

Évaluer les résultats d'initiatives infirmières complexes : enseignements tirés de la Stratégie nationale d'administration de la chimiothérapie, un projet de l'ACIO/CANO

par Sally Thorne, Laura Rashleigh, Tracy Truant, Renée Hartzell et Maurene McQuestion

ABRÉGÉ

Comme les interventions infirmières ont tendance à être complexes et dynamiques, l'évaluation de leur incidence sur les soins et les systèmes de soins est un défi de taille bien connu. Les organisations infirmières qui cherchent à évaluer l'incidence de leurs efforts se trouvent souvent frustrées par le fossé existant entre l'idéal de la recherche en évaluation et les ressources dont elles disposent. Nous allons décrire, dans cet article, un processus à la fois pratique et maniable élaboré en vue de relever un tel défi en matière d'évaluation. Nous avons utilisé une approche d'investigation en trois phases ainsi qu'un modeste financement organisationnel et un apport de temps réaliste de la part de membres bénévoles pour parvenir à une compréhension significative des résultats croisés issus de la mise en œuvre de la Stratégie nationale d'administration de la chimiothérapie de l'ACIO/CANO. Notre expérience nous amène à voir bien du mérite au niveau du processus et des résultats de cette forme d'évaluation ciblée.

Trouver des moyens réalisables et appropriés d'évaluer si une innovation infirmière a fait ou non une différence est un des plus complexes défis qui soient. Dans le secteur des soins de santé caractérisé par son dynamisme et son évolution, la capacité à documenter l'incidence d'une innovation

détermine la réussite ou l'échec de cette dernière. C'est la raison pour laquelle le personnel infirmier fait face à d'importantes pressions pour trouver des manières significatives d'aborder l'impératif d'évaluation, non seulement pour ce qui est de trouver le temps et les ressources nécessaires à sa réalisation, mais encore de dégager une méthodologie appropriée.

Nous décrivons, dans cet article, une méthodologie d'évaluation que nous avons élaborée pour la Stratégie nationale d'administration de la chimiothérapie de l'ACIO/CANO. Cette initiative stratégique a été conçue afin de rehausser le niveau de la pratique infirmière dans l'ensemble du système, et nous souhaitons trouver un moyen d'en saisir l'incidence. En décrivant cet exemple, nous espérons mettre en lumière la nature de ces complexités d'évaluation, documenter les efforts fournis afin de mettre en œuvre un processus d'évaluation maniable et informatif dans le cadre de moyens limités et d'offrir des encouragements aux autres organisations infirmières confrontées à des enjeux similaires concernant l'énorme défi qu'est l'évaluation.

BIEN COMPRENDRE LE DÉFI LIÉ À L'ÉVALUATION

Dans le domaine des soins de santé, le plus connu des modèles d'évaluation des résultats est l'essai clinique. Il représente une méthode rigoureuse et élégante de tirer de solides conclusions en matière de cause et d'effet dans certaines circonstances. Toutefois, il est rarement applicable en dehors du cadre étroit de la relation de cause et d'effet à la fois simple et unique qui peut être inférée à partir des observations d'une variable dépendante comme c'est le cas, par exemple, lors d'une intervention pharmaceutique (Campbell et al., 2000). Afin de produire des résultats convaincants, l'essai clinique exige que l'on comprenne, mesure et contrôle comme il faut les facteurs de confusion éventuels, qu'il y ait des preuves à l'appui des enchaînements de causalité entre l'intervention et les résultats et à l'encontre d'autres enchaînements ayant une incidence sur l'effet observé et, enfin, que l'ampleur de l'effet soit élevée (Bonell et al., 2011).

Selon Paterson et ses collègues (Paterson, Baarts, Launsø & Verhoef, 2009), nos idées sur l'évaluation sont grandement influencées par le « concept de résultat » issu de l'influence profonde exercée par la méthodologie des essais cliniques sur notre entendement de ce qui constitue une science digne de ce nom. Ces auteurs avancent que l'importance accordée au raffinement des mesures devant être utilisées dans le cadre des essais cliniques a empêché les savants de prêter autant d'attention à la nature et à l'influence du concept de résultat et à ses suppositions sous-jacentes. Dans certains cas, des tentatives inadéquates de réalisation d'essais en vue d'évaluer des phénomènes complexes ont donné lieu à des conclusions fortement erronées (Kostaska, 2004). Étant donné que l'évaluation des

AU SUJET DES AUTEURES



Sally Thorne, inf., Ph.D., Professeure, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique
Tél. : 604-822-7482 ; Téléc. : 604-822-7446

Auteure à qui adresser la correspondance :
Sally.thorne@nursing.ubc.ca



Laura Rashleigh, inf., B.Sc.inf., CSIO(C), Éducatrice, De Souza Institute, Toronto, ON
Tél. : 416-581-7884 ; Téléc. : 416-946-4580



Tracy Truant, inf., M.Sc.inf., Ph.D.(c), Doctorante, École des sciences infirmières, Université de la Colombie-Britannique
Tél. : 604 827-2160



Renée Hartzell, inf., B.Sc.inf., CSIO(C), Infirmière clinicienne, Soins ambulatoires, Centre de santé et de services sociaux de Chicoutimi
Tél. : 613-888-3063



Maurene McQuestion, inf., B.A., B.Sc.inf., M.Sc., CSIO(C), Infirmière clinicienne spécialisée, Programme tête et cou, Hôpital Princess Margaret, Toronto, ON
Tél. : 416 946-4501 poste 5420 ; Téléc. : 416 946-4585

DOI: 10.5737/236880762511722

résultats, au sens élargi, est un élément essentiel permettant de savoir si et dans quelles conditions des changements de l'état de santé surviennent en combinaison avec des interventions à tous les niveaux, il est nécessaire de lancer une robuste analyse critique de ce domaine.

Lors de la réalisation d'une évaluation systématique basée sur une population et portant sur les résultats de santé mentale dans une région de l'Australie, Trauer (1998) a été l'un des premiers à attirer l'attention sur ce qu'il a interprété comme étant des pressions croissantes en faveur de l'évaluation formalisée des résultats afin de justifier des dépenses dans des secteurs particuliers du système comme la pratique en santé mentale. À une époque caractérisée par la hausse du coût des soins de santé et par la restriction de leur remboursement par les assureurs tiers payeurs, il a mis en lumière une soif sans précédent de mesures de résultats quantifiées pouvant être alignées sur les exigences du marché. Cela l'a amené à se pencher sur certaines des difficultés généralisables associées à la mesure des résultats dans un domaine complexe tel que la santé mentale. Par exemple, il a souligné le problème inévitable qui revient à déterminer si les effets observés dépendaient ou non de l'intervention et, s'ils étaient reliés à l'intervention, si ce lien concernait les structures ou les processus. Il remarquait également que même lorsque des effets sont détectés au niveau du groupe, ils peuvent ne pas être indicatifs de tous les individus constituant ce groupe. Dans le contexte de la santé mentale, par exemple, les effets pourraient se produire au niveau du patient et/ou de la personne significative, être de valence pure ou mixte, promouvoir le rétablissement ou prévenir un plus grand déclin fonctionnel. C'est pour cela, raisonne-t-il, que l'évaluation efficace des résultats dans le contexte de systèmes doit prendre en compte les mesures directes et indirectes, inclure à la fois des éléments objectifs et des éléments subjectifs des phénomènes, aborder des points temporels significatifs ainsi que des intervalles fixes, examiner à la fois des indices globaux et des indices spécifiques et enfin, que l'évaluation soit à la fois descriptive et prescriptive. Donc, lorsque nous apprécions la nature des exigences liées à ce genre d'évaluation complexe, nous en venons à comprendre pourquoi les questions sur les mesures idéales demeurent sans réponse.

Dans la même optique, la majeure partie de ce qui relève des soins infirmiers se comprend mieux si on la considère dans un contexte de complexité. Contrairement à des interventions à la fois simples et individuelles, pour lesquelles la communauté des sciences quantitatives peut offrir des méthodes acceptables, les interventions complexes résultent d'une multiplicité de composantes, dont beaucoup peuvent avoir des actions à la fois indépendantes et interdépendantes, inclure des éléments liés et au processus et à la fonction, exiger que l'on tienne compte de multiples significations et interprétations et nécessiter l'étude de leur incidence à long terme (Campbell et al., 2007). Ainsi, lorsque nous examinons les types d'ajustements systémiques associés à bon nombre d'interventions infirmières, il est évident que des types d'approches d'évaluation à la fois nouveaux et très différents seront nécessaires. Il se peut que des essais non randomisés aident en quelque sorte à éclairer notre compréhension dans certaines circonstances; toutefois, il importe que nous fassions preuve de prudence et que nous limitons généralement cette

approche aux rares situations où il a été démontré que les interventions sont acceptables et réalisables et qu'elles n'entraînent pour ainsi dire aucun risque de préjudice (Bonell et al., 2011). Nous reconnaissons également que l'évaluation implique un surcroît de complexité lorsque le but d'une intervention est de l'intégrer dans un système de soins particulier en pleine évolution (Atun, de Jongh, Secci, Ohiri & Adeyi, 2010). De telles interventions deviennent souvent des événements dans l'histoire des systèmes, qui entraînent l'évolution de nouvelles structures d'interaction et de signification partagée. Elles influent sur « l'évolution de réseaux d'interactions personnes-temps-lieux, le changement de relations, le déplacement d'activités existantes et la redistribution et la transformation des ressources » (Hawe, Sheill & Riley, 2009, p. 267), [traduction libre]. On comprend pourquoi tout effort de raffinement de la base de connaissances qui prouvera la contribution originale qu'apporte la discipline au sein de cette complexité d'influences en vue de satisfaire les besoins des patients est devenu un défi fondamental pour les soins infirmiers (Sidani & Braden, 2011).

Un ensemble croissant d'écrits s'intéresse à ces complexités et fournit une orientation à ceux et celles qui cherchent à évaluer des interventions à l'intérieur de systèmes. Dans ce contexte, il est beaucoup question des opportunités inhérentes à l'approche méthodologique mixte en tant que stratégie générale grâce à laquelle il devient possible de jeter un éclairage révélateur sur plus de phénomènes qu'on ne le pourrait en faisant appel à une approche dépendant de mesures simples et singulières (Celik, Abma, Klinge & Widdershoven, 2012). D'après Verhoef et ses collègues (2005), comme les composantes individuelles de la majorité des systèmes sont « inséparables, complémentaires et synergiques », ni les méthodes qualitatives ni les méthodes quantitatives, peuvent, à elles seules, « saisir la signification, le processus et les résultats de ces interventions » (p. 206) [traduction libre]. Dans des contextes où l'aspect bien défini qu'est l'intervention ne représente qu'une partie infime d'une pratique plus complexe, on pourrait conseiller une approche d'évaluation plutôt participative. Une telle approche prend en compte les nuances du milieu local comme faisant partie du plus vaste contexte social dans lequel elles s'imbriquent (Potvin & Goldberg, 2012). Finalement, comme les interventions complexes se rapportent à des systèmes dynamiques, l'approche optimale mettra toujours en jeu des approches d'évaluation permettant une rétroaction continue et systématique (Catwell & Sheikh, 2009).

Dans le monde réel, comme on dispose de peu d'approches largement acceptées et éprouvées et que l'on travaille sous les contraintes habituelles liées au temps, aux données disponibles et au budget, une forte dose de créativité est essentielle à la mise en œuvre de ces approches participatives, interactives et à méthodologie mixte (Bamberger, Rugh & Mabry, 2012). Beaucoup d'organisations infirmières qui lancent des initiatives importantes ont du mal à trouver des manières appropriées, réalisables et valables de les évaluer. Elles reconnaissent la complexité de la mesure des résultats qui dépendent du personnel infirmier et elles savent que les ressources exigées pour entreprendre de grands projets sont hors d'atteinte pour la plupart des équipes cliniques. De plus, étant donné l'incertitude qui

règne autour du financement de la recherche en santé dans la plupart des secteurs et régions, il devient impossible d'harmoniser le financement de l'évaluation avec les calendriers de mise en œuvre des projets. En outre, dans le cadre plus large des priorités de financement, les initiatives d'évaluation de la qualité se voient souvent accorder une faible priorité. Du fait de ces barrières importantes, de trop nombreuses initiatives infirmières axées sur la pratique ne font jamais l'objet d'une évaluation et leurs résultats ne sont ni divulgués ni partagés. Nous ratons ainsi des possibilités considérables de mise en vedette des contributions que notre profession peut apporter aux soins aux patients et aux systèmes de prestation des soins de santé.

C'est donc dans ce contexte que nous cherchions à élaborer et mettre en œuvre une évaluation des résultats de la Stratégie nationale d'administration de la chimiothérapie, un projet de l'Association canadienne des infirmières en oncologie/Canadian Association of Nurses in Oncology (ACIO/CANO). Nous pensons avoir dégagé une façon maniable et créatrice de réaliser nos aspirations d'évaluation dans le difficile contexte de notre époque et de tirer des enseignements significatifs sur le processus et sur l'incidence de notre intervention. Comme nous reconnaissons pleinement l'envergure du défi lié à l'évaluation dans notre discipline, nous ne nourrissons pas l'illusion que notre initiative d'évaluation des résultats reflète un quelconque étalon de référence pour des recherches de ce genre. Cela dit, en interprétant les avantages, inconvénients, points forts et limites reliés à l'utilisation de cette approche telle que nous l'avons faite, nous espérons fournir un point de référence crédible aux autres organisations infirmières s'efforçant de cerner des façons maniables et significatives d'interpréter les résultats de leurs propres projets et de partager avec autrui les connaissances qu'elles acquièrent dans le cadre de cette démarche.

INFORMATION GÉNÉRALE SUR LA STRATÉGIE NATIONALE D'ADMINISTRATION DE LA CHIMIOTHÉRAPIE (SNAC)

La SNAC est une initiative en trois phases visant l'établissement, à l'échelle nationale, de normes, compétences et ressources pédagogiques à l'intention des infirmiers et infirmières en oncologie du Canada. La nécessité de réaliser un tel projet a été dégagée lors du sondage auprès des membres de l'ACIO/CANO effectué en 2006 et confirmée par la suite dans l'examen environnemental national de 2009 (CANO/ACIO, 2009), un comité d'experts bénévoles a été rassemblé dans le but d'élaborer et de diriger une initiative spéciale qui fournirait aux organisations et aux infirmières en oncologie des normes et des compétences fondées sur des données probantes en vue d'optimiser, au niveau national, la pratique infirmière liée à la chimiothérapie anticancéreuse. Le comité de travail a employé une combinaison d'approches inductives et d'approches axées sur les utilisateurs pour susciter l'engagement des membres de l'ACIO/CANO et des intervenants clés tout au long du processus évolutif consistant à imaginer, esquisser et peaufiner les normes et compétences correspondant aux fins prévues (CANO/ACIO, 2011a). Ces processus ont donné naissance à deux documents fondamentaux: les Normes et compétences pour la pratique infirmière liée à la chimiothérapie

anticancéreuse (CANO/ACIO, 2011b), d'une part, et la Boîte d'outils correspondante (CANO/ACIO, 2011c), d'autre part. La vision originale de cette initiative de grande envergure à phases multiples comprenait un volet évaluation—lequel aiderait l'organisme à interpréter l'adoption des normes et des compétences, à examiner des enjeux tels que l'utilisation, la faisabilité, les points forts et les lacunes, et guiderait l'élaboration de recommandations pour l'interprétation à long terme de l'incidence élargie de l'articulation de cadres conceptuels de ce genre au nom des soins infirmiers en oncologie. Toutefois, le défi était tellement énorme qu'il était difficile de décider de la démarche à suivre.

UNE INITIATIVE D'ÉVALUATION EN TROIS PHASES

L'ACIO/CANO est une association dirigée par les membres pour les membres qui s'y joignent de manière volontaire et sont, pour la plupart, des infirmières en oncologie praticiennes. Nous avons réalisé qu'elle n'est pas bien placée pour entreprendre une initiative majeure en recherche en évaluation. Relativement peu d'infirmières chercheuses du Canada possèdent actuellement l'ensemble de compétences nécessaire à la réalisation de recherches qui tiennent compte des résultats dépendant du personnel infirmier (Doran, Mildon & Clarke, 2011; VandeVelde-Coke et al., 2012), et il faut reconnaître que la science associée à la corrélation de variables complexes comme le niveau de compétence infirmière avec les résultats pour le patient n'en est qu'à ses premiers pas à l'échelle mondiale (Aiken et al., in press). Nous nous sommes donc mis à la recherche d'une approche maniable qui pouvait être implantée en temps utile avec des ressources minimales et servir de mécanisme cohérent grâce auquel nous pourrions examiner les questions d'évaluation.

C'est ainsi qu'un petit groupe de travail formé de bénévoles a été rassemblé sous la direction de la conseillère générale—Recherche, un nouveau poste créé au sein du conseil d'administration de l'ACIO/CANO, et a été prié de développer une approche rapide et plutôt brute (par opposition à une approche lente et laborieuse) pour une initiative d'évaluation de nature participative et faisant appel à une méthodologie mixte dotée d'un éventuel mécanisme de rétroaction continue. Il a examiné les défis d'évaluation dans le contexte de la nature de l'intervention, de la capacité de l'organisation en matière de mise en œuvre et d'évaluation et des options disponibles permettant de tenir compte de la diversité sur le plan des régions, des autorités de santé et des contextes en lien avec la pratique de l'administration de la chimiothérapie et des soins connexes par les infirmières en oncologie canadiennes. Ces délibérations ont débouché sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une approche en trois phases.

SONDAGE ÉLECTRONIQUE NATIONAL

La phase I comprenait un sondage électronique qui a été conçu par le groupe de travail et déployé au niveau national sur une période de six semaines. Nous nous sommes servis d'un service de sondage en ligne offert gratuitement au public pour concevoir un sondage à 16 items suffisamment développé pour nous permettre d'obtenir des renseignements assez détaillés en réponse aux questions posées mais assez concis pour permettre au personnel infirmier en oncologie à l'horaire chargé de le remplir en moins de dix minutes.

Les questions du sondage visaient à identifier les intervenants qui utilisaient présentement le document Normes et compétences ainsi que la Boîte d'outils et la manière dont ils les utilisaient. Chez ceux qui déclaraient les utiliser, nous voulions comprendre ce à quoi ressemblait le processus de mise en œuvre, lesquels de leurs aspects ils utilisaient et ce à quoi ils attribuaient les réussites ou les échecs en matière de mise en œuvre. Chez les répondants qui déclaraient ne pas les avoir utilisés, nous voulions comprendre s'ils projetaient de les utiliser à l'avenir dans leur milieu de pratique et s'ils avaient rencontré des obstacles particuliers en matière de mise en œuvre. Nous avons également inclus des items à réponse libre qui invitaient des suggestions en matière d'amélioration.

En dehors des membres de notre association qui sont peut-être plus susceptibles d'appuyer l'adoption d'une initiative ayant fait l'objet d'amples discussions en son sein, nous avons recruté des participants au sondage dans la communauté élargie du personnel infirmier spécialisé et généraliste chargé d'administrer la chimiothérapie, à la fois dans les systèmes de soins et de prise en charge du cancer subventionnés par l'État et dans les cliniques de chimiothérapie privées. Nous avons mis à profit tous les réseaux disponibles ainsi que les médias sociaux afin de « ratisser large ». En vertu de l'engagement de l'ACIO/CANO en matière de bilinguisme, le questionnaire du sondage était disponible en anglais et en français. Ceci nous a permis d'obtenir un total de 69 réponses complètes (dont 72 % en provenance de membres de l'ACIO/CANO et 28 % de non-membres). Nous reconnaissons qu'il était impossible d'estimer avec quelque précision le nombre total d'infirmiers et infirmières assurant l'administration de la chimiothérapie anticancéreuse au Canada.

Parmi les répondants au sondage, nous avons découvert que la plupart (89 %) d'entre eux étaient au courant des normes. Trois quarts (75 %) d'entre eux les utilisaient dans leur propre pratique et près de la moitié (42 %) indiquaient que leur organisme les avaient mises en œuvre à un titre ou à un autre. Parmi les défis qu'ils cernaient relativement à la mise en œuvre, on notait le facteur temps et le manque de connaissances sur la manière d'appliquer ces normes et compétences dans leur propre contexte de pratique. Ils signalaient que la norme de responsabilité et obligation de rendre compte constituait un outil particulièrement utile pour guider leur propre pratique et que la Boîte d'outils leur permettait d'élaborer des normes et des politiques dans leur propre organisme. Tout ceci nous a donné une bonne idée générale de la gamme des expériences d'adoption des normes et compétences parmi les répondants, mais nous étions naturellement confrontées à de nombreuses questions sur la signification réelle de ces données.

VOLET DE L'ENTRETIEN QUALITATIF

Le tout dernier item de notre sondage électronique invitait les répondants à indiquer s'ils étaient disposés à participer à un entretien qualitatif au téléphone. Cette deuxième phase de notre projet d'évaluation était conçue de manière à explorer en profondeur la dynamique qui explique pourquoi un ensemble particulier de normes et de compétences est intégré—ou non—dans le cadre de la pratique organisationnelle et ce à quoi ressemblent les obstacles à leur adoption, ou au contraire, les facteurs facilitant

cette dernière, dans le monde de la pratique quotidienne. Nous avons structuré ces conversations autour d'un guide d'entretien de construction plutôt lâche qui avait pour but d'organiser les réflexions selon un éventail d'enjeux relatifs à la mise en œuvre, et qui encourageait également les participants à diriger la discussion vers les domaines qu'ils jugeaient pertinents. Notre but primaire en la matière était d'en savoir davantage sur la forme qu'avait prise la mise en œuvre des normes et des compétences dans leur organisme et sur la façon dont ils évalueraient l'efficacité actuelle de leur adoption. De plus, nous cherchions explicitement à saisir les divergences/écarts/lacunes entre l'enthousiasme d'infirmières individuelles envers l'adoption de ces normes et la capacité de leur organisme à les mettre en œuvre. Pour terminer, nous souhaitions savoir ce que ces infirmières pensaient des sortes d'indicateurs dont elles pourraient se servir dans leur propre contexte afin d'évaluer la qualité des soins infirmiers. Quinze répondants se sont dits prêts à participer à un entretien qualitatif. Malheureusement, nous n'avons pu réaliser que neuf entretiens durant les quatre semaines dont nous disposions à cet effet. Ces neuf entretiens (un en français et le reste en anglais) mettaient en jeu des participants de sept provinces différentes.

Nous avons analysé les données tirées des entretiens qualitatifs en parallèle et en combinaison avec les rapports sur les données du sondage. Notre démarche était explicitement éclairée par les enseignements tirés du sondage de plus grande envergure et par le développement thématique des résultats en vue d'obtenir une impression générale des tendances et variations courantes au sein des données qualitatives. En travaillant en groupe, nous avons examiné le tout par rapport à ses diverses parties, et avons fini par réduire nos ensembles initiaux d'unités de signification à des thèmes plus vastes. Il est possible que ces thèmes ne représentent pas la perspective de chacun des participants à l'entretien, mais ils reflétaient les idées soulevées dans de multiples entretiens et étaient suffisamment représentatifs pour être discernés dans les données obtenues auprès des répondants au sondage. Du début à la fin du processus, nous sommes passés d'un entretien à l'autre mais aussi en alternant constamment entre les conclusions qualitatives et les conclusions quantitatives, en nous demandant, durant nos séances d'analyse tenues par téléconférence, ce qu'elles pouvaient bien signifier, ce qui semblait important et la meilleure façon d'interpréter le tout.

Parmi les divergences et les défis, nous avons pu dégager, grâce à cette approche, des écarts concernant l'appui aux ressources entre les grands centres urbains et les organisations en zones rurales/régions éloignées ainsi que des différences d'une province à l'autre. Nous avons acquis une bien meilleure connaissance de l'engagement—en dollars et en temps—associé à une initiative de mise en œuvre des normes dans de nombreux contextes. Au-delà de la volonté de le faire, nous avons reconnu le travail associé à la préparation et à la création d'une équipe de mise en œuvre. Nous avons également appris l'importance de l'appui de l'administration et de la direction pour que les visions du personnel infirmier deviennent réalité.

Ce processus nous a permis de cerner sept métathèmes reflétant les thèmes préliminaires émanant des phases combinées du sondage et de l'évaluation qualitative. Ces métathèmes

se rapportaient à des aspects comme les indicateurs de qualité des soins infirmiers, la sensibilisation à l'existence des outils, l'établissement d'une communauté de praticiens, la promotion de l'engagement d'intervenants à grand rayonnement et enfin, la normalisation de la formation liée au maintien des compétences.

ATELIER DE VALIDATION

La troisième phase de notre évaluation était un atelier sur invitation que nous avons conçu et animé dans le cadre de la conférence annuelle de l'ACIO/CANO tenue en octobre 2012. Elle visait à rassembler un groupe d'experts qui passerait en revue les résultats préliminaires, y réfléchirait et les validerait (ou non), ce qui nous permettrait de poursuivre l'exploration des sept métathèmes et, si leur pertinence était confirmée, d'en déterminer l'ordre de priorité.

Sur la cinquantaine d'invités, tous des chefs de file des soins infirmiers en oncologie ayant une expertise en chimiothérapie, 33 participants ont assisté à l'atelier de validation de 90 minutes. La séance a débuté par un bref survol des résultats du sondage et de l'entretien qui a été suivi d'une série de discussions en groupes-tables selon la méthodologie du Café du monde (Brown & Isaacs, 2005). Chaque table, qui était dirigée par un intervenant désigné, était chargée d'une des catégories associées aux métathèmes. Les participants faisaient une rotation de table en table, chaque dialogue séquentiel abordant une couche supplémentaire d'analyse et d'interprétation concernant les thèmes. Les participants qui passaient ainsi d'une table à l'autre étaient encouragés à examiner les interrelations éventuelles entre les divers sujets métathématiques. Lors de la tâche finale, on demandait aux participants qui avaient réfléchi en profondeur sur la nature et le contexte de chacun des thèmes de confirmer qu'ils entretenaient tous une forte pertinence avec le travail permanent sur la mise en œuvre des normes et des compétences et ont attribué à chacun une cote de priorité. Vers la fin de l'atelier, les participants ont été priés de préparer une évaluation écrite, ce que 22 d'entre eux ont fait. De cette troisième phase du processus d'évaluation, les notes résumées de chacune des discussions autour de tables, les tableaux de priorité créés par le groupe et les données de réaction à l'évaluation ont toutes été intégrées aux données dont nous nous servions pour composer notre rapport final à l'intention du conseil d'administration de l'association et de ses membres (Hartzell, Truant, Rashleigh, McQuestion & Thorne, 2012). Ce rapport final a joué un rôle essentiel en orientant les priorités futures de notre association.

DISCUSSION

Depuis notre perspective, cet exercice d'évaluation est devenu une composante forte utile et informative de la plus vaste initiative d'intervention souscrite par l'ACIO/CANO. Il a été géré par cinq professionnelles à l'horaire chargé qui ont fait don de leur temps pendant environ six mois et disposant de ressources minimales — un montant total de 15 000 \$ qui a principalement servi à appuyer les activités d'une infirmière en oncologie détenant une maîtrise et œuvrant dans le cadre d'un contrat afin qu'elle puisse réserver une partie de son temps, sur une période de dix semaines, à la coordination du sondage et des éléments

de collecte des données qualitatives tandis qu'une partie de la subvention couvrait les services de transcription et de traduction. Cela nous a permis d'étudier le problème d'évaluation sous plusieurs angles et d'une manière qui suscitait un engagement maximal de la part des membres et des intervenants. Nous avons pu faire fi des divisions géographiques et des démarcations entre régions de santé pour solliciter l'avis de toutes les régions du pays, même les plus éloignées, et de sa multitude de systèmes; nous avons également profité de l'excellente opportunité présentée par notre conférence nationale pour faire appel à la sagesse d'experts dans le cadre de ce processus actif et participatif. Cela nous a permis d'intégrer dans notre évaluation de nombreuses occasions de rétroaction continue à mesure que le processus soutenu de mise en œuvre évolue, notamment rassembler de nouveau les membres souhaitant participer aux discussions se déroulant lors des séances permanentes tenues dans le cadre de la conférence annuelle.

Ce processus nous a aidées à déterminer de manière plus complète la nature et la forme des défis de mise en œuvre confrontant les infirmières en oncologie dans leurs contextes de pratique. Ces aperçus nous ont fait prendre conscience de la nécessité de fournir davantage d'outils et de ressources visant explicitement à appuyer les gestionnaires dans de tels projets et nous ont encouragées à considérer diverses mesures incitatives pour les organismes comme la reconnaissance des employeurs qui approuvent et soutiennent activement l'adoption des normes et des compétences et appuient l'incorporation des normes aux divers critères de certification des établissements. Nous reconnaissons que le monde de la chimiothérapie anticancéreuse est dynamique et changeant et que des pressions nouvelles et évolutives confronteront toujours les administrations et les organismes ainsi que les praticiens. C'est pourquoi nous réalisons que le processus d'évaluation complet dont nous rêvions à l'origine ne nous aurait pas fourni le genre d'information itérative, interactive et dynamique qui nous est essentiel afin de déterminer la meilleure voie à suivre pour soutenir cette initiative et en assurer la pérennité. En outre, le processus d'évaluation a lui-même suscité l'implication d'un grand nombre d'infirmiers et infirmières au fil du temps dont beaucoup se sont fait les champions de la cause du seul fait d'avoir participé à une ou plusieurs phases du processus.

Il est certain que les évaluations réalisées dans le secteur des soins de santé actuel profitent des méthodologies extrêmement techniques et avancées qui nous permettent d'exploiter des ensembles de données concernant diverses populations et divers contextes et de répondre à des nouvelles questions à l'échelle du système. Cependant, comme nous le rappellent ceux qui étudient en profondeur ce genre de questions, le secret de l'adoption de stratégies dans le contexte d'interventions complexes est un investissement dans les réseaux (Best et al., 2003) et que l'évaluation de ce qui compte vraiment dans les soins de santé, dans son sens le plus large, exigera toujours la réflexion au niveau des systèmes (Leischow et al., 2008; Snowdon et al., 2012). Pour notre part, notre mince investissement en évaluation s'est soldé par de multiples récompenses sur le plan de l'enthousiasme, de l'engagement et de la connectivité au sein de notre association et dans la

communauté élargie du personnel infirmier praticien en oncologie. Les membres de l'ACIO/CANO œuvrant dans d'autres domaines spécialisés de l'oncologie telles que la radiothérapie et l'oncologie chirurgicale examinent présentement la possibilité d'élaborer et d'évaluer leur propre initiative de normes et de compétences, en utilisant le modèle que nous avons mis au point pour l'élaboration et l'évaluation d'initiatives au sein de notre organisation. Nous sommes convaincues de l'avantage

net d'avoir effectué cette évaluation—même si nous devons concéder qu'il est peu probable que nous puissions trouver réponse à la question plus fondamentale qui est de savoir comment nous pourrions quantifier les bienfaits que ces normes apportent aux Canadiennes et Canadiens atteints de cancer. De plus, nous espérons que notre modèle d'évaluation sera assez accessible et réalisable pour encourager d'autres organisations infirmières à faire de même!

RÉFÉRENCES

- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heed, E.K., Griffiths, P., Busse, R., ... Sermeus, W. (in press). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Atun, R., de Jongh, T., Secci, F., Ohiri, K., & Adeyi, O. (2010). Integration of targeted health interventions into health systems: A conceptual framework for analysis. *Health Policy and Planning*, 25(3), 104–111.
- Bamberger, M., Rugh, J., & Mabry, L. (2012). *Real world evaluation: Working under budget, time, data, and political constraints* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Best, A., Stokols, D., Green, L.G., Leischow, S., Holmes, B., & Buchholz, K. (2003). An integrative framework for community partnering to translate theory into effective health promotion strategy. *American Journal of Health Promotion*, 18(2), 168–176.
- Bonell, C.P., Hargreaves, J., Cousens, S., Ross, D., Hayes, R., Petticrew, M., & Kirkwood, B.R. (2011). Alternatives to randomisation in the evaluation of public health interventions: Design challenges and solutions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 65, 582–587.
- Brown, J., & Isaacs, D. (2005). *The world café*. San Francisco: Berrett-Koehler.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A.L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., & Tyrer, P. (2000). Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321(7262), 694–696.
- Campbell, N.C., Murray, E., Darbyshire, J., Emery, J., Farmer, A., Griffiths, F., ... Kinmonth, A.L. (2007). Designing and evaluating complex interventions to improve health care. *BMJ*, 334(455), doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.39108.379965.BE>
- CANO/ACIO. (2009). *National strategy for chemotherapy administration phase one final report*. Author. Vancouver, BC.
- CANO/ACIO. (2011a). *National strategy for chemotherapy administration phase two and three final report*. Author. Vancouver, BC.
- CANO/ACIO. (2011b). *Standards and competencies for cancer chemotherapy nursing practice*. Author. Vancouver, BC http://www.cano-acio.ca/~ASSETS/DOCUMENT/NSCA/CANO_Chemotherapy_Standards_ENG_Oct%202012.pdf
- CANO/ACIO. (2011c). *Standards and competencies for cancer chemotherapy nursing practice toolkit*. Author. Vancouver, BC http://www.cano-acio.ca/~ASSETS/DOCUMENT/CANO_NSCA_Toolkit_ENG_Oct%202012_Nov%2026_V2.pdf
- Catwell, L., & Sheikh, A. (2009). Evaluating eHealth interventions: The need for continuous systemic evaluation. *PLOS Medicine*, 6(8), e1000126. doi:10.1001/10.1001/371/journal.pmed.1000126
- Celik, H., Abma, T.A., Klinge, I., & Widdershoven, G.A.M. (2012). Process evaluation of a diversity training program: The value of a mixed method strategy. *Evaluation and Program Planning*, 25(1), 54–65.
- Doran, D., Mildon, B., & Clarke, S. (2011). *Toward a national report card in nursing: A knowledge synthesis*. Prepared for the planning committee for a think tank entitled “Toward a National Report Card for Nursing” Nursing Health Services Research Unit/ University of Toronto. Toronto, ON <http://www.rrsstq.com/stock/fra/publications/P189.pdf>
- Hartzell, R., Truant, T., Rashleigh, L., McQuestion, M., & Thorne, S. (2012). *Canadian Association of Nurses in Oncology National Strategy for Chemotherapy Administration Phase Three Evaluation Strategy Final Report*. Canadian Association of Nurses in Oncology/ Association canadienne des infirmières en oncologie. Vancouver BC.
- Hawe, P., Sheill, A., & Riley, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3–4), 267–276.
- Kostaska, A. (2004). Inappropriate use of randomised trials to evaluate complex phenomena: Case study of vaginal breech delivery. *BMJ*, 329(1039). doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.1329.7473.1039>
- Leischow, S.J., Best, A., Trochim, W.M., Clark, P.I., Gallagher, R.S., Marcus, S.E., & Matthews, E. (2008). Systems thinking to improve the public's health. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(2), S196–S203.
- Paterson, C., Baarts, C., Launsø, L., & Verhoef, M.J. (2009). Evaluating complex health interventions: a critical analysis of the ‘outcomes’ concept. *BMC Complementary & Alternative Medicine*, 9(18). doi:10.1186/1472-6882-1189-1118
- Potvin, L., & Goldberg, C. (2012). Two roles of evaluation in transforming health promotion practice. In I. Rootman, S. Dupéré, A. Pederson & M. O'Neill (Eds.), *Health promotion in Canada: Critical perspectives on practice* (3rd ed., pp. 254–265). Toronto: Canadian Scholars Press.
- Sidani, S., & Braden, C. (2011). *Design, evaluation, and translation of nursing interventions*. Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Snowdon A., Schnarr, K., Hussein, A., & Alessi, C. (2012). *Measuring what matters: The cost vs. the values of health care*. London, ON: Ivey International Centre for Health Innovation. <http://sites.ivey.ca/healthinnovation/files/2012/11/White-Paper-Measuring-What-Matters.pdf>
- Trauer, T. (1998). Issues in the assessment of outcome in mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 32, 337–343.
- VandeVelde-Coke, S., Doran, D., Grinspun, D., Hayes, L., Sutherland Boal, A., Velji, K., ... Hannah, K. (2012). Measuring outcomes of nursing care, improving the health of Canadians: NNQR(C), C-HOBIC and NQuiRE. *Nursing Leadership*, 25(2), 26–37.
- Verhoef, M.J., Lewith, G., Ritenbaugh, C., Boon, H., Fleishman, S., & Leis, A. (2005). Complementary and alternative medicine whole systems research: Beyond identification of inadequacies of the RCT. *Complementary Therapies in Medicine*, 13(3), 206–212.