>, 2011 from [http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/standards+and+data+submission/standards/mis+standards/mis\\_faq](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/document/standards+and+data+submission/standards/mis+standards/mis_faq)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2000). *La collecte de données : comment refléter l'impact des soins infirmiers : document de discussion*. Ottawa, Author. Retrieved January 18, 2011 from [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/collet\\_data\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/collet_data_f.pdf)
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (2006). *Énoncé de position – L'information infirmière et la gestion du savoir*. Ottawa, Author. Retrieved January 16, 2011 from <http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/PS87-Nursing-info-knowledge-f.pdf>
- Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CALNOC) (2010). *Orientation to CALNOC*. California: Author. Retrieved January 3, 2011 from <https://www.calnoc.org/globalPages/mainpage.aspx>
- Collaborative Alliance for Nursing Outcomes (CALNOC). *About Us*. California: Author. Retrieved January 18, 2011 from <https://www.calnoc.org/globalPages/mainpage.aspx>
- Department of Health, United Kingdom (2010) *Nurse sensitive outcome indicators for NHS commissioned care*. Retrieved January 17<sup>th</sup>, 2011 from [http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/Clinical%20Innovation%20Metrics/Nurse\\_Sensitive\\_Indicators\\_DH.pdf](http://www.ic.nhs.uk/webfiles/Services/Clinical%20Innovation%20Metrics/Nurse_Sensitive_Indicators_DH.pdf)

- Donabedian, A. (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748. Retrieved February 2<sup>nd</sup>, 2011 from <http://www.bradfordvts.co.uk/ONLINERESOURCES/03.1%20CLINICAL%20GOVERNANCE%20incl%20appraisal,%20revalidation%20and%20tools%20for%20reflection/quality%20of%20care%20by%20Donabedian.pdf>
- Donaldson, N., Brown, D.S., Aydin, C.E., Bolton, M.L.B., & Rutledge, D.N. (2005). Leveraging nurse-related dashboard benchmarks to expedite performance improvement and document excellence. *Journal of Nursing Administration*, 35(4), 163-172.
- Donaldson, N., & Aydin, C. (2010). *Impact of medical surgical acute care microsystem nurse characteristics and practices on patient outcomes*. Unpublished report. San Francisco and Los Angeles: Authors.
- Doran, D.M. (2003). Preface. In D.M. Doran (Ed.), *Nursing-sensitive outcomes: State of the science*, (pp. vii-ix). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Doran, D.M., Harrison, M.B., Laschinger, H.S., Hirdes, J.P., Rukholm, E., Sidani, S., McGillis Hall, L., & Tourangeau, A.E. (2006). Nursing-sensitive outcomes data collection in acute care and long-term care settings. *Nursing Research*, 55(2S), S75-S81.
- Doran, D.M. (2010). An Outcomes Framework for Knowledge Translation. In D. Bick & I. Graham (Eds). *Evaluating the Impact of Implementing Evidence-Based Practice*. Oxford: Wiley-Blackwell Publ., pp. 67-85
- Doran, D.M. (Ed.) (2011). *Nursing outcomes: The state of the science*. (2<sup>nd</sup> ed.). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Doran, D.M. (2011a). Functional status. In D.M. Doran (Ed.). *Nursing outcomes: The state of the science* (pp. 29-77). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Doran, D.M. & Pringle, D. (2011). Patient outcomes as an accountability. In D.M. Doran (Ed.). *Nursing outcomes: The state of the science* (pp. 1-28). Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Dossey, B.M. (2000). *Florence Nightingale: Mystic, visionary, healer*. Springhouse: Springhouse, PA.
- Fahrenkrug, M.A. (2003). Development of a nursing data set for school nursing. *Information Technology*, 19(4), 238-248.
- Goossen, W.T.F., Epping, P.J.M.M, Feuth, T., Dassen, T.W.N., Hasman, A., & Van den Heuvel, W.J.A. (1998). A comparison of nursing minimal data sets. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 5(2), 152-163.
- Goossen, W.T.F., Epping, P.J.M.M., Van den Heuvel, W.J.A., Feuth, T., Frederiks, C.M.A., & Hasman, A. (2000). Development of the nursing minimum data set for the Netherlands (NMDSN): Identification of categories and items. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 536-547.
- Griffiths, P., Richardson, A., & Blackwell, R. (2009). *Nurse sensitive outcomes and indicators in ambulatory chemotherapy*. London, England: National Nursing Research Unit, King's College. Retrieved January 13<sup>th</sup>, 2011 from <http://www.nursingtimes.net/Journals/1/Files/2010/2/5/Nurse%20Sensitive%20Outcomes%20and%20Indicators%20in%20Ambulatory%20Chemotherapy%20-%20Report.pdf>
- Haines, J. (1993). Montrer la voie en période de changement : un défi pour la profession

- infirmière. Document de travail. Ottawa, Association des infirmières et infirmiers du Canada. Retrieved January 18, 2011 from [http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/leading\\_time\\_change\\_august\\_1993\\_f.pdf](http://www.cna-aiic.ca/CNA/documents/pdf/publications/leading_time_change_august_1993_f.pdf)
- Hannah, K.J., White, P.A., Nagle, L.M. & Pringle, D.M. (2009). Standardizing nursing information in Canada for inclusion in electronic health records: C-HOBIC. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 16(4), 525-430.
- Health Outcomes for Better Information and Care (2009). HOBIC Newsletter: HOBIC Anniversary, 10 years of achievement. Retrieved Feb. 2, 2011 from [http://www.hinext.com/assets/HOBIC\\_Anniversary\\_Newsletter.pdf](http://www.hinext.com/assets/HOBIC_Anniversary_Newsletter.pdf)
- Health System Performance Research Network (2011). *Who we are*. Retrieved January 24, 2011 from <http://www.hsprn.ca/about/partners.html>
- Herman, R.C., & Palmer, R.H. (2002). Common ground: A framework for selecting core quality measurement for mental health and substance abuse care. *Psychiatric Services*, 53, 281-287.
- Irvine, D., Sidani, S., & McGillis Hall, L. (1998). Linking outcomes to nurses' role in health care. *Nursing Economics*, 16(2), 58-64, 87.
- Kaplan, R.S. & Norton, D.P. (1992). The balanced scorecard: Measures that drive performance. *Harvard Business Review*, January-February, 71-79. Retrieved January 23, 2011 from [http://www.srsdocs.com/bsc/bsc\\_ref/artigos/BSC\\_DrivePerf.pdf](http://www.srsdocs.com/bsc/bsc_ref/artigos/BSC_DrivePerf.pdf)
- Kleib, M., Sales, A., Doran, D.M., Mallette, C., & White, D. (2011). *Nursing minimum data sets*. In D. M. Doran (Ed.), *Nursing Outcomes: State of the Science* (2<sup>nd</sup> ed.), pp. 487-512. Sudbury, MA: Jones & Bartlett.
- Loan, L.A., Patrician, P.A., & McCarthy, M. (2011). Participation in a national nursing outcomes database: Monitoring outcomes over time. *Nursing Administration Quarterly*, 35(1), 72-81.
- Maas, M.L., Johnson, M., & Moorhead, S. (1996). Classifying nursing-sensitive patient outcomes. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 28(4), 295-301.
- MacNeela, P., Scott, P.A., Treacy, M.P. & Hyde, A. (2006). Nursing minimum data sets: A conceptual analysis and review. *Nursing Inquiry*, 13(1), 44-51.
- Magnella, M.E. (2010). The passionate statistician. In S. Nelson & A.M. Rafferty (Eds.), *Notes on Nightingale: The influence and legacy of a nursing icon* (pp. 115-129). Ithaca, New York: Cornell University.
- Martin, K.S. & Scheet, N.J. (1992). *The Omaha system: A pocket guide for community health nursing*. Philadelphia: Saunders.
- McGillis Hall, L., Doran, D., Spence Laschinger, H., Mallette, C., O'Brien-Pallas, L.L., & Pedersen, C. (2001). *Hospital report 2001: Preliminary studies, Volume 2: Exploring nursing, women's health, population health*. University of Toronto: The Hospital Report Research Collaborative. Retrieved January 25, 2011 from [http://www.hsprn.ca/reports/2001/prelim\\_studies\\_v02.pdf](http://www.hsprn.ca/reports/2001/prelim_studies_v02.pdf)
- McGillis Hall, L. (2003). Nursing staff mix models and outcomes. *Journal of Advanced Nursing*, 44(2), 217-226.
- McGillis Hall, L., Doran, D., Spence Laschinger, Heather, Mallette, C., Pedersen, C., O'Brien-Pallas, L. (2003). A balanced scorecard approach for nursing report card development. *Outcomes Management*, 7(1), 17-22.
- Montalvo, I. (2007). The national database of nursing quality indicators (NDNQI). *The Online Journal of Issues in Nursing*, 12(3). Retrieved January 11<sup>th</sup>, 2011 from

<http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx>

- National Database of Nursing Quality Indicators (2010, May). *ANA's NQF-endorsed measure specifications: Guidelines for data collection on the American Nurses Association's national quality forum endorsed measures: Nursing care hours per patient day; skill mix; falls and falls with injury*. Author: Kansas City, KS. Retrieved January 10, 2011 from home page link, <https://www.nursingquality.org/Default.aspx>
- New South Wales Department of Health (2008). *Data dictionary and collection guidelines for the New South Wales (NSW) health home and community care minimum data set*. North Sydney, NSW: Demand and Performance Evaluation Branch, Health system Performance Division. Retrieved January 24, 2011 from [http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2008/pdf/hacc\\_data\\_dictionary.pdf](http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2008/pdf/hacc_data_dictionary.pdf)
- Omaha System (2011). The Omaha system: Solving the clinical data-information puzzle. Retrieved January 26<sup>th</sup>, 2011 from <http://www.omahasystem.org/>
- Patrician, P.A., Loan, L., McCarthy, M., Brosch, L.R. & Davey, K.S. (2010). Towards evidence-based management: Creating an informative database of nursing-sensitive indicators. *Journal of Nursing Scholarship*, 42(4), 358-366.
- Postl, B., Moffatt, M., Kreindler, S., & Lutfiyya, M.N. (2008). *The quality of quality: A comparative analysis of two different Canadian hospital report cards: the 2007 Hospital Report Research Collaborative's Ontario hospital report and the 2008 Fraser Institute's British Columbia hospital report card*. Retrieved January 17, 2011 from [http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2008/Hospital\\_Report\\_Card\\_Comparison.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/library/publications/year/2008/Hospital_Report_Card_Comparison.pdf)
- Pringle, D. M., & White, P. (2002). Happenings. Nursing matters: the Nursing and Health Outcomes Project of the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care. *Canadian Journal of Nursing Research*, 33, 115-121.
- Rutherford, M. (2008). Standardized nursing language: What does it mean for nursing practice? *The Online Journal of Issues in Nursing*, 13(1). Retrieved January 25<sup>th</sup> 2011 from <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/vol132008/No1Jan08/ArticlePreviousTopic/StandardizedNursingLanguage.aspx>
- Ryan, T., Holmes, B., & Gibson, D. (1999). *A national minimum data set for home and community care*. AIHW cat. No AGE 13. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare (Aged Care Series). Retrieved January 24, 2011 from <http://www.aihw.gov.au/publications/age/nmdshcc/nmdshcc.pdf>
- Schneider, J.S., Barkauskas, V., & Keenan, G. (2008). Evaluating home health care nursing outcomes with OASIS and NOC. *Journal of Nursing Scholarship*, 40(1), 76-82.
- Sermes, W., Delesie, L., Van den Heede, K., Diya, L., & Lesaffre, E. (2008). Measuring the intensity of nursing care: Making use of the Belgian nursing minimum data set. *International Journal of Nursing Studies*, 45(7), 1011-1021.
- Shaughnessy, P.W., Hittle, D.F., Crisler, K.S., Powell, M.C., Richard, A.A., Kramer, A.M., Schlenker, R.E., Steiner, J.F. et al. (2002). Improving patient outcomes of home health care: Findings from two demonstration trials of outcome-based quality improvement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(8), 1354-1364.

- Van den Heede, K., Clarke, S.P., Sermeus, W., Vleugels, A. & Aiken, L.H. (2007). International experts' perspective on the state of nurse staffing and patient outcomes literature. *Journal of Nursing Scholarship*, 39(4), 290-297.
- Van den Heede, K., Lesaffre, E., Diya, L., Vleugels, A., Clarke, S.P., Aiken, L.H., & Sermeus, W. (2009). The relationship between inpatient cardiac surgery mortality and nurse numbers and educational level: Analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 796-803.
- Van den Heede, K., Michiels, D., Thonon, O., & Sermeus, W. (2009). Using nursing interventions classification as a framework to revise the Belgian nursing minimum data set. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 20(3), 122-131.
- Van den Heede, K., Sermeus, W., Diya, L., Clarke, S.P., Lesaffre, E., Vleugels, A., & Aiken, L.H. (2009). Nurse staffing and patient outcomes in Belgian acute hospitals: Cross-sectional analysis of administrative data. *International Journal of Nursing Studies*, 46(7), 928-939.
- Veterans Affairs Office of Nursing Services (2009). Annual report 2009. VA Nursing: Connecting all the pieces of the puzzle to transform care for veterans. Retrieved January 22, 2011 from [http://www.va.gov/NURSING/Published\\_Reports.asp](http://www.va.gov/NURSING/Published_Reports.asp)
- Volrathongchai, K., Delaney, C.W., & Phuphaibul, R. (2003). Nursing minimum data set development and implementation in Thailand. *Journal of Advanced Nursing*, 43(6), 588-594.
- Waggoner, M.G. (1999). OASIS: Measuring outcomes in home care. *MedSurg Nursing*, 8(3), 214-215. Retrieved January 26<sup>th</sup>, 2011 from [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_m0FSS/is\\_3\\_8/ai\\_n18608711/](http://findarticles.com/p/articles/mi_m0FSS/is_3_8/ai_n18608711/)
- Werley, H.H., Devine, E.C., Zorn, C.R., Ryan, P., & Westra, B.L. (1991). The nursing minimum data set: Abstraction tool for standardized, comparable, essential data. *American Journal of Public Health*, 81(4), 421- 426.
- White, P., Pringle, D., Doran, D., & Hall, LM. (2005). Le projet d'étude sur les soins infirmiers et les résultats des soins en santé. *Infirmière canadienne*, 101(9), 14-18.
- World Health Organization (2009). Conceptual framework for the international classification for patient safety, version 1.1: Final technical report. Retrieved February 3, 2011 from [http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps\\_full\\_report.pdf](http://www.who.int/patientsafety/taxonomy/icps_full_report.pdf)
- World Health Organization (2011). *Classifications: International Classification of Nursing Practice*. Retrieved Feb. 1st, 2011 from <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icnp/en/index.html>