

Mise en œuvre des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

« Les lignes directrices les plus simples peuvent parfois avoir des effets spectaculaires sur toute l'organisation » nous dit Paulina Fakac (IA), infirmière gestionnaire au Doctors Paul and John Rekaï Centre. Le centre dispose de 42 lits de soins de longue durée pour personnes âgées. Selon M^{me} Fakac, « Auparavant, la plupart des résidents admis à l'unité avaient un régime posologique composé d'au moins trois médicaments différents contre la constipation. Comme l'unité utilise maintenant la ligne directrice sur les pratiques exemplaires (LDPE) de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (RNAO) *Prevention of Constipation in the Older Adult Population* (prévention de la constipation chez les personnes âgées), la plupart des résidents n'ont plus besoin de tels médicaments. En effet, la consommation accrue de liquides et de fibres signifie que presque tous les résidents vont maintenant à la selle chaque jour et que nous utilisons beaucoup moins de laxatifs ».

M^{me} Fakac ajoute « Je savais déjà qu'une augmentation des liquides pouvait prévenir la constipation. Le recours à cette ligne directrice dans mon unité signifie maintenant que tout le système et le personnel œuvrent à la prévention de la constipation. Lorsque un résident arrive, l'infirmière s'informe de son repas

déclencheur, c'est-à-dire celui précédant l'élimination fécale, et le note sur son dossier. Nous veillons alors toujours à ce qu'il se rende aux toilettes à ce moment. Comme la plupart des gens ont soif au réveil, les infirmières leur apportent un plus grand verre d'eau qu'auparavant avec leurs médicaments du matin. Eau et jus arrivent au petit déjeuner, et un jus de prune est servi tous les jours à chaque résident selon le plan de soins. Ces interventions accroissent l'absorption de liquides. Avec de tels résultats, les LDPE sont là pour rester ».

Le présent article sensibilisera les infirmières aux LDPE en définissant le terme et en expliquant comment élaborer, appliquer et évaluer la qualité de lignes directrices efficaces. Bien que cet article porte sur les soins directs, il est important de souligner que les LDPE peuvent être utilisées dans tous les domaines¹ de la pratique infirmière. Les formateurs, les chercheurs et les gestionnaires devraient également concevoir et utiliser des LDPE dans leur travail.

Définition des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Les lignes directrices sur les pratiques exemplaires (LDPE), également appelées guides de pratique clinique (GPC), sont « des énoncés systématiquement

conçus pour aider le praticien et le client à décider des soins de santé appropriés aux situations cliniques particulières » [TRADUCTION] (Field et Lohr, 1990, p. 8). Ces énoncés permettent aux infirmières d'échanger l'information la plus fiable et actuelle sur le traitement d'un problème ou d'une maladie particulière. Les LDPE abordent des problèmes et des maladies autant de nature générale que spécifique. Par exemple, elles peuvent décrire le traitement d'un symptôme (douleur), l'utilisation d'équipement (cathéter) ou un état particulier (psychose). Les LDPE peuvent porter sur une évaluation ou une intervention ou encore sur des processus de soins et leurs résultats.

Des études récentes révèlent que les guides de pratique ont amélioré les soins aux clients. Le recours aux LDPE s'est traduit par une meilleure utilisation des cathéters, le soulagement des symptômes des clients et un séjour à l'hôpital écourté (Estabrooks, 1999; Thomas, McCall, Cullum, Rousseau et Soutter, 1999).

Joyce Gonyou (IA), directrice adjointe des soins et chef infirmière pour la mise en œuvre des LDPE au Valleyview Home for the Aged, signale qu'il y a d'autres avantages à l'utilisation des LDPE. Le travail d'équipe dans ce centre de 136 lits s'est amélioré depuis l'adoption de la ligne directrice de la RNAO *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée* (2002c). Selon M^{me} Gonyou, « Toutes les disciplines utilisent maintenant les lignes directrices et travaillent à réduire les chutes. Le préposé à la buanderie nous informe lorsque le plancher est glissant et le préposé à l'entretien fait de même s'il y a trop de désordre; même les familles veillent davantage à fournir

¹ Les domaines de la pratique infirmière comprennent l'administration, la formation, la recherche et la pratique clinique.



à leurs proches des chaussures plus appropriées. Nos infirmières coordonnent maintenant les efforts du personnel, des résidants, des bénévoles et des familles afin que tous travaillent ensemble à prévenir les blessures chez nos personnes âgées. »

Qualités des lignes directrices sur les pratiques exemplaires efficaces

- ✓ **Représentatives**
- ✓ **Élaborées par une équipe** d'intervenants appropriés (comprenant des clients) qui fournissent un apport important et qui ont l'occasion d'interpréter les données factuelles existantes et de résoudre les conflits de valeurs, créant ainsi un sentiment d'appartenance
- ✓ **Fondées, menant à des résultats prévisibles**
- ✓ **Rentables**
- ✓ **Reproductibles**
Un autre groupe concevant une ligne directrice arriverait à des recommandations semblables avec les mêmes données factuelles.
- ✓ **Fiables**
Ceux qui font face aux mêmes situations cliniques appliqueraient les recommandations de la même façon.
- ✓ **Applicables en clinique**, en veillant à ce que les preuves utilisées conviennent à la population cliente cible et que les préférences des clients soient intégrées.
- ✓ **Souples**
- ✓ **Clares, précises, transparentes et conviviales**
- ✓ **Révisées fréquemment à intervalles réguliers et irréguliers**
- ✓ **Assorties d'une évaluation**

Adapté du « Clinical Guidelines in Nursing, Midwifery, and the Therapies: A Systematic Review », Thomas et al., 1999, *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 40-50.

Élaboration des lignes directrices sur les pratiques exemplaires

Lors de la première étape, les intervenants déterminent le sujet, évaluent la pertinence de la ligne

directrice et conçoivent des questions pertinentes sur les soins de santé. Les sujets peuvent être déterminés de diverses façons :

- fréquence de l'état;
- modification de la pratique actuelle;
- résultats pour la santé;
- préoccupations du client; et
- coûts sociaux, juridiques et autres.

À l'étape suivante, les intervenants procèdent à une recension systématique de la documentation, utilisant une stratégie de recherche explicite pour extraire les résultats publiés ou non publiés. Ils évaluent alors la pertinence et la solidité des données factuelles à l'aide d'un outil d'évaluation. Les données sont appliquées à diverses situations cliniques pour en déterminer les avantages, les risques, la rentabilité et la faisabilité. Les intervenants font ensuite des recommandations et consultent un plus vaste éventail de personnes et de groupes. Les recommandations sont alors réunies sous forme d'une ligne directrice, qui peut inclure des éléments de soins recommandés ou facultatifs.

À cette étape, un essai pilote et une révision des lignes directrices au besoin peuvent aider à améliorer leur utilisation et leur efficacité. Les LDPE peuvent alors être diffusées aux intervenants pour que ceux-ci les mettent en œuvre. L'information est ensuite publiée. Enfin, des systèmes sont mis en place pour tenir à jour les lignes directrices. Pour en savoir plus sur l'élaboration des lignes directrices, consultez Grimshaw et Russell, 1993; et Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2001.

Pratique factuelle

La pratique factuelle est l'intégration des résultats de recherche, de l'expertise clinique et des préférences des clients aux décisions concernant les soins de santé des patients (Mulhall, 1998). Les lignes directrices sont fon-

dées sur les meilleures données factuelles. Comme les LDPE reposent sur les études disponibles, il peut y avoir de nombreux niveaux différents de données factuelles.

Étapes pour l'élaboration d'une LDPE

1. Effectuer une recension systématique de la documentation.
2. Utiliser un outil comme le *Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE)*² pour évaluer la valeur des données factuelles.
3. Dresser une liste abrégée des lignes directrices à être révisées par un groupe d'experts.
4. Extraire les recommandations et les classer.
5. Faire examiner la liste abrégée des lignes directrices et la documentation existante par des intervenants extérieurs.
6. Réviser selon la rétroaction reçue.
7. Mener un essai pilote.
8. Effectuer une nouvelle révision au besoin.
9. Publier et diffuser les lignes directrices.
10. Évaluer la diffusion et l'utilisation des lignes directrices.

Aujourd'hui, les infirmières disposent d'un éventail d'outils qui les aident à décider des soins à dispenser. Les valeurs, les théories, la tradition, l'expérience et les LDPE sont toutes des outils que les infirmières utilisent pour prodiguer des soins de haute qualité. L'énoncé de politique de l'AiIC sur la pratique factuelle (2002) souligne que, même si les données factuelles sont un élément important de la prise de décision chez les infirmières, les valeurs personnelles, les choix du client, le jugement clinique, les connaissances expérientielles, les organismes et les milieux de travail influencent aussi les décisions.

2 « AGREE est une collaboration internationale de chercheurs et de décideurs désireux d'améliorer la qualité et l'efficacité des lignes directrices de pratique clinique grâce à un cadre commun pour la conception, la déclaration et l'évaluation ». Consulté le 6 mai 2003 à <http://www.agreecollaboration.org/>.

Les études démontrent que les infirmières utilisent une vaste gamme d'outils. Lors d'une enquête en Alberta menée auprès de 600 infirmières travaillant dans divers milieux, les chercheurs ont constaté que les participantes faisaient appel à leur expérience clinique, aux connaissances acquises durant leurs études de sciences infirmières, aux sources d'information au travail (manuels, collègues, services internes), aux médecins, à leur intuition et à ce qui fonctionnait bien depuis des années dans leur prise de décision (Estabrooks, 1999).

Parmi ces outils, les LDPE sont le « nouveau venu dans le quartier ». Elles sont apparues au moment où la pratique factuelle émergeait dans les domaines de la santé. Les LDPE les plus solides s'appuient sur des bases biologiques, statistiques et cliniques et sur les sciences de la santé de la population. Les preuves scientifiques sur l'efficacité des interventions sont généralement classées comme suit :

1. méta-analyses d'essais comparatifs aléatoires
2. essais comparatifs aléatoires individuels (surtout s'ils sont d'envergure)
3. études descriptives moins comparatives
4. opinion de spécialistes et conférences consensuelles

Bien que l'expérience clinique et les préférences des clients soient reconnues comme des informations importantes, il est rare que l'on tente de les intégrer. D'aucuns croient qu'elles sont trop subjectives pour prédire des résultats. Des chercheurs recommandent aux infirmières d'intégrer leurs expériences cliniques et les choix des clients dans les LDPE. Kitson (1999) déclare : « Il se peut, comme méthode, que le modèle classique de données factuelles soit un point de départ intéressant à partir duquel plusieurs autres types de résultats doivent être stratifiés » [TRADUCTION] (p. 15). Elle recommande également d'ajouter des recherches qualitatives et personnelles globales et d'apprendre comment intégrer des données non factuelles

(expérience et jugement cliniques) dans les énoncés des lignes directrices.

Les infirmières ont besoin de LDPE pour améliorer les résultats chez les clients et rendre les soins de santé plus efficaces et efficients. En bout de ligne, les infirmières désirent dispenser des soins de santé de qualité aux patients et consacrer leur énergie uniquement aux choses les plus importantes. Les LDPE sont des outils efficaces et robustes qu'elles peuvent utiliser pour atteindre leurs objectifs.

Mise en œuvre des LDPE

Dans le monde trépidant d'aujourd'hui, il faut beaucoup d'efforts pour appliquer les nouvelles LDPE. Leur simple diffusion ne suffit pas à modifier réellement les pratiques cliniques (Grimshaw, Freemantle et Wallace, 1995). Les interventions d'éducation telles que la diffusion de documents publiés ou imprimés ou les sessions officielles d'enseignement comme les conférences n'ont que peu ou pas d'effet sur les comportements bien ancrés des professionnels de la santé.

Les professionnels soulignent les obstacles suivants à la mise en œuvre des LDPE :

- manque de soutien organisationnel de la part des administrateurs, des médecins et d'autres
 - manque de temps
 - manque de ressources
 - manque de pouvoir pour modifier la pratique
 - manque d'incitatifs à l'utilisation des LDPE
 - manque de pertinence
- (Retsas, 2000; Griffin et Edwards, 2002)

Quelques stratégies susceptibles d'avoir des résultats mixtes :

- la vérification
- fournir une rétroaction, par exemple des résumés écrits ou oraux du rendement clinique
- utiliser des interventions raisonnées dans lesquelles les clients demandent directement aux cliniciens de modifier leur comportement

- recourir à des champions pour amener les autres à introduire des changements

M. A. Thompson a cerné les stratégies qui ont toujours été efficaces dans la mise en œuvre des LDPE. Elles comprennent : des activités de diffusion d'apprentissage (le personnel qualifié visite des praticiens dans leur pratique pour donner de l'information); des rappels et messages incitatifs; des réunions éducatives interactives; et de multiples interventions combinant deux ou plusieurs stratégies (voir McArthur, 1999). La mise en œuvre efficace de telles mesures est tellement importante pour la RNAO qu'elle a conçu une trousse d'outils pour aider les organismes à cette fin (DiCenso, Virani et Bajnok, et al., 2002).

Moyens de rendre les LDPE attrayantes pour les infirmières :

- Présenter des données factuelles solides et cohérentes avec ce que les infirmières retirent de leur expérience clinique et des préférences des clients.
- Appuyer les lignes directrices nouvellement introduites par un leadership et un environnement de travail axé sur le changement.
- Introduire le ou les changements de façon appropriée, et partager le succès de façon égale entre les concepteurs des lignes directrices, les réalisateurs, les utilisateurs et les évaluateurs.

Le succès attribuable aux LDPE

Il peut être difficile d'évaluer les résultats des interventions infirmières appliquées aux clients. Il y a au moins cinq façons importantes pour les infirmières d'influer sur les résultats. Les lignes directrices de pratique clinique sont efficaces lorsqu'elles :

- *préviennent les complications* en assurant que les clients sont en sécurité et à l'abri des blessures, infections et autres complications pouvant survenir à cause de leur immobilité ou d'un déséquilibre hydrique;
- font progresser les interventions infirmières influant sur les *résultats cliniques* pour le client, comme le contrôle des symptômes;

- améliorent pour le client sa *connaissance de la maladie et du traitement*, par exemple, en ce qui concerne l'évolution de la maladie, les médicaments, les comportements sains et l'observance des traitements prescrits, aspects sur lesquels les conseils des infirmières peuvent avoir une influence;
- améliorent les *résultats pour la santé fonctionnelle* des clients (aspects physique, social, cognitif, psychologique; rôle, continence, mobilité, autonomie et résidence) et la qualité de vie à la suite des interventions des infirmières;
- accroissent la *satisfaction du client* ou sa perception des soins reçus et de ses rapports avec les infirmières; et
- *sont mises en œuvre* et continuent d'être utilisées.

Selon Karen (IA), l'utilisation de la ligne directrice de la RNAO *Établissement de la relation thérapeutique* (2002a) a eu un avantage imprévu. « Lorsque les infirmières consultent pour la première fois cette ligne directrice, elles disent « Je fais déjà cela ». Nous avons conçu une vidéo avec une de ces infirmières qui, à la fin de l'expérience, a déclaré que la qualité de ses communications avec les clients s'était tellement améliorée qu'elle avait besoin de consacrer moins de temps à la communication et que les malentendus avec ses patients étaient moins nombreux. »

Il semblerait donc que l'évaluation des répercussions des LDPE ferait appel à quelques-unes des catégories énoncées ci-haut. Par exemple, dans le projet des Lignes directrices sur les pratiques exemplaires (RNAO, 2001) de la RNAO, l'évaluation met l'accent sur les changements survenus dans la pratique infirmière en général de même que sur les LDPE permettant d'obtenir des résultats cliniques spécifiques chez les clients, la satisfaction du client et la réaction de la famille. L'évaluation vise également les changements organisationnels relatifs aux politiques et aux procédures, les conséquences financières, les réactions d'autres disciplines et les retombées imprévues.

L'heure des LDPE est arrivée. Partout au Canada, les infirmières commencent à concevoir et à utiliser des LDPE. Nous pouvons donc prévoir que les soins infirmiers continueront à s'améliorer, de même que les résultats pour les clients.

Pour en savoir davantage

- ✓ Renseignez-vous au sujet de l'outil Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (AGREE) au www.agreecollaboration.org. Fruit d'une collaboration internationale, cet outil sert à reconnaître les lignes directrices de pratique exceptionnelles. Composé de 23 mesures dans six domaines, c'est un outil de valeur pour les formateurs, les décideurs, les concepteurs de lignes directrices et les prestataires de soins de santé.
- ✓ Tenez-vous à jour sur les nouveaux traitements de même que sur la recherche, la formation continue, l'évolution dans les diagnostics et les pronostics à l'aide d'une ressource comme <http://ebn.bmjournals.com/>

- ✓ Faites des recherches sur les lignes directrices internationales dans le Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) ou au Joanna Briggs Institute for Evidence-Based Nursing and Midwifery à Adélaïde (Australie).
- ✓ Consultez The Cochrane Collection, <http://hiru.mcmaster.ca>.
- ✓ Consultez les LDPE en soins infirmiers de la RNAO (autres projets, nouvelles et services aux membres) à www.rnao.org.
- ✓ Parcourez la trousse d'outils de l'Université de l'Alberta servant à trouver et à évaluer divers documents fondés sur des données factuelles.
- ✓ Consultez le travail du Evidence Based Medicine Working Group à www.med.ualberta.ca/ebm/ebm.htm.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2001). *Shaping the future of nursing, RNAO best practice guidelines – Best for clients...best for nurses...best for healthcare*. 1(1), 1-2.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002a). *Établissement de la relation thérapeutique*. Toronto: Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002b). *Prevention of constipation in the older adult population*. Toronto: Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002c). *Prévention des chutes et des blessures associées chez la personne âgée*. Toronto: Auteur.

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario. (2002d). *Trousse sur la marche à suivre : mise en place des lignes directrices pour la pratique clinique*. Toronto: Auteur.

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2002). *La prise de décision et la pratique infirmière factuelles* [Énoncé de position]. Ottawa : Auteur.

DiCenso, A., Virani, T., Bajnok, I., Borycki, E., Davies, B., Graham, I., et al. (2002). A toolkit to facilitate the implementation of clinical practice guidelines in healthcare settings. *Hospital Quarterly*, 5(3) 55-60.

Estabrooks, C. A. (1999). Will evidence-based nursing practice make practice perfect? *Canadian Journal of Nursing Research*, 30(4), 273-294.

Field, M. J. et Lohr, K. N. (Eds.) (1990). *Clinical practice guidelines: Directions for a new program*. Washington, DC: National Academies Press.

Griffin, P. et Edwards, N. (2002). *Literature review: Research receptor capacity and research utilization*. (Community Health Research Unit Publication No. M02-1). Ottawa: University of Ottawa, Community Health Research Unit.

Grimshaw, J., Freemantle, N. et Wallace, S. (1995). Developing and implementing clinical practice guidelines. *Quality in Health Care*, 4(1), 55-64.

Grimshaw, J. M. et Russell, I. T. (1993). Achieving health gain through clinical guidelines I: Developing scientifically valid guidelines. *Quality in Health Care*, 2(4), 243-248.

Kitson, A. (1999). Research utilization: Current issues, questions, and debates. *Canadian Journal of Nursing Research*, 61(1), 13-22.

McArthur, J. (1999) Making sure best practice guidelines are used. *Nursing New Zealand*, 5(2), 28-9.

Mulhall, A. (1998). Nursing, research and the evidence. *Evidence-Based Nursing*, 1(1), 4-6.

Retsas, A. (2000). Barriers to using research evidence in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 599-606.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2001). *SIGN 50: A guideline developer's handbook*.

Thomas, L. H., McColl, E., Cullum, N., Rousseau, N., Soutter, J. (1999). Clinical guidelines in nursing, midwifery, and the therapies: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 30(1), 40-50.

L'AIIC remercie Patricia Griffin (Ph.D.) de sa contribution à cet article.