

BUT 31

Assurance de la qualité des soins

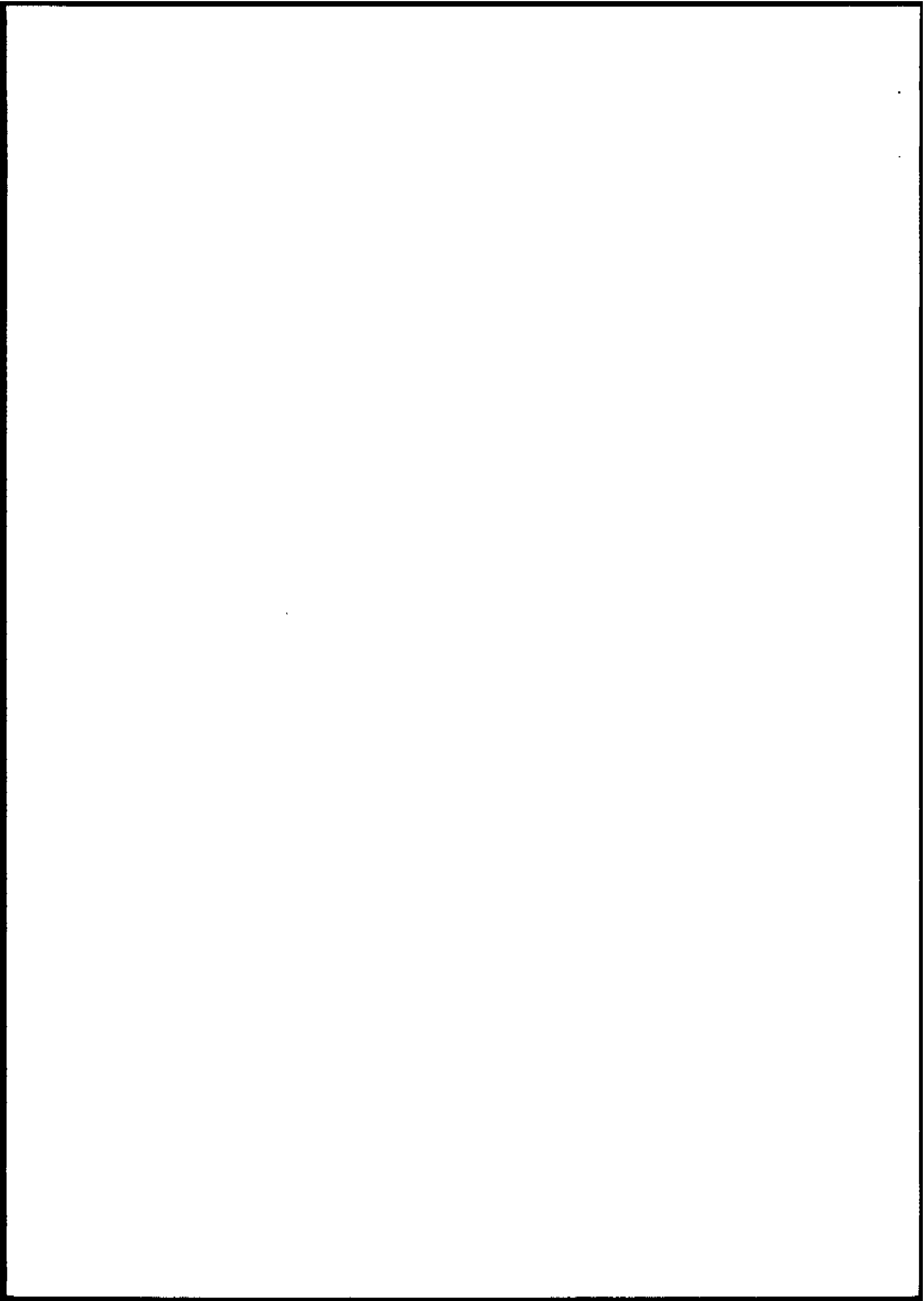
D'ici 1990, tous les Etats Membres devraient avoir instauré des mécanismes efficaces pour assurer la qualité des soins aux patients dans le cadre de leurs systèmes de soins de santé.

Index:

NURSING PROCESS - standards
QUALITY ASSURANCE, HEALTH CARE
ANDORRA
BELGIUM
FRANCE
ITALY
PORTUGAL
CANADA
QUEBEC
SPAIN
SWITZERLAND

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
Introduction	1
Thème et objet	1
Présentation des différents pays	2
Etude et discussion du guide anglophone.	9
Synthèse	13
Conclusions et recommandations	15
Annexe la	17
Annexe lb	18
Annexe 2	19



Introduction

La Deuxième réunion du groupe francophone pour l'élaboration de normes de pratique infirmière s'est tenue à Bruxelles, du 12 au 15 décembre 1989. Elle était organisée par l'Organisation mondiale de la santé et le Ministère de la santé de Belgique.

Cette réunion a rassemblé 22 participants en provenance de sept pays européens, le fonctionnaire régional pour les soins infirmiers du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, quatre experts dans le domaine de l'assurance de la qualité de Belgique, du Canada, de la France et du Royaume-Uni.

Le Dr P. de Schouwer, ex-secrétaire général du Ministère de la santé et de l'environnement, a souhaité la bienvenue au groupe et Mlle Elisabeth Stussi, fonctionnaire régional, a accueilli les participants au nom du Dr J.E. Asvall, directeur régional de l'OMS, et ouvert la réunion. Mme Agnès Jacquerye fut désignée comme animatrice et Mlle Geneviève Déchanoz comme rapporteur.

Thème et objet

Cette réunion, faisant suite à celle de Lyon en septembre 1988 sur le même thème, s'était donné comme but :

1. la présentation par chaque pays des travaux réalisés depuis la première réunion;
2. l'analyse des différentes approches utilisées et discussion de leurs avantages et inconvénients;
3. la discussion du document "Assurance de la qualité dans les services de santé" (EUR/RC38/Tech.disc./1) : implications de ce document pour la poursuite des projets de soins infirmiers (Phase III);
4. l'étude du guide "L'élaboration de normes pour l'assurance de la qualité des soins infirmiers" (A. Kitson et H. Giebing);
5. d'étudier la possibilité d'inventorier :
 - les différentes normes de soins développées jusqu'à ce jour;
 - les différents projets de qualité de soins selon un modèle expérimenté au Royaume-Uni;
6. la discussion concernant la préparation d'animatrices pour aider d'autres pays européens dans le domaine de la qualité des soins;
7. la préparation du plan de travail à réaliser d'ici la 3ème réunion.
8. la formulation de conclusions et de recommandations.

Présentation des différents pays^a

Belgique

Les infirmières belges avaient déjà présenté à la réunion de septembre 1988 un document réalisé sur les normes de soins.

Au cours de cette réunion, elles ont plus particulièrement développé :

- les éléments de l'inspection professionnelle dans les hôpitaux, en vue de leur agrément au niveau des trois régions (Wallonie, Flandres, Bruxelles). Cette inspection, qui permet d'identifier les incompétences, crée des structures d'échange, de travail, d'information et de formation, et entretient une dynamique qualité;
- les différentes structures mises en place dans leur pays, afin de favoriser l'assurance de la qualité, entre autres : le conseil infirmier dans les hôpitaux, le groupe qualité de soins, le conseil supérieur d'hygiène, le comité d'accompagnement du Résumé Infirmier Minimum (RIM), le groupe des directeurs des services infirmiers. Ces différentes structures ont comme objectif d'entretenir une dynamique, de coordonner les activités, de favoriser les échanges sur des bases formelles, d'aider à identifier des personnes ressources.

Italie

Le travail essentiel des associations professionnelles a été de faire connaître leur philosophie en matière de qualité en organisant des sessions de formation permanente, des stages, des congrès : l'Université de Rome a produit un montage vidéo sur les normes de qualité.

La Société italienne pour l'assurance de la qualité (VRQ), qui regroupe tous les professionnels de santé, a réuni des parlementaires italiens et des experts internationaux pour les sensibiliser au problème qualité, mais il s'agissait de la qualité des services de santé, pas des soins infirmiers, bien que des infirmières soient présentes dans ce groupe.

Dans les institutions, les infirmières travaillent à partir des problèmes prioritaires :

- impact du dossier de soins sur les transmissions
- incidents critiques, erreurs de thérapeutique
- satisfaction des patients
- escarres, etc.

L'assurance de la qualité vise d'abord la résolution de ces problèmes. Les infirmières sont responsables de ces initiatives. Leurs travaux utilisent des protocoles de soins, des listes d'interventions, des plans d'action, mais la conception des normes n'est pas prise en compte.

^a Le texte intégral des présentations des pays a été remis aux participants de la réunion et peut être obtenu en s'adressant directement à eux.

La proposition de former un groupe national pour travailler sur ce thème n'est pas encore concrétisée mais est bien accueillie par de nombreux hauts fonctionnaires du Ministère de la santé.

Espagne

Le projet mis en place par le groupe national a pour thème "Normalisation de l'information relative au processus d'hospitalisation dans le circuit malade-usager, infirmière de première urgence, infirmière d'attention hospitalière".

Il vise à améliorer la qualité des soins dispensés aux patients, aussi bien dans la phase d'hospitalisation que dans les soins extra-hospitaliers, ces derniers pouvant se situer avant ou après l'hospitalisation.

Le type de patients choisis pour ce projet sont les patients colostomisés, compte tenu des répercussions importantes de cette intervention sur les besoins physiques, psychiques, sociaux du patient et compte tenu de l'importance des soins et de l'accompagnement dans la période qui suit la sortie de l'hôpital. D'où deux pôles importants dans ce projet :

- la connaissance du patient et l'attention portée à l'information et à la communication, afin d'éviter des réhospitalisations inutiles;
- les relations entre les infirmières hospitalières et les infirmières de la communauté (dispensaires, centres de soins), par le biais d'une fiche de liaison.

Phases du projet

Le projet comprend les phases suivantes :

- a) sélection des zones hospitalières et analyse de la situation actuelle;
- b) élaboration du programme de formation par les infirmières qui participeront au projet;
- c) mise en oeuvre des protocoles dans les zones sélectionnées, suivi et supervision;
- d) évaluation du niveau de qualité atteint à l'aide de ces protocoles;
- e) cours de formation et de soutien des participants au projet à partir des évaluations;
- f) réévaluation des protocoles et évaluation du projet;
- g) diffusion à d'autres zones.

La structure qui soutient ce projet comprend un comité directeur et un comité technique, l'aide des associations de malades, une équipe coordinatrice chargée de la supervision et les participants qui sont les infirmières de base.

A Barcelone, un autre projet est en cours pour les patients atteints d'obstruction pulmonaire, et suit la même démarche.

France

Le groupe de travail s'était donné pour mission, lors de la session de Lyon, de rédiger entre les deux séminaires une dizaine de normes de qualité.

Il a travaillé avec le groupe d'infirmières qui avait rédigé le guide du service infirmier sur l'évaluation de la qualité des soins, avec l'aval du Ministère de la solidarité, de la santé et de la protection sociale - Direction des hôpitaux.

Treize normes ont été produites et classées selon trois registres :

- politique de soins,
- politique d'organisation et de gestion,
- politique de formation et de recherche.

Pour chaque norme un certain nombre de caractéristiques sont décrites. Le groupe a préféré l'appellation de caractéristique à celle de critère, puisque la plupart ne sont pas mesurables.

Suite à la discussion au cours du séminaire sur les modifications à introduire, l'objectif du groupe est de faire valider ces normes par le groupe professionnel, puis de les publier afin que les unités de soins puissent, à partir de ces normes générales, élaborer des normes précises pour l'évaluation de la qualité de soins spécifiques.

La discussion a fait apparaître qu'on pourrait avoir une autre classification :

- normes de pratique : ce que l'infirmière doit faire (exemple : l'infirmière facilite l'expression de la personne soignée);
- normes de compétence : ce que l'infirmière doit savoir (exemple : l'infirmière a des compétences qui facilitent l'expression de la personne soignée);
- normes de qualité des soins infirmiers (exemple : les soins infirmiers garantissent la sécurité du bénéficiaire).

Ces normes peuvent être des normes de ressources, de processus, de résultats selon le modèle de Donabedian.

Cette classification rendrait peut-être plus facile l'utilisation des normes sur le terrain.

Portugal

Le groupe du Portugal a continué à développer l'utilisation de l'instrument d'évaluation de la qualité des soins au bénéficiaire.

Concernant le projet national, le système est implanté dans 14 hôpitaux, les tests de validation sont en cours dans deux hôpitaux, quelques hôpitaux ont trois collectes de données, certains en ont deux, d'autres une seule dans les quatre étapes de la démarche de soins : identification des besoins, planification et exécution des soins, évaluation. Les participantes au séminaire ont présenté leurs résultats qui montrent déjà des améliorations dans les interventions.

Le groupe qui pilote ce projet comprend 30 personnes et est représentatif de tout le pays (hôpital, soins de santé primaires, enseignement). Par ailleurs, il a été amené à :

- préparer d'autres groupes de travail pour étendre l'expérience;
- reconstruire le manuel de l'utilisateur, car les comités d'évaluation des hôpitaux sont constitués de personnes qui ne sont pas toujours à l'aise pour travailler avec l'instrument.

Son action vise à impliquer davantage ces infirmières et les infirmières de chevet pour qu'elles participent mieux.

Un groupe a préparé d'autres normes et d'autres critères pour l'enfant de 3 à 6 ans en détresse respiratoire (84 normes - 149 critères). Un autre groupe, 125 normes et 237 critères pour les soins infirmiers et obstétricaux en salle d'accouchement. Enfin, un troisième groupe a élaboré 21 normes et 44 critères pour les soins au cours de la première heure en salle d'urgence.

Suisse

A l'issue de la session de Lyon, les infirmières du séminaire avaient pris comme décision de cibler ce qui était fait par l'Association suisse des infirmiers et par l'Association des directeurs et directrices des services infirmiers, afin d'acquiescer un langage commun sur les normes de qualité. Trois domaines furent envisagés :

- la qualité des soins infirmiers;
- l'organisation des soins infirmiers;
- la formation continue,

et une norme avec ses critères fut produite pour chacun des domaines.

Par ailleurs, une grille d'évaluation de la qualité d'un soin infirmier : l'administration des médicaments per os, a été présentée ainsi que les différentes étapes de l'expérience d'évaluation programmée par un groupe d'infirmières de l'hôpital cantonal de Genève. Ce sujet a été plus spécialement choisi parce qu'il est ciblé, précis, fréquent, souvent banalisé, lié aux habitudes des services, dans une routine non conforme à ce qui est enseigné. Il est souvent délaissé par l'infirmière et échappe à son contrôle.

Andorre

Les activités d'Andorre en matière d'assurance de la qualité en sont à leur début puisque l'école d'infirmières ne fut ouverte qu'en 1987 et que le service infirmier de l'hôpital ne s'est structuré avec une infirmière générale que depuis cette période. Les premiers travaux ont concerné :

- les définitions de fonctions;
- l'élaboration des protocoles.

1988 vit la création des services de soins à domicile avec une infirmière et six auxiliaires formées spécialement pour cette activité. Des programmes communs avec l'hôpital sont alors mis en oeuvre, pour les soins aux patients diabétiques, tuberculeux et atteints d'hypertension artérielle.

Afin d'avoir un consensus sur ce que sont les soins, un projet relatif à un modèle de soins a été prévu avec l'OMS dans le cadre d'un programme de 5 ans.

Ceci a amené les infirmières à réfléchir sur les postulats et valeurs qui sous-tendent la santé, les soins infirmiers, les objectifs de soins centrés sur le bénéficiaire.

Deux grandes activités méritent d'être soulignées parmi toutes celles qui se font en collaboration avec l'école d'infirmières :

- la modification du système de documentation, instauration des dossiers de soins;
- l'assurance de la qualité et l'élaboration des instruments d'évaluation.

Canada - Québec

Ce qui est réalisé au Canada en matière d'assurance de la qualité se fait aux niveaux gouvernemental et professionnel et n'a pas forcément la même application dans les différentes provinces.

Au niveau du gouvernement du Québec

Il n'y a pas de politique quant à l'évaluation de la qualité mais cela se fait dans les établissements. Une seule norme actuellement : tout établissement doit avoir un système d'assurance de la qualité.

Ainsi, dans les établissements, un comité d'évaluation existe depuis 3 ans mais au niveau des services, des activités sont en cours depuis une quinzaine d'années et les services infirmiers ont été les pionniers.

De ce fait, par rapport aux approches utilisées, on retrouve soit des outils préparés par les services pour maîtriser chutes, escarres, etc., soit des outils plus complexes élaborés grâce à des recherches : IGEQSI^a (méthode de processus), adaptation du Rush Medicus^b, MAQSI^c depuis 1982 (méthode de résultats), méthodes d'audit^d également; J. Laurin a aidé à développer des instruments.

Le Groupe d'évaluation des soins infirmiers au Québec (GESIQ) regroupe les infirmiers; un autre groupe canadien regroupe les infirmiers et d'autres professionnels.

^a Instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Grenier R. Adaptation canadienne du Rush Medicus.

^b Méthode mise au point par les infirmières de l'Université Rush de Chicago et des statisticiens et ingénieurs d'une firme privée, la Medicus System Corporation.

^c Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers.

^d Méthode d'évaluation de la qualité des soins infirmiers (étude de dossiers).

Au niveau professionnel

Des normes de pratique ont été développées dans la plupart des provinces. Au Québec, le code des professions a institué depuis 1973 un comité d'inspection professionnelle qui donne à la profession le pouvoir de s'autocontrôler avec un but de protection du public. Cette obligation de contrôle a amené les infirmières à élaborer des normes. Ce contrôle a un aspect préventif dans 95% des cas, curatif dans 5% (lorsqu'une infirmière se situe très au-dessous de ce qui doit être).

Ainsi ont été élaborées :

- des normes pour les infirmières;
- des normes pour les cadres infirmiers;
- des normes pour les CLSC (Centres locaux de services communautaires).

Le programme d'inspection touche 58 000 infirmières dans 1000 établissements dont les CLSC, deux programmes sont en cours, un pour les centres hospitaliers, un pour les CLSC.

Cinq personnes en exercice dans différents domaines sont nommées par l'Ordre des infirmières du Québec pour constituer le comité d'inspection, chacune de ces personnes pouvant être aidée par plusieurs autres.

La planification de l'inspection se fait dans un aller-retour des informations entre le comité et le terrain.

a) La directrice du nursing doit former un comité de liaison interprofessionnel (CLIP) constitué de cadres et de non-cadres, qui devient permanent.

b) Le comité d'inspection a développé trois questionnaires :

- un questionnaire individuel pour les infirmières;
- un questionnaire individuel pour les cadres;
- un questionnaire collectif (pour les infirmières et les cadres qui est rempli à partir de trois dossiers de soins sélectionnés et analysés).

c) La visite étudie les trois mêmes dossiers et redonne aux infirmières le portrait de leurs activités. La visite du comité est une rencontre feed-back; le comité fait des observations sur des critères plus spécifiques à la protection du public, il fait des relevés administratifs et permet aux infirmières de discuter.

d) Un rapport écrit du comité de visite est retourné aux infirmières qui doivent faire en trois mois un plan d'action mentionnant les priorités, les objectifs, les réponses, le calendrier, les moyens d'évaluation.

e) Rapport et plan d'action vont au comité d'inspection qui décide s'il doit aider ou non l'institution en question et comment. Un rapport est retourné au CLIP qui doit, l'année suivante, fournir un rapport de la situation modifiée.

La même procédure existe pour les CLSC mais les observations sont remplacées par des discussions de groupe. Dans les CLSC il s'agit d'un développement collectif autogéré : est-ce que les infirmières sont capables de se prendre en charge après les interventions du comité ?

Il existe également un programme pour l'enseignement dans les collèges et universités.

Dans les autres provinces, divers moyens d'appliquer les normes sont utilisés : cours, séminaires, etc. Toutes n'ont pas la même obligation de développer des normes. Au Québec où cela existe depuis 13 ans, chaque établissement est évalué tous les 5 ans. Une dizaine de personnes sont arrêtées chaque année. Si une infirmière s'avère dangereuse pour le public, on ne lui enlève pas le droit d'exercer mais on le limite sous supervision.

La présentation des différents pays a suscité de nombreuses questions et réflexions dont deux questions essentielles :

1. Comment réfléchir à nos pratiques et les redéfinir ?

Il semble en particulier que, dans la période actuelle de pénurie des infirmières, il est urgent de réfléchir à ce que l'infirmière doit faire en terme de maintenance, suppléance, assistance, quel choix doit-elle faire pour conserver l'énergie du patient, ceci est de l'ordre du contrat qui peut évoluer dans le temps.

L'infirmière fait ce qu'elle ne devrait pas faire, soit parce qu'elle empiète sur le domaine d'autres professionnels, en particulier au niveau des tâches médicales, soit parce qu'elle pourrait déléguer certaines tâches aux auxiliaires afin de développer soins et relation avec le bénéficiaire.

2. Où les pays se situent-ils par rapport aux normes de la pratique infirmière (norme de compétence, norme de pratique, norme de qualité de soins) ?

Andorre

Plutôt normes de qualité dans l'immédiat; on considérera les autres plus tard.

Suisse

Normes de pratique et de compétence, normes de qualité des soins infirmiers en terme de processus.

Portugal

Normes de qualité des soins infirmiers (processus) et quelques-unes en termes de normes de pratique.

Italie

Pense que ce serait plutôt les normes de résultats, c'est-à-dire qualité des soins infirmiers. L'organisme qui gère la profession développe plutôt des normes de compétence et de pratique.

France

Normes de compétence, de pratique et de qualité des soins infirmiers.

Espagne

Normes de qualité des soins infirmiers. La loi générale de la santé s'appuie sur des normes de compétence.

Belgique

Dans les institutions de soins, normes de qualité des soins infirmiers (processus et résultats). Dans le domaine de la formation, normes de compétence.

Etude et discussion du guide anglophone

La présentation des travaux des différents pays et la discussion relative aux méthodologies ont été suivies et complétées par l'étude et la discussion du "Guide à l'usage des infirmières basé sur une approche dynamique de l'assurance de la qualité", élaboré par Alison Kitson^a et Hannie Giebing^b, experts du groupe anglophone, et qui sera publié conjointement par le Royal College of Nursing, l'Organisation nationale pour l'assurance de la qualité aux Pays-Bas et le Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe.

Ce guide est basé sur deux principes clés implicites dans tout système dynamique d'assurance de la qualité :

- 1er principe : les praticiens au niveau local doivent maîtriser et contrôler leur pratique de soins infirmiers et être responsables de l'évaluation de la qualité des soins dispensés.
- 2ème principe : toute infirmière en exercice doit être prête à participer à l'élaboration de normes de soins acceptables et à l'évaluation qui s'en suivra.

Après avoir rappelé les aspects théoriques des soins infirmiers, de l'assurance de la qualité et la nécessité de procéder à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, ce guide présente deux expériences, deux approches dynamiques de l'assurance de la qualité sur lesquelles la discussion s'est plus particulièrement centrée.

Les deux points forts de cette discussion sont :

- Il y a plusieurs méthodes, plusieurs techniques pour aborder l'assurance de la qualité, celle-ci en est une, mais ce n'est pas la seule valable. Son intérêt réside dans le fait qu'elle est dynamique et implique les personnes au niveau de leur pratique.

^a BSc (Hons) D. Phil. RGN-RCN Standards of Care Project Director - Head research and evaluation. Institute of Nursing, Oxford.

^b R.N. Head of nursing department. Central organisation for quality assurance in the Netherlands (CBO).

- Elle rompt avec les idées traditionnelles qui, insistant sur la prise en compte des besoins du patient par l'infirmière, soit installent celui-ci passivement sous la dépendance de l'infirmière, soit limitent l'acte infirmier à l'interaction patient/infirmière. Dans cette proposition, les soins sont donnés dans le cadre d'une approche holistique du patient qui le rend capable de se prendre en charge, en relation avec son environnement. Dans cette perspective, le but de l'assurance de la qualité est le patient et la qualité des soins qu'il reçoit.

Les deux expériences hollandaise et anglaise ont donc mis l'accent sur le fait qu'il ne sert à rien de proposer des normes aux équipes soignantes si celles-ci ne sont pas motivées. Leur projet consiste à faire élaborer normes et critères par les infirmières praticiennes au niveau de l'unité de soins à partir des problèmes qu'elles rencontrent quotidiennement.

En particulier, les équipes volontaires pour ce travail commencent à décrire ce qui se passe, leur pratique quotidienne, en sachant que le but n'est pas d'évaluer l'infirmière mais les soins reçus par le patient.

Avant de parler assurance de la qualité, est-il nécessaire de déterminer le cadre de référence des soins, les valeurs auxquelles on se réfère, ou peut-on immédiatement passer à l'évaluation ?

Les experts pensent que les deux approches peuvent être utilisées. Dans certains cas, commencer par les valeurs et concepts de soins peut être très théorique et ne pas intéresser les infirmières. Il est souvent plus facile de les faire réfléchir à cela à partir des problèmes identifiés et que l'évaluation voudrait résoudre. Mais on ne peut faire l'impasse du consensus entre les infirmières d'une même équipe sur le but poursuivi lorsqu'elles donnent des soins : est-ce exécuter une ordonnance médicale ou permettre au patient de se prendre en charge ? La question n'étant pas de savoir quelle est la meilleure réponse mais laquelle est choisie par l'équipe et quel est le sens des soins.

De même pour les valeurs : elles devraient être définies non de manière ponctuelle mais par l'institution, car chaque fois que l'homme est chosifié dans les soins on manque à l'éthique. La vraie question est de savoir comment rendre les valeurs explicites. Par exemple, sur la dignité et les droits du patient, tout le monde est d'accord, mais ils n'ont aucun sens si on ne peut pas les repérer dans la pratique quotidienne. Il n'y a pas de philosophie des soins si elle ne s'intègre pas dans la pratique. Ainsi, la manière dont on procède à l'habillement des personnes âgées permet de démontrer le respect de leur dignité et de leur propre responsabilité. En tant qu'infirmières, nous avons à démontrer l'intérêt que nous accordons aux valeurs.

Il est évident que ce système "bottom up"² est soutenu par une structure formelle, mais il importe de souligner que, s'il n'y a pas d'énergie dans la structure, il est impossible d'atteindre la qualité. Il faut donc trouver l'équilibre entre les deux.

² De la base vers le haut.

L'approche dynamique décrite dans le document par le Royaume-Uni n'est qu'une partie du projet global qui a cinq buts principaux :

1. Donner une information sur les différentes activités d'assurance de la qualité à toutes les personnes qui veulent s'y engager. Ceci est une reconnaissance de ce qui est fait et permet de voir que les tendances et les méthodes changent. Au début, on utilisait les "Qualpacs"^a, Rush Medicus, etc., et maintenant on tente une autre approche.
2. Prévoir une étude pour explorer les effets de l'évaluation sur les soins à partir des instruments développés : Qualpacs, audit, monitor, etc., en adressant un questionnaire aux patients. Cette étude qui sera publiée voudrait mettre en évidence, en particulier, le degré d'implication des personnes qui a un effet sur la relation infirmière-patient.
3. Développer des directives pour la pratique des soins infirmiers. Les infirmières sont généralement effrayées par les normes et les critères. Le processus consiste à aider les infirmières à décrire ce qu'elles pensent être une bonne pratique afin de comparer avec la pratique réelle. C'est un processus dynamique de développement et de prise de conscience d'amener les infirmières à décrire ce qu'elles font. Les infirmières sont aidées dans ce travail par des facilitateurs.
4. Préparer des modules d'enseignement pour les personnes choisies comme facilitateurs afin qu'elles puissent ensuite diffuser cette formation en cascade. Le rôle des facilitateurs étant d'animer les équipes et non d'écrire des normes et critères.
5. Prévoir un projet de recherche pour tester si cette approche dynamique a un effet réel sur les soins donnés aux patients. Des critères mesurables seront élaborés pour cette phase du projet.

Au Royaume-Uni, les facilitateurs sont formés dans un cours de quatre jours, ils sont placés en situation de simulation, associés à des activités dans lesquelles ils peuvent découvrir l'intérêt et la joie de résoudre un problème : ce cours est bien suivi. La liste des noms et adresses des facilitateurs est communiquée à tous les nouveaux afin qu'ils puissent demander, si besoin est, aide et soutien.

Après six mois d'activité, un questionnaire est adressé aux facilitateurs pour évaluer ce qu'ils ont fait, et un séminaire est organisé pour leur permettre de présenter les travaux réalisés depuis la fin du cours. Jusqu'alors, 100 facilitateurs ont été formés mais 50 seulement sont actifs et impliqués dans ce travail, les autres ont peut-être manqué de motivation, de soutien ou de sollicitations. On donne cette information aux infirmières sur le terrain pour les inciter à mieux utiliser les facilitateurs. Il est indispensable aussi que les facilitateurs expliquent leur rôle aux cadres intermédiaires (surveillantes) qui sont parfois les plus réticentes par peur, sans doute, de perdre leur pouvoir.

^a Quality Patient Care Scale : Echelle de qualité des soins.

Il y a trois types de facilitateurs au Royaume-Uni :

- des facilitateurs au niveau national qui stimulent, facilitent le travail au niveau de leur institution;
- des facilitateurs au niveau régional;
- des facilitateurs au niveau local, dans les institutions, sur le terrain; plus l'institution est grande, plus il faut former de facilitateurs.

Les personnes doivent montrer un intérêt pour l'assurance de la qualité, une pensée logique, une capacité à communiquer, à gérer des dossiers de soins, et s'intéresser à la recherche. Elles doivent faire preuve d'un engagement dans les pratiques d'assurance de la qualité afin d'être crédibles. Bien que certains facilitateurs soient en position hiérarchique dans le management, il est préférable qu'ils soient situés en position fonctionnelle.

Ce système "bottom up" fonctionne sur la communication ouverte et libre et sur le principe que les personnels infirmiers reconnaissent offrir un service de qualité.

Le choix de la méthode est fait en présence des personnes, et celle-ci doit être énoncée de façon claire. Plusieurs questions concernent les outils d'évaluation. Leur élaboration semble en effet souvent longue, laborieuse. Quel temps faut-il leur consacrer, faut-il toujours les refaire, ou peut-on avoir des outils généraux qui peuvent être spécifiés ensuite ?

Le temps nécessaire pour élaborer un critère varie en fonction du cheminement du groupe; à raison d'une heure par mois, cela peut prendre une année mais, si les équipes sont motivées, elles peuvent considérer qu'une heure par quinzaine est un rythme régulier soutenable. Il incombe au facilitateur de voir ce qu'un groupe peut tolérer.

Pour réduire les outils, il faut arriver à cibler les critères significatifs. Pour cela, rechercher des indicateurs qui peuvent être utilisés à différents niveaux de soins pour tester le niveau de performance et, après plusieurs mesures, ces résultats analysés et confrontés à notre sens commun vont nous permettre d'établir les indicateurs clés pour des groupes spécialisés de patients. Il revient au groupe de décider le niveau de précision. La seule façon de savoir si un critère est bon ou non est d'évaluer son efficacité dans la pratique.

Dans le groupe OMS anglophone, les participants de plusieurs pays n'avaient pas de structure formelle et ont recherché ce qu'ils pouvaient faire. Ce qui est le plus frustrant, c'est qu'ils sont isolés et, s'ils ne sont pas soutenus par leur pays, ils s'appuient sur les organismes internationaux tels que l'OMS afin d'être aidés à partager leurs idées sur ce qu'ils peuvent faire avec d'autres pays. Ils peuvent aussi s'appuyer sur des réseaux professionnels, les infirmières prennent de plus en plus conscience de la nécessité de travailler ensemble aux niveaux local, régional ou national.

En réalité, nous n'avons pas besoin d'une structure lourde pour développer ce travail. Nous devons aider à promouvoir ce mouvement à l'aide de guides, de la littérature. Les structures ne sont pas essentielles pour créer le changement, "il vient du coeur".

Synthèse

La synthèse des activités des différents pays francophones présents à la réunion permet de mettre en évidence :

- les activités poursuivies dans chaque pays (cf. Annexes 1a et 1b);
- les approches utilisées;
- leurs avantages et inconvénients.

La discussion et les réflexions des participants à partir de cette synthèse mettent en évidence certains points pour chaque pays et permettent d'envisager les perspectives d'avenir.

Belgique

Le document belge sur les normes est à la signature du ministre. Il est actuellement largement utilisé de manière informelle dans les institutions par une centaine d'infirmières pour élaborer des plans de soins types, des normes de soins dans les unités. Ces infirmières constituent des facilitateurs, sans structure organisée.

Les participants soulignent la nécessité de travailler davantage en synergie en ayant un minimum de directives et d'objectifs précis pour favoriser le système "bottom up".

Italie

Une loi suggère aux hôpitaux de créer des comités. Une loi existe sur la qualité des soins, "l'infirmière dirigeante est responsable de la qualité des soins", mais c'est une loi faible parce qu'elle émane du Ministère et non du Parlement. Néanmoins, dans le Conseil national de l'association qualité, il y a deux infirmières qui seraient aidées par la réflexion de l'OMS sur la formation des infirmières dans le cadre du but 31.

Espagne

La loi pour la réforme de structure des hôpitaux publics mentionne que tous les hôpitaux doivent avoir un comité pour la qualité, l'hygiène et la sécurité. La réalisation de normes européennes ne dynamisera pas les infirmières de base, mais l'infirmière qui fait le projet a besoin du soutien de l'OMS vis-à-vis du gouvernement. Le changement dans les pratiques pose la question : est-ce qu'on prépare des professionnelles pour donner un emploi à des personnes ou pour rendre un service à des personnes ?

France

Le document présenté doit être modifié en fonction des réflexions du séminaire et sera soumis à différents groupes d'infirmières de tous secteurs d'activité pour être validé et préparer les équipes aux étapes ultérieures du programme d'assurance de la qualité.

Portugal

Nécessité de bien clarifier sans compliquer. On ne fait pas des normes pour avoir des normes mais pour avoir des bases pour évaluer. La question est différente si on veut évaluer la qualité des soins infirmiers ou la compétence des infirmières.

Royaume-Uni - Pays-Bas

La multiplicité des thèmes et instruments a des avantages et des inconvénients. La coordination à l'intérieur des hôpitaux est faite par secteur. Un index des normes et critères élaborés est dressé, dont copie est communiquée aux unités, ce qui évite la multiplicité des instruments. La validation des critères comporte :

- une validité de face : qui repose sur les valeurs traditionnelles et la logique des personnes qui travaillent;
- une validité de contenu : collecter des critères sur différents thèmes et inviter des experts à les critiquer, les accepter.

Au cours du débat qui s'instaure, les idées principales émises ou reprises sont :

- La grande diversité des réalisations est très intéressante mais la production de normes générales pour le pays contraste avec l'approche "bottom up". Comment dans ce cas parvenir à des normes européennes ? Peut-on dire que chaque pays pourrait avoir sa propre approche et que l'OMS n'aurait pas pour souci d'uniformiser ? Chaque pays pourrait alors avoir à faire des réajustements pour trouver une stratégie qui implique les personnes.
- Il semble que, dans l'état actuel des travaux, le projet de l'OMS ne soit pas d'avoir des normes européennes mais des normes en Europe, l'OMS étant le catalyseur, le coordinateur des activités des pays dans ce domaine.
- Il est davantage question de savoir ce dont un pays a besoin et par quelle méthode il l'atteint. Au Royaume-Uni, par exemple, on a essayé de garder des orientations très larges et d'adopter l'approche dynamique pour mobiliser la base. A partir de cette approche, on peut arriver à des normes nationales qui seront le fruit du travail d'un plus grand nombre d'infirmières, et qui auront été validées. On couvrirait ainsi un ensemble plus vaste que si ces normes étaient élaborées par quelques personnes non engagées dans la pratique.

Actuellement, le groupe anglophone utilise aussi une diversité d'approches, toutefois l'approche dynamique est privilégiée. Elle peut conduire à :

- la classification des normes par thèmes;
- la réduction de leur multiplicité en les catégorisant;
- l'élaboration d'un plan de formation.

Ce qui est particulièrement intéressant, c'est la grande mobilisation des infirmières, en particulier dans la phase de résolution de problèmes sur laquelle il faudrait insister davantage car c'est la partie la plus impliquante. L'intérêt de l'évaluation c'est de permettre un jugement fin et précis au lieu d'un jugement global (c'est bien ou c'est moyen ...).

Comment concilier à la fois diversité avec une nécessaire unité ? Cela pourrait dépendre des types de normes. En Europe, par exemple, certaines normes sont plus ou moins énoncées dans le cadre des accords européens, par exemple les normes de formation : âge, niveau, type de programme, etc., mais

il n'y a pas d'organisme de contrôle et il y a de grandes disparités entre les pays. La profession infirmière a besoin de normes dans les trois domaines : compétence, pratique, qualité des soins infirmiers, mais est-ce ce groupe qui doit les déterminer ? De plus, sans infrastructure d'inspection, il est difficile d'utiliser des normes de compétence et de pratique, mais le fait d'en avoir joué le rôle de sonnette d'alarme.

Au Royaume-Uni, on ne fait pas de différence entre ces trois types de normes. Il importe de bien préciser le but des normes de soins pour évaluer, et c'est donc le processus dynamisant qui est le plus important. Le but est d'améliorer les soins aux patients, pour cela décrire notre pratique en utilisant des mots similaires, et démontrer par l'évaluation les effets de notre pratique, ce qui devient, aux niveaux professionnel, éthique et économique, de plus en plus indispensable.

Le rôle de l'OMS est de favoriser la rencontre d'experts pour leur permettre de progresser en ajustant leurs idées.

Conclusions et recommandations

Le groupe francophone a souligné l'importance de cette deuxième rencontre :

- pour partager les expériences dans un processus d'échange très positif où chacun a fait la démonstration de ses capacités d'écoute;
- les rapports des pays ont montré le travail intense réalisé en fonction de leur point de départ et ont été une bonne illustration de ce qui se fait;
- si le premier séminaire a permis une confrontation des idées, souvent divergentes, dans celui-ci les experts ont permis de réinterpeller avec délicatesse et conviction, avec élégance et finesse, les réalisations de chaque pays. Ainsi, chacun a été revalorisé dans ce qu'il faisait, a pu clarifier sa propre situation et a pu réfléchir très librement aux méthodes pour élaborer des normes;
- les apports du groupe et des experts ont suffi à nourrir abondamment la réflexion des trois jours sans qu'il soit nécessaire d'utiliser d'autres documents. L'ensemble du groupe félicite l'OMS pour le choix des experts.

Le groupe recommande :

- que le rapport parvienne très rapidement;
- que l'OMS fasse l'inventaire des expériences des différents pays et les divulgue;
- qu'elle fasse un petit document comprenant les concepts inhérents à l'assurance de la qualité avec des exemples de normes : de qualité de soins (ressources, processus, résultats), de compétence, de pratique;

- que chaque pays élabore ses propres modèles adaptés à sa situation;
- que chaque membre du groupe se sente responsable de devenir "dynamiseur et divulgateur" de l'assurance de la qualité des soins infirmiers;
- que le groupe envisage d'élaborer une norme européenne centrée sur le rôle autonome de l'infirmière (en lien avec la recommandation de Vienne sur l'infirmière généraliste, qui servira pour le plan de six ans); nécessité d'ouvrir la discussion dans les pays sur la signification du rôle autonome de l'infirmière;
- que l'on fasse participer le secteur enseignant à l'assurance de la qualité en introduisant dans les programmes infirmiers une formation à l'évaluation de la qualité des soins infirmiers.

Afin de réserver le maximum de temps aux échanges entre les représentants des différents pays, on n'a pas accordé de place à la préparation des plans de travail nationaux. Aussi, chaque pays doit envoyer le plus rapidement possible à l'unité de Soins infirmiers du Bureau Régional de l'OMS pour l'Europe son plan de travail d'ici au printemps 1991.

Annexe la

SYNTHESE DES TRAVAUX DES PAYS FRANCOPHONES

PAYS	APPROCHE	AVANTAGES	INCONVENIENTS
FRANCE	TOP-DUOH Normes de pratique Normes de compétence Normes de qualité des soins infirmiers Guide d'évaluation de la qualité des soins infirmiers	1. Basée sur un cadre de référence 2. Norme qui sert de guide à la profession 3. Prévision de ratification par la profession	La profession va-t-elle ratifier les normes ? Manque de critères mesurables
SUISSE (ASU) 1	TOP-DUOH (Association professionnelle)	1. Basée sur une conception de soins 2. Sert de guide à la profession 3. Mobilisation de la profession par processus de ratification	La profession va-t-elle ratifier les normes ?
SUISSE 2 (Genève)	Instrument d'évaluation	1. Mobilise les infirmières de 3 unités de soins 2. Répond aux besoins de 3 unités de soins 3. Doit être testé 4. Grande sécurité pour le bénéficiaire	Perpétue la routine (par ex. distribution des médicaments)
PORTUGAL	TOP-DUOH (Ministère) Normes de qualité des soins infirmiers	Mais décentralisation dans 3 régions avec participation des infirmières à titre volontaire Population cible choisie par groupe à partir de problèmes identifiés Instruments produits Appliquée à 14 hôpitaux Améliorations	- Choix de la population décidée par groupe et imposée aux participants - Choix de l'instrument par groupe (pas de choix individuel) au niveau du service) - Difficulté de mobiliser les infirmières de la base et de les impliquer dans les mesures correctives
ROYAUME-UNI PAIS-BAS	LMG: "DOTTION-UP"	1. Prend racine dans la pratique 2. Modèle empirique : plus efficace pour mobiliser toutes les infirmières 3. Redonne la maîtrise des soins infirmiers et de la profession	- Multiplicité des thèmes - des instruments - Risque de perpétuer des pratiques routinières si le groupe ne se confronte pas à d'autres groupes Est-ce que chaque infirmière réinvente son instrument ? Qui va s'assurer de la validité des critères ?

Annexe 1b

SYNTHESE DES TRAVAUX DES PAYS FRANCOPHONES (suite)

Belgique

1. Démarche TOP DOWN : Elaboration de normes et critères présentée en septembre 1988.

Qu'est devenue :

- cette démarche ?
- le document est-il ratifié ? utilisé ?

2. Souci de créer la "qualité" grâce à de nombreux comités :

- hygiène hospitalière
- comité d'accompagnement du RIM, etc.

Italie

1. Diffusion de la philosophie d'assurance de la qualité.
2. Les infirmières travaillent sur des problèmes prioritaires.
3. Projet de créer un groupe national pour élaborer des normes et critères.
4. Information à la société.

Espagne

1. Analyse de situation.
2. Découvre l'absence de lien hôpital/communauté.
3. Etablit des objectifs.
4. Identifie des groupes "cibles".
5. Choix des normes.
6. Développement d'un modèle.

Approche : Initiative des "chefs" qui engage les infirmières à trouver des solutions.

Andorre

1. Cadre de référence.
2. Mobilisation des infirmières.
3. Démarche en cours dont analyse de situation.

Annexe 2

PARTICIPANTS

Conseillers temporaires

Mme Monique Chagnon

Directrice, Service de l'inspection professionnelle, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Montréal (Canada)

Mme Margarida Cunha Rosa

Infirmière enseignante, Ecole supérieure d'infirmières, Institut portugais d'oncologie Francisco Gentil, Lisbonne (Portugal)

Mlle Geneviève Déchanoz

Infirmière générale, Directrice du centre collaborateur OMS pour les soins infirmiers, Hospices civils de Lyon (France)

Mme Nicole Delmotte-Verschoren^a

Coordinatrice pour la qualité des soins infirmiers, Hôpital universitaire d'Anvers, Egedem (Belgique)

Mlle Anne-Marie Elliautou^a

Enseignante, Ecole de cadres de Lyon, Saint-Genis-Laval (France)

M. Serge Gaubert

Infirmier général, Centre hospitalier spécialisé, Rouffach (France)

Mme Danièle Gimeno^a

Infirmière générale adjointe, Hôpital de Cimiez, Nice (France)

Mme Françoise Hautle^a

Surveillante à la Clinique de dermatologie, Hôpital cantonal universitaire de Genève (Suisse)

Mme Agnès Jacquerye

Infirmière responsable de la formation et de l'information, Cliniques universitaires de Bruxelles, Hôpital Erasme, Bruxelles (Belgique)

Dr Alison Kitson

Leader, RCN Standards of Care Project, Director, Research and Evaluation, Institute of Nursing, Radcliffe Infirmary, Oxford (Royaume-Uni)

^a Frais de participation non couverts par l'OMS.

- Mlle Flora Lenoci
Assistente sanitaria, Direzione generale ospedali, Ministère de la santé, Rome (Italie)
- Mme Margarida Meihrinho^a
Conseiller technique pour les infirmiers, Direction générale des hôpitaux, Lisbonne (Portugal)
- Mlle Catherine Mordacq
Formatrice, Lyon (France)
- Mme Patrizia Nappini^a
Assistente sanitaria, Hôpital Bambino Gesù, Rome (Italie)
- Mme Victoria Anton Nardiz
Infirmière, Madrid (Espagne)
- Mme Marie-Louise Puyts
Directrice des soins infirmiers, Cliniques universitaires Saint-Luc, Bruxelles (Belgique)
- Mme Teresa Ramirez
Directrice des soins infirmiers, Centre Hospitalari Andorra (Principauté d'Andorre)
- Dr Berta Sanchiz Ramos^a
Chef, Service des infirmières, Ministère de la santé et de la protection des consommateurs, Madrid (Espagne)
- Mme Greta Vangrunderbeek
Infirmière chargée de l'inspection des soins infirmiers, Direction générale de la santé, Ministère de la Communauté française, Bruxelles (Belgique)
- Mme Marthe Wasem-Pittet
Chef de secteur, Service de la formation professionnelle, Croix-Rouge suisse, Berne (Suisse)

Observateurs

- M. Daniel Hasard
Directeur, Nursing, Hôpital du Bois de l'Abbaye, Bruxelles (Belgique)
- Mme Simoëns de Smet
Infirmière graduée sociale, Conseiller, Ministère de la santé publique et de l'environnement, Bruxelles (Belgique)

^a Frais de participation non couverts par l'OMS.

Organisation mondiale de la santé

Bureau régional de l'Europe

Mlle Elisabeth Stussi
Fonctionnaire régional pour les soins infirmiers

Mme Sheila Schmidt
Soutien administratif