



31782

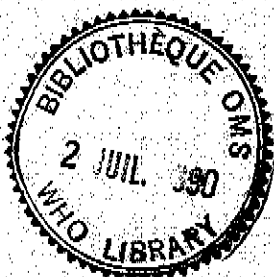
EUR/ICP/HSR 335
4692v
FRANCAIS SEULEMENT
NON EDITE

L'ELABORATION DE NORMES DE PRATIQUE INFIRMIERE

Rapport sur une réunion de l'OMS
Groupe francophone - Phase I

Lyon

5-9 septembre 1988



EUR/Santé pour tous, but 31

All rights in this document are reserved by the WHO Regional Office for Europe. The document may nevertheless be freely reviewed, abstracted, reproduced or translated, but not for sale or for use in conjunction with commercial purposes. Any views expressed by named authors are solely the responsibility of those authors.

Alle Rechte an diesem Dokument liegen beim WHO-Regionalbüro für Europa. Das Dokument darf jedoch außer zu Verkaufszwecken oder in anderem kommerziellen Zusammenhang ohne vorherige Genehmigung rezensiert, in Auszügen gebracht, vervielfältigt oder übersetzt werden. Die in dem Dokument zum Ausdruck gebrachten Ansichten geben ausschließlich die Meinung der namentlich angeführten Autoren wieder.

Tous les droits relatifs à ce document sont réservés par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe. Il peut cependant être commenté, résumé, reproduit ou traduit sans autorisation, pour autant qu'il ne s'agisse pas d'un usage lié directement ou indirectement à des fins commerciales. Les vues exprimées par des auteurs nommément désignés n'engagent que la responsabilité de ces derniers.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить. Не разрешается лишь продажа документа, либо иное его использование в коммерческих целях. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы.

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
BELGIUM
FRANCE
ITALY
PORTUGAL
SPAIN
SWITZERLAND

SOMMAIRE

	<u>Page</u>
1. Introduction	1
2. Thème et objet	1
3. Déroulement de la réunion	2
4. Définition et clarification des termes	2
4.1 Qualité	2
4.2 Assurance de la qualité	3
4.3 Evaluation de la qualité	3
4.4 Norme de soins infirmiers	3
4.5 Critère	3
4.6 Types de normes de soins infirmiers	4
4.7 Utilité des normes	6
4.8 Modèle de A. Donabedian : ressources, processus, résultats	6
4.9 Cycle de l'assurance de qualité	7
4.10 Stratégie pour l'élaboration de normes professionnelles au niveau national	8
5. Débats et propositions	9
5.1 Cycle d'assurance de la qualité	9
5.2 Constats	12
6. Cadre de référence pour l'élaboration de normes en soins infirmiers dans le cadre du but 31 pour la Région européenne francophone	15
6.1 Postulats	16
6.2 Valeurs	17
7. Mise au point et stratégie de développement de normes dans le cadre de l'assurance de la qualité (but 31 - OMS) par pays	17
7.1 Belgique	17
7.2 Espagne	20
7.3 France	21
7.4 Italie	22
7.5 Portugal	23
7.6 Suisse	23
8. Conclusions - objectifs de la phase II	24
Annexe 1 Bibliographie	
1. Documents de travail lors de la réunion	25
2. Bibliographie générale par thèmes	25
Annexe 2 Liste des participants	30

1. Introduction

Une réunion pour l'élaboration de normes de pratique infirmière a été organisée à Lyon (France), du 5 au 9 septembre 1988, par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en collaboration avec les Hospices civils de Lyon.

La réunion a rassemblé 21 participants de six pays européens et le fonctionnaire pour les Soins infirmiers du Bureau régional.

Le directeur des Hospices civils de Lyon, M. C. Dutreil, a souhaité la bienvenue aux participants de même que Mme M. Cals, conseiller en soins infirmiers au Ministère de la santé à Paris (direction des hôpitaux). Mlle E. Stussi, fonctionnaire pour les Soins infirmiers du Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, a ouvert la réunion au nom du Dr J.E. Asvall, directeur régional, et du Dr Marie Farrell, fonctionnaire régional pour les Soins infirmiers.

Des groupes de travail d'expression anglaise ont été créés dès 1982 pour développer des normes de qualité pour les soins infirmiers au niveau national. Cette réunion francophone s'inscrit dans la même perspective. En effet, il s'est avéré opportun de mettre sur pied un groupe d'expression française, afin d'harmoniser au niveau européen la profession infirmière dans ce domaine.

2. Thème et objet

L'introduction de normes pour la pratique des soins infirmiers est un des moyens qui permet de procurer des soins infirmiers efficaces et à un coût abordable. Il est indispensable que les infirmières, travaillant en milieu hospitalier et extra-hospitalier, se donnent les moyens d'acquérir les connaissances et l'expertise nécessaires pour développer ces normes.

L'utilisation de normes en tant qu'élément d'un programme d'assurance de qualité (but 31 de l'OMS) est une approche relativement nouvelle dans le domaine des soins infirmiers en Europe. Elle s'inscrit à la suite de modèles conceptuels de soins infirmiers et du processus de soins.

Le but 31 de l'OMS spécifie : "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".

Peu d'infirmières en Europe connaissent les méthodes permettant de développer des normes de soins bien qu'un nombre croissant de travaux d'évaluation de la qualité des soins soient réalisés. La création de normes nationales pourraient utilement leur servir de cadre de référence. C'est pour cela que, depuis 1982, l'OMS a organisé une série de groupes de travail d'expression anglaise réunissant les infirmières de cinq pays pour développer des normes de qualité de soins infirmiers au niveau national.

Un groupe d'expression française est à présent réuni par l'OMS, afin de permettre aux participants(es) de développer une approche théorique et méthodologique, avec l'aide d'experts. Le travail de ce groupe s'étendra sur deux à trois ans, et le but ultime de ce groupe est d'offrir aux participants(es) la possibilité de se former à l'animation et à la supervision de groupes nationaux de développement de la qualité des soins infirmiers.

Les objectifs de ce premier groupe de travail seront les suivants :

- préciser en quoi les normes de soins infirmiers s'intègrent dans la stratégie de la Santé pour tous en l'an 2000;
- inventorier les travaux réalisés sur les normes dans la Région européenne (littérature anglophone et francophone);
- établir un cadre de référence commun sur les normes de soins infirmiers, à partir d'une étude de la littérature sur les réalisations dans ce domaine;
- poser les bases de normes de soins infirmiers, compte tenu du contexte de chaque pays;
- établir des objectifs et un plan de travail à réaliser au niveau national, et ainsi préparer la deuxième étape du travail de ce groupe.

3. Déroulement de la réunion

Le déroulement de ces journées de travail a comporté d'abord la présentation des objectifs de la réunion, les définitions-clés de l'assurance de qualité, et les réalisations de chaque pays dans le cadre du but 31. Les travaux actuels de l'OMS et une mise au point internationale de l'assurance de la qualité ont été présentés tant dans le domaine de la santé que dans les entreprises (commerce, industrie, etc.).

Ensuite, le groupe a mis en évidence les questions que soulève l'instauration de normes et a examiné d'une manière critique des normes existantes. Cette discussion a amené le groupe à élaborer un cadre de référence pour les normes de soins infirmiers dans le domaine de l'assurance de qualité. Des stratégies par pays ont été également proposées.

En dernier lieu, les objectifs et les souhaits pour la réunion de travail de la phase II ont été déterminés après un bilan de la phase I.

4. Définition et clarification des termes

4.1 Qualité

La qualité est l'aptitude d'un service (ou d'un produit) à répondre aux besoins des utilisateurs au moindre coût et dans les moindres délais.

On peut également définir la qualité comme un niveau d'excellence agréé; ce qui veut dire un accord venant des utilisateurs ou des producteurs du service.

Une autre définition pourrait être : un niveau d'excellence attendu ou recherché.

4.2 Assurance de qualité

L'assurance de qualité est la mesure du niveau réel du service, ainsi que les efforts en vue de le modifier, si les résultats de la mesure le rendent nécessaire^{a, b}.

L'assurance de qualité comprend au moins deux démarches successives et complémentaires :

- l'évaluation de la qualité des soins;
- le maintien et/ou l'amélioration de cette qualité.

4.3 Evaluation de la qualité

L'évaluation de la qualité consiste à mesurer l'écart entre une situation réelle et une situation considérée comme optimale telle qu'elle est décrite par l'instrument de mesure.

L'évaluation de la qualité des soins infirmiers comprend donc une triple démarche :

- une élaboration explicite de normes de qualité élaborées par la profession elle-même;
- une mesure de l'état de la situation observée;
- une appréciation de l'écart par rapport aux normes fixées qui situe le degré de qualité atteint.

4.4 Norme de soins infirmiers

Une norme de soins infirmiers est le niveau souhaitable fixé par la profession s'appliquant à la population en cause, et qui est réalisable, observable et mesurable à travers l'utilisation de critères.

4.5 Critère

Un critère est une variable choisie comme indicateur de la qualité des soins infirmiers; c'est l'élément qui mesure un aspect d'une norme. En effet, les normes sont souvent trop générales pour pouvoir être mesurables; la technique de l'évaluation consiste à décomposer les normes en critères qui mesurent chacun un seul indicateur de qualité et ce, d'une manière exclusive. La mesure de l'état de la situation observée consiste à vérifier sur le terrain, à une certaine fréquence, la présence ou l'absence de ces indicateurs. La présence de ces indicateurs est traduite en codes^c.

^a OMS. Rôle du consultant en matière d'assurance de la qualité de la pratique infirmière. Rapport sur une réunion de l'OMS, La Haye (Pays-Bas), 2-4 décembre 1987.

^b Williamson, J.W. *Reaching quality assurance-cost containment in health care*. Londres, Jossey-Bass, 1982.

^c Jacquerye, A., Thayse, C., Maas, A. L'assurance de la qualité dans les soins infirmiers. Définition et méthodologie. *Verifica e revisione della qualità dell'assistenza sanitaria e delle cure mediche*, 1988 (sous-presse).

Exemple No 1

Si l'on envisage la norme : "les besoins des patients sont identifiés à leur admission", celle-ci sera décomposée en divers éléments, jusqu'à ce qu'ils soient mesurables. Dans le tableau 1, on peut constater que le critère 1.1 est directement mesurable; le critère 1.2 nécessite d'être décomposé en sous-critères pour être mesurable. A chaque critère correspond la possibilité de noter sa présence (OUI) ou son absence (NON); dans les cas où l'information n'est pas disponible, le coordinateur de qualité indique Information non disponible (IND); si le critère ne s'applique pas au type de patient recherché, le critère est non applicable (NA). Aux différents types de réponses correspondent des codes qui seront utilisés par la suite dans l'analyse des données^a.

Tableau 1. Présentation de normes et de critères

Norme 1	Les besoins des patients sont identifiés à leurs admissions				
Critères :	OUI	NON	NA	IND	CODE
1.1 Dès l'admission dans l'unité (dans un délai fixé par l'équipe) le patient est accueilli par l'infirmière	X				1
1.2 Les notes d'admission font état de l'apparence physique générale du patient					
1.2.1 La présence ou l'absence d'allergie est notée au dossier		X			2
1.2.2					
1.3					

4.6 Types de normes de soins infirmiers

Le groupe a distingué trois types de normes : les normes générales, les normes d'assurance de qualité et les normes de compétence professionnelle.

Normes générales

Certaines normes servent, en effet, de principes directeurs à caractère général; elles sont élaborées et agréées au niveau national ou régional.

^a Jacquerye, A, Thayse, C., Maas, A. L'assurance de qualité dans les soins infirmiers. Définition et méthodologie. *Verifica e revisione della qualita dell'assistenza sanitaria e delle cure mediche*, 1988 (sous-presse).

Normes d'assurance de qualité

D'autres normes sont des normes utilisées dans le cadre de l'assurance de qualité en vue de procurer des soins de qualité.

Elles se réfèrent, généralement, au modèle de A. Donabedian qui distingue des normes "ressources ou structures", des normes "processus" et des normes "résultats" (voir plus loin leurs définitions).

Les normes d'assurance de qualité peuvent être utilisées en vue de l'agrément des institutions.

Par ailleurs, les normes d'assurance de qualité peuvent prendre un caractère de normes générales. Ces différents types de normes ne sont donc pas exclusifs, par exemple, une norme telle que la norme 2 de la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*^a :

"Le département/service infirmier sera organisé de manière à satisfaire les besoins des patients...", est une norme correspondant à la fois à des principes directeurs et une norme "ressources/structures" applicable dans le département infirmier en vue de son agrément.

Cette norme se traduit par des critères tels que "un nombre suffisant d'infirmiers(ères) diplômés(ées) sont en service à tout moment pour donner aux patients les soins infirmiers qui exigent le jugement et le savoir-faire d'une infirmier(ère) diplômé(e)".

Normes de compétence professionnelle

Les normes de compétence professionnelle permettent de déterminer le niveau de compétence de chaque professionnel(le).

Il y a donc une différence entre l'évaluation de la qualité des soins produite par un système organisé en vue de l'améliorer, et l'évaluation de la compétence individuelle, utile, entre autres, pour orienter la formation initiale et continue et la gestion du personnel.

Types de normesContenu

Normes générales	Principes directeurs
Normes d'assurance de qualité	Ressources/structures
	Processus
	Résultats
Normes de compétence professionnelle	Connaissances
	Capacités
	Comportements

^a (J.C.A.H. *Accreditation manual for hospitals*, 1988. Chicago. J.C.A.H. p. 145).

4.7 Utilité des normes

Les questions suivantes se sont posées : quel organe officiel utilise ces normes et à quelles fins ? D'après le recensement des réalisations, les normes émanent de trois organes différents qui sont : des associations professionnelles, des instances ministérielles ou gouvernementales à un niveau national ou régional et des institutions de santé. La finalité est soit de donner une orientation commune, soit, si l'organe en a le statut, de donner un agrément.

1. Les normes peuvent émaner des associations professionnelles infirmières nationales ou spécialisées dans le but d'accroître la cohérence de la profession en créant des liens entre les connaissances théoriques et la pratique réelle de la profession. Elles permettent ainsi de mieux structurer le travail infirmier, de le mesurer et ainsi de l'améliorer. Cette formalisation permet également aux groupes professionnels, d'une part, d'affirmer leur identité et, d'autre part, de se faire reconnaître par la société et les autres groupes professionnels.

2. Les normes peuvent émaner d'instances gouvernementales ou ministérielles; dans ce cadre, elles servent de principes directeurs d'orientation générale.

3. Les normes peuvent émaner d'instances ministérielles ou d'associations, en vue d'agréer des hôpitaux et/ou des services de santé. S'il s'agit d'instaurer des normes au niveau gouvernemental, les normes peuvent prendre un caractère d'obligation. S'il s'agit d'associations créées dans le but d'agréer les services de santé tels que la *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*, les institutions n'ont pas l'obligation de les atteindre, mais obtiennent par cet agrément un label de qualité important pour elles et pour la population desservie.

4. Une institution ou un service de santé peut fixer ses propres normes, comme une composante de base à sa politique de la qualité.

4.8 Modèle de A. Donabedian

Le modèle de A. Donabedian est généralement adopté pour clarifier l'approche de la qualité selon trois orientations : les ressources ou structures, les processus et les résultats.

Ressources/structures

Les ressources comprennent à la fois les éléments logistiques et les éléments d'organisation estimés nécessaires à la délivrance des soins. Ces éléments comprennent l'architecture, le personnel (nombre, qualification, compétence, recrutement, conditions de travail, etc.), le matériel, les produits, la gestion (organigramme, établissement de comités, etc.), l'organisation et le fonctionnement aux différents niveaux.

On inclut aussi dans cette catégorie les attitudes et les valeurs dont sont porteurs les personnes qui travaillent dans l'institution créant ce que l'on appelle "l'esprit maison" ou la culture d'entreprise.

Processus

Les processus comprennent toutes les méthodes et les procédés utilisés pour produire le service attendu : l'application de la démarche de soins, la continuité des soins, l'application de protocoles et de techniques de soins, le mode d'attribution des soins effectivement pratiqué.

Résultats

Les résultats sont les modifications observées et apportées à l'état de santé et au confort des patients (guérison, taux de mortalité, absence ou présence d'escarres, de chutes des patients, d'infections nosocomiales, du degré de satisfaction ou d'insatisfaction des patients, de l'évolution du degré d'autonomie des patients, etc.). On peut également ajouter à cette catégorie la satisfaction du personnel, sa stabilité ou son instabilité, son taux d'absentéisme...

Commentaires sur les ressources, les processus et les résultats

Des trois types d'orientation, les normes de résultats sont les plus importantes. Elles sont cependant les plus difficiles à mesurer en fonction de leurs causes car l'action infirmière est souvent difficile à isoler de l'action des autres acteurs.

Ces orientations peuvent, en effet, subir d'autres influences illustrées par le tableau 2.

4.9 Cycle de l'assurance de qualité

Le cycle de l'assurance de qualité comprend trois phases : la description, la mesure et l'action^a.

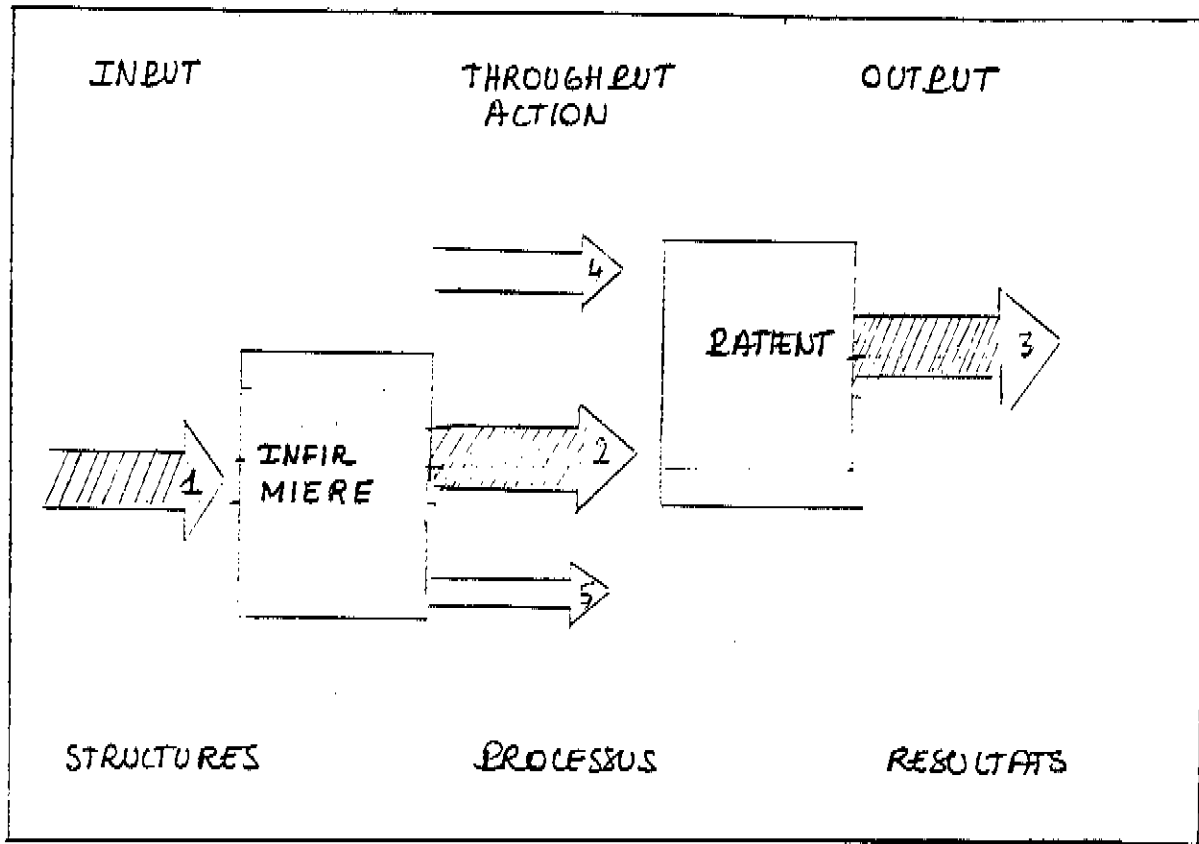
La tâche de description implique deux activités distinctes : l'accord sur les philosophies et les valeurs, d'une part, et l'identification des critères et des normes, d'autre part.

La deuxième phase du cycle, à savoir, la mesure, consiste à organiser les normes et les critères de façon opérationnelle pour constituer un outil de mesure qui sert au recueil des données pour procéder à l'évaluation (grille, liste de pointage, audit).

Enfin, dans la troisième phase, c'est-à-dire l'action d'amélioration, on examine les résultats obtenus par rapport aux normes pour déterminer les problèmes éventuels. Dans ce cas, on décide comment procéder pour améliorer le résultat, et si cette tâche relève d'un groupe ou d'un individu.

^a OMS. Rôle du consultant en matière d'assurance de la qualité dans la pratique infirmière. Rapport sur une réunion de l'OMS, 2-4 décembre 1987, La Haye (Pays-Bas), 1988.

Tableau 2. Cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins infirmiers*



* VAN BERGEN, B., HOLLANDS, L. & NIJHUIS, H., *De ontwikkeling van een kwaliteitsprofiel. Een methode voor het beoordelen van verpleegkundig handelen*, Lochem. *De Tijdstroom*, 1977, pp.26-27.

Dans le livre de Van Bergen e.a. l'explication du schéma ci-dessus est donnée comme suit :

"Les soins infirmiers sont considérés comme un processus qui, par les interventions infirmières (2), influence l'état de santé du malade (3). Il y a différents facteurs (1) qui influencent le processus infirmier (tels que le nombre et la qualification du personnel infirmier). En plus, l'activité infirmière a encore d'autres résultats (5) en dehors de son effet sur le malade (tels que l'atmosphère de travail dans l'équipe soignante).

Finalement, le patient ne subit pas seulement des influences de la part des infirmières : il y a également les influences d'autres personnes (4), telles que les médecins et la famille.

Quand on veut évaluer la qualité des soins infirmiers en considérant l'état de santé du malade, on ne mesure pas seulement la qualité des soins infirmiers, mais également d'autres aspects tels que la qualité médicale.

De l'autre côté, si on veut estimer la qualité des soins infirmiers en évaluant le nombre et la qualification du personnel infirmier, le jugement impliquera beaucoup de préjugés sur l'effet de ces variables sur "l'état de santé" du malade."

4.10 Stratégie pour l'élaboration de normes professionnelles au niveau national

Le groupe de travail a examiné la stratégie PERT pour le développement de normes de soins infirmiers au niveau national. Celui-ci avait été élaboré en 1984 dans le groupe de travail anglophone par Mmes S. Quinn et K. Scherrer.

Le groupe de travail francophone l'a adopté comme cadre de référence pour élaborer la stratégie d'élaboration de normes de soins infirmiers au niveau national (p.9).

5. Débats et propositions

L'ensemble de ces notions a suscité des discussions et des propositions. Ce chapitre les reprend et les synthétise. Elles portent principalement sur le cycle de l'assurance de qualité et quelques constats sur l'évaluation.

5.1 Cycle d'assurance de qualité

Phase I - phase de description

A partir du manuel de l'Association des infirmières de la Colombie britannique, les notions de valeurs ont été définies comme suit : une valeur est la qualité de quelque chose de désirable intrinsèquement; les valeurs sont des idées, des coutumes, des attitudes que nous acquérons avec le temps, à partir de nos expériences de vie et de la société dans laquelle nous vivons; les valeurs concernant tous les aspects des soins infirmiers dérivent au moins de quatre systèmes de valeurs^a.

- les valeurs du système de survie : "le maintien de la vie", évident en services d'urgence, etc.;
- les valeurs centrées sur la raison : "la rationalité", évidente dans la planification et l'organisation des soins, la limitation des coûts et les aspects légaux des soins;
- les valeurs basées sur le plaisir : "la satisfaction", qui se recherche chez les usagers et les prestataires de soins. Elles ont trait, entre autres, à l'accessibilité, au coût, à l'efficacité des soins du point de vue de l'usager et à la satisfaction des personnels soignants;
- les valeurs morales issues des valeurs "judéo-chrétiennes" et humanistes, "l'éthique". Ce système a traditionnellement influencé le jugement sur la qualité des soins et s'exprime par des valeurs telles que : amour, respect, dignité, valeur de l'individu, égalité, justice, etc.

^a Cantor Moore, M. *Philosophy, purpose, objectives. Why do need them.* *Journal of Nursing Administration*, 21 juillet - 5 août 1973.

PERT chart pour le développement de normes en soins infirmiers
au niveau national

Séquence

Maintenant

Puis

Tâches

- | | |
|--|--|
| <p>1. <u>Négocier avec les autorités concernées pour obtenir leur accord</u>
- départements gouvernementaux
- associations professionnelles
- syndicats d'infirmières
etc.</p> <p>1a <u>Ressources</u>
- engagement
- moyens financiers</p> <p>2. <u>Relations publiques</u>
- articles dans les journaux
- publications
- brochures
- montages audio-visuels</p> <p>2a <u>Ressources</u>
- développement d'une stratégie à long terme</p> <p>3. <u>Déterminer une région/ un institut pilote</u>
- assurer leur accord et leur engagement</p> | <p>4. <u>Etablir un/des comités pour le développement de normes</u>
- composition des comités
- objectifs des réunions
- rôle du président et/ou d'un consultant</p> <p>4a <u>Ressources</u>
- secrétariat
- moyens de duplication
- frais de poste
- salles de réunion
- frais de déplacement</p> <p>5. <u>Ecrire des normes</u>
- travailler, travailler, travailler...</p> <p>5a <u>Ressources</u>
- soutien moral
- entraide
- lettres, téléphone
- rencontre avec le consultant</p> <p>6. <u>Prochaine réunion</u>
- rapport des progrès réalisés
- identification des stratégies effectives et non-productives
- critiquer les projets concernant les normes
- déterminer les objectifs de la prochaine réunion</p> <p>6a <u>Ressources</u>
- OMS contacte pays hôte</p> |
|--|--|

Ce qui détermine réellement la perception de la qualité des soins, ce sont les valeurs que détiennent les consommateurs et les prestataires de soins. Ces valeurs sont, en effet, l'objet de référence qui affecte les jugements et les comportements.

Après avoir pris connaissance et discuté d'autres documents et, en particulier, le document publié par le RCN *In pursuit of Excellence*^a et la déclaration provisoire de Vienne sur les soins infirmiers^b, le groupe a décidé de formuler des postulats et des valeurs qui constitueraient le cadre de référence pour l'élaboration de normes de soins infirmiers dans la Région européenne francophone, par rapport au but 31 de l'OMS. Ce cadre de référence se trouve au chapitre VI.

Phase II - phase de la mesure

La phase II n'a pas fait l'objet d'une discussion particulière, et a été programmée dans les objectifs de la prochaine réunion.

Phase III - l'action d'amélioration

Le groupe de travail a souligné le fait que cette phase peut être stimulée par l'utilisation, entre autres, des méthodes de cercles de qualité pour la résolution des problèmes.

Réflexions sur les trois phases

Ce cycle se déroule dans les institutions où l'assurance de qualité est implantée. Or, cette implantation est le résultat de nombreux types de stratégies.

Le nouveau courant de qualité est en grande expansion. Il se développe dans de nombreuses entreprises qui se veulent performantes et dans certains hôpitaux. Ce qui est nouveau, c'est de considérer l'institution comme une entité systémique, et ce phénomène s'inscrit dans une stratégie dénommée "qualité totale", définie comme suit.

Qualité totale

La qualité totale est un ensemble de principes et de méthodes organisés en stratégie globale, visant à mobiliser toute l'entreprise pour obtenir une meilleure satisfaction du client au moindre coût^c.

Relations clients/fournisseurs

De la qualité totale découle, entre autres, le fait que les unités de l'entreprise (par exemple les services) ont entre eux des rapports clients/fournisseurs engendrant des contrats d'engagement explicites.

Exemple : un service hospitalier de consultation d'ophtalmologie, recevant des personnes hospitalisées provenant d'autres unités, est en position de fournisseur. En réservant un accueil agréable aux patients, en faisant passer les patients à l'heure prévue et en retournant les informations nécessaires,

^a Royal College of Nursing. *In Pursuit of Excellence, a position statement on nursing*, Londres, 1987.

^b OMS. Déclaration de Vienne sur les soins infirmiers pour soutenir les buts européens de la Santé pour tous. Document confidentiel, septembre 1988.

^c Association française des cercles de qualité. Cours de facilitateur pour les cercles de qualité, Paris, février 1988.

ce service de consultation est fournisseur d'un bon service aux unités d'hospitalisation qui sont ses clients. Lui-même dépend (c'est-à-dire est client) de l'exactitude de l'unité qui lui adresse les patients, et tous les deux dépendent de la bonne organisation du système de transports des patients valides entre les unités. Une solution au problème d'attentes excessives dans un hôpital a impliqué des réunions entre les responsables de plusieurs unités avec le responsable et l'infirmière de la consultation, le responsable des brancardiers et le médecin consultant afin d'établir les contrats clients/fournisseurs.

5.2 Constats

L'évaluation de la qualité des soins infirmiers a pour but principal l'amélioration. On peut se demander où en est l'amélioration de la qualité des soins infirmiers.

Un premier constat, l'obligation d'évaluer la qualité des soins, commence à se généraliser dans de nombreux pays. Cependant, ces démarches d'évaluation demeurent au stade de l'appréciation plutôt que de déboucher sur des plans d'amélioration des situations insatisfaisantes; dès lors, une évaluation ne s'orientant pas vers des améliorations reste purement académique.

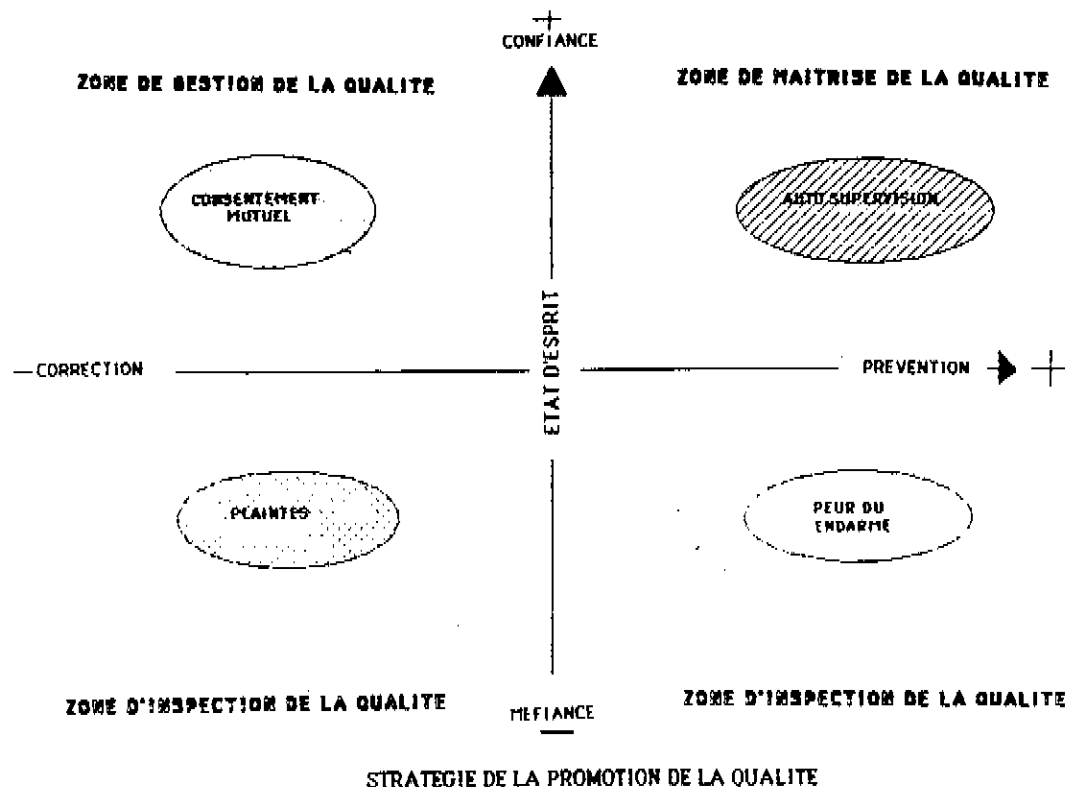
Un autre constat met en évidence les différentes interprétations de l'évaluation qui engendrent soit la motivation du personnel, soit sa démotivation. En effet, les évaluations, associées au management participatif et/ou aux outils des cercles, reçoivent non seulement l'approbation mais aussi la participation active du personnel. Elles contribuent dans ce sens à augmenter la motivation du personnel. La consultation du personnel favorise la réflexion, la remise en question et la réactualisation de la pratique quotidienne. Le développement local de critères engendre un environnement non punitif.

Cependant, l'équipe de soins s'essoufle à la longue si elle n'est pas soutenue régulièrement par la direction dans la conception et l'amélioration des soins; si les méthodes sont considérées par la direction comme une chasse à l'homme plutôt qu'une chasse aux erreurs, les méthodes deviennent dès lors des outils de démotivation importante.

Plusieurs stratégies de promotion de la qualité existent. Elles sont illustrées par le diagramme de la page suivante.

L'axe vertical représente l'état d'esprit, allant de la méfiance vers la confiance. L'axe horizontal représente les actions correctives vers les actions de prévention. Les actions de correction s'effectuent a posteriori, la prévention étant intégrée au travail lui-même, c'est-à-dire a priori.

1. Zone d'inspection : peur du gendarme. Le personnel suit de crainte d'être puni; dans ce climat, il suffit que le gendarme ait le dos tourné pour que le personnel reprenne ses mauvaises habitudes.
2. Zone d'inspection : procès. La stratégie du contrôle, qui est la chasse à l'homme plutôt qu'aux erreurs, se manifeste dans un climat de méfiance où les comptes sont à rendre; l'exemple type est celui des patients qui intentent des procès.

Stratégie de la promotion de la qualité

3. Zone de gestion de la qualité. La stratégie met en évidence la chasse aux erreurs où la discussion mutuelle permet d'améliorer les situations.

4. Zone de maîtrise de la qualité. Cette stratégie supprime les "contrôleurs" puisque la prévention est appliquée; l'auto-surveillance est intégrée au travail et assumée d'une manière active. Il va de soi que la zone supérieure est motivante pour le personnel.

De plus, on peut remarquer qu'une telle évaluation n'est pas inscrite dans l'ensemble des activités de gestion de l'hôpital. Les résultats de ces évaluations ne sont pas suffisamment utilisés dans la prise de décision concernant la gestion des ressources matérielles et humaines. Elles ne produisent pas d'effet de stimulation vers la qualité. Il est donc important de les insérer dans le cadre plus général d'une politique de qualité de l'institution concrétisée par un programme d'amélioration de la qualité (PAQ).

Deux exemples illustrent cette prise en considération systématique :

1. Etude de la relation entre les ressources, processus, résultats : enquête dans 13 hôpitaux aux USA^a

Une équipe de l'Université de George Washington a étudié d'une manière prospective le traitement et les résultats des soins obtenus chez 5030 patients hospitalisés en soins intensifs dans 13 hôpitaux des Etats-Unis. Dans trois de ces hôpitaux, l'Hôpital de Stanford, le John Hopkins, le George Washington, chaque patient a été classé par risque de décès en se basant sur le diagnostic, les raisons du traitement et l'APACHE, étant donné le score de son état physiologique et de son état de santé chronique.

Les auteurs ont comparé les taux de décès réels aux taux de décès prédits. L'hôpital le plus performant a obtenu 41% de décès en moins que ceux prédits. L'hôpital le moins performant a obtenu 58% de décès en plus que ceux prédits.

Les auteurs ont mis en évidence que l'hôpital le plus performant était caractérisé par :

- l'application du protocole médical;
- des infirmières cliniciennes spécialistes;
- une formation continue pour le personnel infirmier non seulement dans le domaine de la clinique mais aussi en gestion;
- un degré élevé d'autonomie de l'équipe infirmière;
- une excellente communication entre médecins et infirmières;
- l'existence d'une discipline de routine, etc.

Pour l'hôpital le moins performant, on a observé :

- un manque d'organisation;
- pas de systématisme pour "faire le tour";
- une absence d'autorité centralisée de l'infirmière-chef;
- l'absence de formation continue pour le personnel infirmier;
- la fréquence de désaccords au sein de l'équipe;
- une mauvaise communication au sein de l'équipe;
- des relations de méfiance, etc.

2. Hôpitaux magnétiques attirant le personnel infirmier : enquête dans 41 hôpitaux aux Etats-Unis^b

Certains hôpitaux attirent le personnel infirmier beaucoup plus que d'autres. Ce "magnétisme" a intrigué des infirmiers aux Etats-Unis qui en ont recherché les raisons.

^a Knaus, W.A. et al. *An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. Annals of internal medicine*, (104): 410-418 (1986).

^b Giovanetti, P. *Team responsibility or individual responsibility for patient care: does it make a difference to the quality of care? Paper presented at the Congress Evaluation of the Quality of Nursing Care, Berne (Suisse), 20 janvier 1987.*

Ils ont interrogé à la fois les infirmières attirées par ces hôpitaux et les directrices en soins infirmiers. C'est ainsi que 41 hôpitaux ont été choisis dans cette étude, échantillon représentatif des hôpitaux des Etats-Unis.

Les interviews des infirmières de terrain ramenaient de nombreuses similarités. Les infirmières considèrent que les points suivants sont les plus importants pour attirer les infirmières :

- un ratio infirmière/patient garantissant une qualité de soins;
- une équipe flexible supportant les besoins des patients;
- des horaires flexibles;
- une direction infirmière qui soutient le personnel;
- des soins personnalisés (*primary nursing*);
- des possibilités d'avancement;
- un management participatif;
- une communication ouverte dans toutes les directions;
- l'existence d'une formation continue interne et externe à l'institution ouverte aux différentes catégories d'équipe (jour, nuit, etc.);
- des relations constructives entre infirmières et médecins;
- de bons salaires et indemnités.

Quant aux directrices en soins infirmiers, elles ont mis en évidence :

- la décentralisation des décisions déléguées aux infirmières-chefs d'unité, un leadership infirmier intense, efficace et visible;
- un management participatif avec une implication du personnel dans la planification et la décision;
- des soins infirmiers personnalisés (*primary nursing*) et la responsabilité de l'infirmière dans la QSI;
- une prédominance de personnel qualifié soutenu par la hiérarchie;
- une reconnaissance de l'autonomie des soins infirmiers;
- l'existence d'infirmières cliniciennes (spécialisées);
- le personnel suffisant et des horaires flexibles;
- une formation continue de qualité;
- la communication ouverte avec un feedback positif;
- l'existence de groupes de travail;
- une politique de qualité des soins et la reconnaissance de l'excellence;
- les possibilités de promotion et de carrière.

Cette étude met sans nul doute en évidence l'importance accordée à la qualité de l'environnement au travail et à la promotion de la qualité.

6. Cadre de référence pour l'élaboration de normes de soins infirmiers dans le cadre du but 31 de l'OMS pour la Région européenne francophone

Ce texte constitue la première version. Il sera soumis pour révision et approbation lors de la phase II. Le cadre de référence est constitué d'une prise de position du service infirmier, de trois postulats et de l'énoncé de trois valeurs.

Le service infirmier adhère aux 38 buts de la Santé pour tous en l'an 2000 et contribue dans ce cadre à la mise en oeuvre des programmes d'assurance de qualité (but 31).

Le but 31 spécifie : "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".

Il serait possible d'atteindre ce but : en établissant des méthodes et des procédures de surveillance continue et systématique de la qualité des soins administrés aux malades, et en faisant des activités d'évaluation et de contrôle une composante des activités régulières des professionnels de la santé; enfin, en dispensant à tous les personnels de santé une formation en assurance de qualité.

6.1 Postulats

Les quatre postulats sont définis comme suit.

L'homme est un être bio-psychosocial, culturel et spirituel qui a la capacité et le droit de choisir son projet de vie une fois qu'il a accès aux informations concernant les comportements et les facteurs favorables et défavorables à la santé.

La santé est un état de complet bien-être tant individuel que collectif^a. Elle a été décrite également par René Dubos, comme la capacité de s'adapter aux changements de l'environnement et par Claudine Herzlich comme une harmonie ayant trois dimensions : l'absence de maladie, la capacité de vie sociale et l'intégration des valeurs personnelles concernant la vie^b.

Les soins infirmiers sont un processus d'interaction qui s'adresse aux individus, aux familles et aux collectivités dont le but est d'atteindre le niveau de santé optimal. Ce processus vise la promotion de la santé, la prévention, la contribution au traitement de la maladie et le recouvrement d'un équilibre harmonieux destiné à maximiser les potentialités individuelles et collectives^{c, d},

ou encore,

les soins infirmiers sont un ensemble de prestations offertes à la population et qui s'adressent aussi bien à l'être humain malade et/ou handicapé qu'à l'être humain en bonne santé. Ils se situent dans le contexte du processus de la vie, de la conception à la mort. Ils sont destinés à l'individu en tant que personne, à un groupe de personnes et/ou à la collectivité et sont dispensés dans des institutions diverses (hôpitaux, homes, services de soins infirmiers extra hospitaliers, institutions à caractère public ou privé)^e.

^a OMS - Constitution, Genève, mai 1976, p.1.

^b Herzlich, C. Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale, 1975, 2ème éd. Mouton, Paris-La Haye.

^c Cessi. Programme de formation, 1981, Dakar, p.7.

^d Uwambazisa, E, et Kane, S.B. Elaboration de normes professionnelles. 1988. Travail pratique dans le cadre du cours Organisation, administration et évaluation des soins infirmiers, A. Jacquerye. Ecole de santé publique, ULB.

^e Association suisse des infirmières et infirmiers. Conception des soins infirmiers, avril 1986, Berne, ASI.

Les soins infirmiers ont pour but :

- le maintien et la promotion de la santé
- la prévention de la maladie
- la réadaptation
- l'assistance aux personnes en fin de vie
- la promotion d'un bien-être maximum lors des crises de la vie
- l'application de mesures de prévention et de soins
- l'administration de traitements sur ordre médical.

6.2 Valeurs

De ces postulats se dégagent trois valeurs fondamentales.

La première valeur est représentée par le respect et la prise en compte de la dignité de l'être humain qu'il soit en situation d'usager^a ou de soignant. Cette valeur contribue au développement du projet de vie (à court - long terme) et au développement du soignant dans le cadre de son projet professionnel.

La deuxième valeur est la compétence professionnelle et individuelle. Elle se caractérise par son maintien et son développement multidimensionnel.

La troisième valeur est la responsabilité qui comprend une dimension professionnelle et personnelle. Elle promeut la responsabilité tant de l'usager que des équipes professionnelles. Cette responsabilité se traduit par un contrat entre les différents partenaires.

Ces trois valeurs se conçoivent dans un cadre d'équité c'est-à-dire l'égalité d'accès à la santé et aux services de santé.

7. Mise au point et stratégie de développement de normes dans le cadre de l'assurance de qualité (but 31 - OMS) par pays

Ce document est un résumé des présentations par les membres de la réunion et de la stratégie proposée pour l'avenir.

7.1 Belgique

1. Mise au point

La législation hospitalière belge a subi récemment de nombreux changements liés aux nouvelles réformes hospitalières du système de santé.

Au niveau national

1. Des arrêtés royaux énoncent les principes directeurs qui apportent à la pratique de la profession des normes d'assurance de qualité en termes de ressources, processus et résultats.

^a Sous terme "usager", comprendre aussi les termes suivants : consommateur, bénéficiaire, client, patient.

Deux arrêtés royaux retiennent particulièrement notre attention :

l'A.R. du 11.03.1985 fixe la liste des prestations techniques de soins infirmiers et d'actes pouvant être confiés par un médecin aux praticiens de l'art infirmier ainsi que les modalités de leur exécution et les conditions de qualifications requises.

Bien que cette liste fût annulée par arrêt du Conseil d'Etat, elle présente une référence indicative dans le domaine de la compétence professionnelle du fait qu'elle précise les capacités professionnelles des dispensateurs de soins infirmiers dans l'exercice de l'art infirmier défini par un Arrêté royal antérieur, celui du 10.12.1974.

l'A.R. du 14.08.1987 énonce quant à lui des normes et critères se rapportant à l'infrastructure nécessaire aux soins infirmiers et met l'accent sur divers aspects distincts et complémentaires.

Notons :

- a) la reconnaissance du département des soins infirmiers et la structure de l'activité infirmière;
- b) la concertation au sein de la structure infirmière;
- c) les conditions de qualification de l'organigramme et de la permanence infirmière;
- d) le dossier infirmier et l'enregistrement d'un résumé infirmier minimum (dénommé R.I.M.) impliquant "pour chaque patient un dossier infirmier personnalisé et intégré";
- e) l'organisation pratique du fonctionnement infirmier dans laquelle l'évaluation de l'activité infirmière est instaurée. Celle-ci vise en particulier les infections nosocomiales, les escarres et les erreurs et accidents.

Au sujet du point d) sus-énoncé, l'"enregistrement du résumé infirmier minimum" est une étude nationale, effectuée sous l'égide de l'Union générale des infirmières belges (UGIB) en vue d'établir un profil de soins infirmiers par pathologie. Ce profil infirmier devrait compléter le profil de la pathologie enregistrée par le résumé clinique minimum (RCM) et contribuer à une meilleure ventilation du système de financement des hôpitaux belges.

Dès 1983, un calendrier de l'étude fut établi et se présente comme suit :

DONNEES HOPITAUX -----> MINISTERE

Information concernant l'activité clinique

1983 Proposition : utilisation d'un indicateur médical (Résumé clinique minimum)

- | | | |
|----------------------------|---|--------------|
| . diagnostic |) | |
| . complication |) | I C D 9 - CM |
| . interventions/traitement |) | |

1984 UGIB : propose un "indicateur de soins infirmiers"

1985 Projet de recherche "RESUME INFIRMIER MINIMUM"

- enregistrement des soins requis et donnés sur base d'une liste exhaustive d'activités (ISI) dans ± 40 hôpitaux

1986 Analyse des données

+ Analyse de validité et fiabilité

réduction 23 types d'activités occupant une fonction-clé

1987 Arrêté royal : 14 août 1987 :

- enregistrement obligatoire dans hôpitaux généraux (4 périodes de 15 jours en mars, juin, septembre et décembre 1988)

1988 Première année d'enregistrement —

→ méthodologie de regroupement
(tests)

1989 Mise en route de la redistribution des budgets.

2. D'autre part, le Ministère de la santé publique et de l'environnement a participé, en 1984 et 1986, à la réalisation de deux réunions du groupe anglophone au sujet des normes en soins infirmiers.

Cette contribution à la réalisation du but 31 de la Santé pour tous en l'an 2000 s'est concrétisée dans une université par une formation multidisciplinaire en français sur l'assurance de qualité.

Au niveau régional, et plus précisément au sein de la Communauté française :

1. Plusieurs études furent entreprises pour élaborer des normes et critères d'organisation dans les hôpitaux généraux et services spécifiques : soins à domicile, maternité, soins aux personnes âgées, ...

Dans ce contexte, l'organisation des soins infirmiers dans les hôpitaux généraux a été énoncée en douze normes "ressources". Ce texte, bien que définitif, n'est pas à ce jour officialisé.

2. Un autre aspect lié au contrôle de la qualité des soins prodigués dans les hôpitaux de la Communauté française est structuré par l'élaboration d'une check-list, utilisée par le service d'inspection. Celle-ci énonce des critères précis sur les structures et ressources auxquels les hôpitaux doivent répondre pour satisfaire aux normes d'agrément.

3. Le thème de la qualité des soins et, en particulier, le but 31 furent l'objet en 1987 de nombreux congrès adressés aux cadres infirmiers.

Parallèlement, nous dénombrons de multiples réalisations ponctuelles sur le thème de la qualité des soins dans divers hôpitaux dans le cadre de mémoires réalisés en Licence en Sciences hospitalières de diverses universités.

Enfin, la revue de l'Association belge des hôpitaux a publié récemment trois numéros consacrés à la qualité des soins.

2. Stratégie

Le groupe belge se propose de contacter les organes officiels et associatifs pour constituer des groupes de travail tant au niveau national que des communautés respectives.

Le production serait l'élaboration de normes, des expériences pilotes, des mises en commun.

Au niveau communautaire, des normes de processus seront appliquées dans le milieu hospitalier et extrahospitalier.

7.2 Espagne

1. Mise au point

Au niveau législatif, la loi du 25 avril 1986 réoriente le système national de la santé vers la santé communautaire, et crée des équipes multidisciplinaires. De plus, l'article 69 prévoit que l'évaluation de la qualité des soins sera une obligation pour les institutions.

L'Institut national de la santé qui gère le fonctionnement des hôpitaux comporte une commission centrale de garantie de la qualité.

Dans certains hôpitaux, il existe une commission de garantie de la qualité des soins infirmiers qui élabore des normes par rapport aux risques tels que les hématomes, les chutes des malades, les escarres.

Dans d'autres hôpitaux, des programmes de garantie de la qualité existent sur la base de méthodes et de protocoles de soins.

En milieu extra-hospitalier, il n'existe pas encore de normes de qualité spécifiques aux nouvelles fonctions de l'infirmière et/ou de l'équipe communautaire.

Les associations professionnelles. L'association multiprofessionnelle *El control de la calidad asistencial* publie périodiquement des articles sur la qualité de la pratique infirmière.

Le Ministère de la santé organise régulièrement des séminaires d'élaboration de normes de qualité. Des difficultés d'amélioration portent, cependant, sur des problèmes de "ressources", en particulier dans le milieu hospitalier et sur des problèmes d'organisation.

2. Stratégie

Le groupe espagnol se propose de réunir les représentants des groupes infirmiers (associations, universités, syndicats, autres institutions) pour les informer des objectifs de la réunion de travail.

Des compte-rendus de cette réunion seront diffusés dans plusieurs revues infirmières (Revue de l'infirmière, Bulletin du Ministère et des institutions). Des contacts avec des infirmières déjà intéressées par le sujet permettront la création d'une commission d'infirmières de santé primaire urbaine et rurale à Madrid et d'une commission hospitalière à Barcelone.

7.3 France

1. Mise au point

Au niveau législatif, une évolution dans les textes officiels de 1972 à 1984 a précisé et réorienté la formation puis la fonction de l'infirmière et a reconnu l'existence du service infirmier sous la responsabilité de l'infirmière générale (1975).

Au niveau des réalisations nationales, la publication du "Guide du service infirmier - L'évaluation de la qualité des soins infirmiers des services hospitaliers - Approche méthodologique - Fascicule spécial No 87/27bis - Ministère des affaires sociales et de l'emploi - Direction des hôpitaux, Paris" offre une approche méthodologique à l'assurance de qualité. Ce guide a mobilisé plus de 600 soignantes dans une cinquantaine d'hôpitaux, et a suscité de nombreuses actions d'amélioration de la qualité des soins infirmiers.

Dans des établissements hospitaliers, souvent à la suite d'actions de formation, se sont mis en place des réalisations ponctuelles ou mieux des cellules de qualité avec la création de groupes de travail permanents.

Enfin, un certain nombre d'hôpitaux ont mis en place des cercles de qualité et se dirigent vers la qualité totale.

Au niveau des publications (en dehors du guide cité plus haut), de nombreux articles sur l'assurance de qualité et les cercles de qualité ont été publiés dans les revues hospitalières, quelques-uns dans des revues infirmières.

Le livre de A. Jacquerye^a et le cahier de l'AMIEC^b ont joué un rôle dans cette évolution.

Au niveau formation, la formation à l'assurance de qualité est donnée à l'Ecole nationale de la santé publique aux infirmières générales adjointes, et de nombreuses sessions de formation à la qualité sont organisées.

Au niveau association, un groupe d'infirmières participe aux travaux de l'AFCIQ, Association française pour le contrôle industriel de la qualité, importante association d'ingénieurs qualité qui s'oriente vers la qualité des services.

2. Stratégie

Un groupe de travail national effectuera un recensement des travaux réalisés et des structures d'assurance de la qualité existantes. Il assurera un plan de travail pour l'élaboration de normes de soins infirmiers.

^a Jacquerye, A. Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, 1983, Centurion Paris

^b AMIEC. Contribution à la qualité des soins infirmiers, 1984, AMIEC, Lyon.

Un rapport circonstancié sera adressé au Ministère de la santé, et des informations seront données aux associations professionnelles les plus représentatives.

Une action sera menée auprès des infirmières générales concernant la démarche de l'assurance de qualité et son intégration dans les projets d'établissements.

Une intensification des actions de formation sera préconisée.

7.4 Italie

1. Mise au point

La structure du service sanitaire national a été réformée en 1978, ce qui a abouti à une décentralisation des services.

Les textes officiels définissent les activités des infirmières sans leur donner une véritable autonomie. Un projet de révision de ces textes est en cours.

Récemment, un texte officiel souligne la nécessité d'évaluer l'efficacité des services et des soins, et la satisfaction des patients.

Parmi les associations professionnelles, le CNAIOSS (Consigliazione Nazionale Associazioni Infermieristiche et Operatori Sanitario Sociali) a consacré ses deux dernières revues à la qualité des soins et centre son prochain congrès sur ce thème.

Le "guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers" de A. Jacquerye a été traduit et publié en italien.

Depuis deux ans, des congrès sur l'assurance de qualité et deux cours de formation sur ce thème s'adressent aux cadres infirmiers, soit à l'université, soit dans des sessions de formation.

2. Stratégie

Le groupe italien informera les différentes directions générales du Ministère de la santé sur le travail effectué lors de cette réunion : la direction générale des hôpitaux, la direction générale de médecine sociale, le service de programmation sanitaire et le service de l'inspection.

Il informera également les associations professionnelles, la Fédération nationale de l'Ordre des infirmières, le CNAIOSS, l'ACOS (Associazione Catholica Operatori Sanitari), le FIROS (Federazione Italiana Religios Operatori Sanitari).

Des articles sur ce thème seront publiés dans les revues professionnelles. Des tentatives seront faites pour prévoir un projet pilote dans un ou deux hôpitaux, susciter la création d'un comité national sur l'assurance de qualité, mettre sur pied la formation des personnes qui élaboreraient les normes.

7.5 Portugal

1. Mise au point

Au niveau du Ministère, des infirmières ont des postes de responsabilité depuis plus de 20 ans. Elles ont également leur place dans la direction des hôpitaux au même niveau que les autres directions.

La réalisation qui marque le plus porte sur deux projets d'assurance de la qualité des soins infirmiers. Le premier se situe au niveau de la direction générale des hôpitaux, l'autre à la direction générale des soins de santé primaires.

Le premier projet concerne l'élaboration d'un instrument d'évaluation de la qualité des soins donnés au bénéficiaire alité dans le but d'implanter un système d'assurance de qualité dans les hôpitaux du pays. Actuellement, cet outil est appliqué dans quatre hôpitaux. Monique Chagnon, directrice du secteur de l'Inspection professionnelle de l'Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, oriente, en tant que consultante, ce groupe de travail. Celui-ci réunit dix infirmières venant de différentes régions du pays.

Des infirmières sont des membres actifs au sein d'une récente association portugaise de la qualité.

2. Stratégie

Le projet sur l'évaluation de la qualité des soins infirmiers continuera à se développer en vue de l'implantation du système d'assurance de qualité dans les hôpitaux des différentes régions.

Suivra l'élaboration de différents types de normes : normes pour les soins d'urgence, pour les soins obstétricaux et pédiatriques et des normes "ressources/structures".

7.6 Suisse

1. Mise au point

La Suisse, formée de 23 cantons, n'a pas de législation sanitaire uniforme.

Seule, la Croix-Rouge suisse a la responsabilité fédérale de la formation professionnelle du personnel soignant médico-technique et médico-thérapeutique.

Les membres du groupe suisse font part d'un projet de refonte des formations actuelles en trois niveaux (A, B et C) qui sera soumis à plusieurs commissions d'agrément.

Par ailleurs, les membres mentionnent des formations à l'assurance de qualité organisées par l'Association suisse des infirmiers, un congrès sur ce thème et une amorce de travail dans certains hôpitaux.

2. Stratégie

Le groupe suisse prendra contact avec l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Croix-Rouge et les écoles de cadres, en vue de les informer du projet de travail de l'OMS sur les normes de qualité de soins infirmiers. Il proposera une représentation de l'association des directrices en soins infirmiers. Il contactera également l'Association suisse des infirmières et des infirmiers.

Avec la collaboration des organismes précités, il proposera d'inventorier ce qui existe en matière de qualité de soins infirmiers, et de cercles de qualité, et la création d'un groupe qui effectuera la synthèse de ces travaux et, si nécessaire, l'élaboration de normes.

8. Conclusions - objectifs de la phase II

La réunion se termine sur des propositions de travail intermédiaire (voir chapitre VII) et sur les objectifs de la phase II. Les objectifs de la phase II ont été déterminés en fonction du bilan de cette phase I et des projets des membres du groupe.

Les objectifs de la phase II sont les suivants :

- réviser et approuver le rapport de la phase I;
- rechercher des normes communes et des normes spécifiques à différents secteurs (soins primaires, etc.);
- à partir de normes et de critères apportés par les participants, analyser la méthodologie de la production de normes et préciser des lignes directrices;
- discuter des projets nationaux et locaux, des stratégies utilisées et des difficultés rencontrées;
- déterminer des priorités en terme d'assurance de qualité.

Annexe 1

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Documents de travail lors de la réunion

1. Horowitz, J. La qualité de service, à la conquête du client. Inter-éditions, Paris, 1987, chapitre 6 : des normes de qualité de service.
2. Kane, S. et Uwambazisa, E. Elaboration de normes professionnelles. Travail préparé dans le cadre du cours Organisation, administration et évaluation des soins infirmiers de A. Jacquerye, 1987-1988. Ecole de santé publique, Université libre de Bruxelles.
3. Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. Normes et critères de compétence pour les infirmières cadres et les infirmiers cadres, 1985, Tome 4.
4. Grenier, R. Normes de la pratique infirmière : extraits de la méthode IGEQSI (Instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers).
5. Mellièrre, D. Les auto-évaluations collectives de la qualité des soins en chirurgie. Gadget ou nécessité ? Hôpital belge, 1985 XXVIII-173, pp.73-77.
6. Association française pour les cercles de qualité et la qualité totale. Cercles de qualité. AFCERQ, février 1987, pp.7-8.
7. *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Normes du département en soins infirmiers. In *Accreditation Manuel for Hospitals*. Chicago, 1987 (traduction par A. Jacquerye).
8. *Royal College of Nursing*. *In Pursuit of Excellence. A position statement on nursing*. Londres, 1987, 16 pages (traduction par C. Mordacq).
9. OMS, Elaboration de normes pour la pratique des soins infirmiers. Rapport sur une réunion d'un groupe de travail de l'OMS. Sundvollen (Norvège), 6-9 décembre 1982.
10. OMS, *Preparation of guidelines for standards of nursing practice*. Rapport d'un groupe de travail. Bruxelles, 22-25 octobre 1984.
11. OMS, Elaboration de normes pour la pratique des soins infirmiers. Rapport d'une réunion de l'OMS. Bruxelles, 10-13 juin 1986.
12. OMS, Rôle du consultant en matière d'assurance de la qualité dans la pratique infirmière. Rapport de programme sur les soins infirmiers. Rapport sur une réunion de l'OMS. La Haye (Pays-Bas), 2-4 décembre 1987.
13. OMS, *The organization of quality assurance*. Rapport d'un groupe de travail de l'OMS. (EUR/ICP/HSR 010/4547N). Copenhague, 1987.

Bibliographie générale par thèmes

STANDARDS-NORMES

- Abdellah, F. *Setting standards for clinical practice. Paper presented at the Conference. In Pursuit of Excellence, organised by the Royal College of Nursing of United Kingdom*, 2-4 novembre 1987.
- Chagnon, M. Les normes d'agrément, impact sur la qualité des soins. Gésiquité, 4(2): 1 (1986).
- OMS, Elaboration de normes pour la pratique des soins infirmiers. Rapport sur une réunion d'un groupe de travail de l'OMS. Sundvollen (Norvège), 6-9 décembre 1982.
- OMS, *Preparation of guidelines for standards of nursing practice*. Rapport sur un groupe de travail, Bruxelles (Belgique), 22-25 octobre 1984.

- OMS, *The development of standards of nursing practice*. Rapport sur un groupe de travail, Bruxelles (Belgique), 10-13 juin 1986.
- OMS, *The consultant's role in quality assurance in nursing practice*. Groupe de travail de l'OMS, La Haye (Pays-Bas), 2-4 décembre 1987.
- Royal College of Nursing. *In Pursuit of Excellence, a position statement on nursing*, Londres, 1987, 16 pages.
- Slack, P. *Standards of care*. *Nurs. Times*, mai: 28-32 (1985).
- Zimmer, M. *Quality for nursing care. Proceedings of an institute jointly sponsored by the American Nurses' Association and the American Hospital Association*, Kansas, Missouri, 29-31 octobre 1973.

MANAGEMENT DE LA QUALITE - POLITIQUE QUALITE-STRATEGIE DANS L'ENTREPRISE

- Archier, G. De l'entreprise à l'hôpital. *Hôpital belge*, 187-188, No 4-5: 11-12 (1987).
- Archier, G. et Serieyx, H. *Entreprises du troisième type*. Paris, Seuil, 1984.
- Archier, G. et Serieyx, H. *Pilotes du troisième type*. Paris, Seuil, 1986.
- Enregle, Y. *Du conflit à la motivation. La gestion sociale*. Paris, Editions d'organisation, 1985.
- Horowitz, J. *La qualité de service, à la conquête du client*. Paris, Interéditions, 1987.
- Perigord, M. *Réussir la qualité totale*. Paris, Editions d'organisation, 1987.
- Raveleau, G. *Les cercles de qualité français*. Paris, Entreprise moderne d'édition, 4ème éd., 1987.

LA QUALITE DANS LES HOPITAUX

- Colloque international. *Hôpital du troisième type*. Hôpital Erasme, Cliniques universitaires de Bruxelles, Organisateurs A. Jacquerye et C. Thayse, 24-25 novembre 1987.
- Delisle, L. Programme d'appréciation de la qualité des services. Une expérience : hôpital St François d'Assise. Congrès exposition de l'Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 28-30 mai 1986.
- De Wever, A. Allocution. Congrès de l'Hôpital du troisième type. *Hôpital belge*, 187-188, No 4-5: 8-10 (1987).
- Durant, G. Une gestion participative à l'hôpital. *Louvain Med.*, (106): 517-523 (1987).
- Giebing, H. L'évaluation de la qualité des soins infirmiers, le rôle d'un organisme extérieur. *Hôpital belge*, 1987, 187-188, XXX, 51: 61-64.
- Giovanetti, P. *Team responsibility or individual responsibility for patient care: does it make a difference to the quality of care? Paper presented at the Congress evaluation of the quality of nursing care*, Berne (Suisse), 20 janvier 1987.
- Grenier, R. L'instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers (IGECSI) : outil de comparaison des performances de la qualité des soins infirmiers dans les hôpitaux. *Hôpital belge*, 187-188, No 4-5: 68-71 (1987).
- Hermesse, J. La qualité : le point de vue des décideurs. *Hôpital belge*, 189, 6: 7-12 (1987).
- Honore, B. et al. La qualité totale et les cercles de qualité dans les établissements de soins. *Compte-rendu des travaux de la Commission santé de l'AFCERQ*, Paris, AFCERQ, 1987.

- Honore, B. L'implication des dirigeants des hôpitaux dans la qualité totale. Hôpital belge, 187-188, No 4-5: 19-22 (1987).
- Jessee, W. *Quality assurance systems: why aren't there any?* QRB, 1984, Dec.: 408-411.
- Kitson, A. *Nursing quality assurance. European newsletter on quality assurance*, 3(2): 5 (1986).
- Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Accreditation Manual for hospitals/88.* J.C.A.H. Chicago, 1987.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations. The essentials of quality assurance for physicians, nurses and clinical support services. Manual of the special international conference, Wiesbaden, G-7's International Academy of Health Care Management.* juin 1988.
- Journée internationale d'étude. La qualité des soins infirmiers, but 31 de la Santé pour tous en l'an 2000 de l'OMS. Hôpital Erasme, Cliniques universitaires de Bruxelles. Organisateurs A. Jacquerye et C. Thayse, 26 novembre 1987.
- Klazinga, N.S. *To be or not to be: a structural and cultural approach to quality assurance as delivered by professionals and management. European newsletter on quality assurance*, 4(3): 1-2 (1987).
- McClure, M.-L. et al. *Magnet hospitals: attraction and retention of professional nurses.* Kansas City: American Nurses Association (1983).
- Médecine et société. L'évaluation de la qualité des soins. Un entretien avec le Dr D. Jolly, *Concours médical*, 109, 16: 1461-1404 (1987).
- Merry, M.D. *What is quality care? A model for measuring health care excellence.* QRB, Sept.: 298-301 (1987).
- Northrop, C.E. *Nursing actions in litigation.* QRB, Oct.: 343-348 (1987).
- OMS, *Training in quality assurance.* Rapport sur un groupe de travail de l'OMS, Udine (Italie), 25-28 juin 1985.
- OMS, *Organization of quality assurance.* Rapport sur un groupe de travail de l'OMS, Copenhague (Danemark), 25-26 mai 1987.
- Pineault, R. Gérons la qualité, créons l'excellence. Congrès exposition de l'Association des hôpitaux du Québec, Montréal, 28-30 mai 1986.
- Roque-Joffre, B. Efficacité et excellence de la qualité en soins infirmiers. Hôpital belge, 187-188, No 4-5: 23-25 (1987).
- Wilkin, L. La tension intra-entreprise de la planification à la gestion des incertitudes. Hôpital belge, 189, No 6: 17-19 (1987).
- Williamson, J.W. *Teaching quality assurance and cost containment in health care.* Londres, Jossey-Bass, 1982.

EXPERIENCES, REALISATIONS DANS LES INSTITUTIONS

- Abramowitz, S. et al. *Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach,* QRB, Apr.: 120-130 (1987).
- Arnaud, J.O. et Benedicto, M. Les cercles de qualité à l'hôpital : expériences pratiques en administration et en soins infirmiers. Hôpital belge, 187-188, No 4-5: 52-56 (1987).
- Brissette, S. Programme d'appréciation de la qualité des services et des soins du centre hospitalier de Verdun. Gésiqualité, 5(2): 1-6 (1987).
- Bundama, V. et Moussiaux, N., Essai d'application d'une méthode globale d'évaluation de la qualité des soins en néo-natologie. Travail effectué dans le cadre du cours de A. Jacquerye : Résolution des problèmes des soins infirmiers (travaux pratiques). ESP/ULB, 1988.

- Cambier, I. et Nicolas, C. Adaptation de la méthode d'évaluation de la qualité des soins infirmiers de M.C. Phaneuf. Travail effectué dans le cadre du cours de A. Jacquerye : Résolution des problèmes des soins infirmiers (travaux pratiques). ESP/ULB, 1988.
- Cheroutre, S. Des cercles de qualité à la gestion globale de la qualité : bilan de trois années d'expérience pratique. Hôpital belge, 187-188, No 4-5: 48-51 (1987).
- Collura, D. et De Neys, T. Essai d'application de la méthode IGEQSI (Instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers) en ce qui concerne le champ clinique des urgences. Travail effectué dans le cadre du cours de A. Jacquerye : Résolution des problèmes des soins infirmiers (travaux pratiques). ESP/ULB, 1988.
- Gillis, V. *Implementing quality circles in hospitals*. Ed.D, 1986, Pepperdine University.
- Javaux, P. et Bardio, F. Adaptation et essai d'application de l'IGEQSI en salle de réveil de l'Hôpital Erasme. Travail effectué dans le cadre du cours de A. Jacquerye : Résolution des problèmes des soins infirmiers (travaux pratiques). ESP/ULB, 1988.
- Knaus, W.A. et al. An evaluation of outcome from intensive care in major medical centers. *Annals of Internal Medicine*, 104: 410-418 (1986).
- Labrie, H.B. Programme d'appréciation de la qualité des soins et des services : l'expérience vécue à l'Hôpital St Luc., Gesiqualité, 5(3): 1-5 (1987).
- Labrie, H.B. Les cercles de qualité à l'hôpital : pourquoi pas ? Gesiqualité, 5(3): 3-6 (1987).
- Moortgat, P. et Ruelle, Y. Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers (MAQSI) auprès du patient diabétique : essai d'applicabilité.
- Osborne, S. A quality circle investigation. *Pressure sores*. Nurs. Times, Feb.: 73-76 (1987).
- Perpete, C. L'IGEQSI est-elle une méthode transposable pour l'évaluation de la qualité des soins infirmiers dans nos hôpitaux belges ? Essai d'utilisation dans un hôpital. Hôpital belge, 187-188, No 4-5: 72-77 (1987).
- Schamroth, V. et Vanye, T. Adaptation et essai d'application de l'IGEQSI (Instrument global d'évaluation de la qualité des soins infirmiers) en salle de réveil d'un hôpital de 200 lits. Travail effectué dans le cadre du cours de A. Jacquerye : Résolution des problèmes de soins infirmiers (travaux pratiques). ESP/ULB, 1988.
- Van Oekel, A.-M. et Babin, H. Travail sur la méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers auprès des mères primipares. Travail effectué dans le cadre du cours de A. Jacquerye : Résolution des problèmes des soins infirmiers (travaux pratiques). ESP/ULB, 1988.
- Waelkens, M.P. et Vandeninden, P. Evaluation de la qualité d'administration des médicaments par voie intraveineuse en chimiothérapie. Travail effectué dans le cadre du cours de A. Jacquerye : Résolution des problèmes des soins infirmiers (travaux pratiques). ESP/ULB, 1988.

OUTILS ET METHODES D'EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS INFIRMIERS

- Brittle, J. et Marsh, J. Monitor. *Definition or measurement?* Nurs. Times, 5 nov.: 36-38 (1986).
- Chagnon, M. et al. Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers. Manuel de l'utilisateur. Tome 2, Montréal, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1982.

- Drapeau, J. et Grenier, R. Le projet de recherche sur l'IGEQSI va bon train. Gésiqualité, 5(3): 1-2 (1987).
- Drapeau, J. La sécurité contre les chutes : instrument d'évaluation. Gésiqualité, 5(4): 4-10 (1987).
- Giebing, H. *Kwaliteitstoeting voor en door verpleegkundigen. Een methode voor kwaliteitsbewaking en bevordering voor de verpleegkundige beroepsuitoefening*. Leiden, Spruyt Van Mantgem De Does, 1987.
- Goldstone, L.A. et al. *Monitor. An index of the quality of nursing care for acute medical and surgical wards*. Newcastle. Second edit. 1983.
- Goldstone, L.A. et al. *A pointer to quality*. Nurs. Times, 5 nov.: 38-39 (1986).
- Guide du service infirmier. L'évaluation de la qualité des soins infirmiers, des services hospitaliers, approche méthodologique. Paris, Série Soins infirmiers No 4, Fascicule spécial No 87/27 bis, Ministère des affaires sociales et de l'emploi, 1987.
- Handfield, L. Mon expérience comme observatrice avec l'IGEQSI. Gésiqualité, 5(2): 6-8 (1987).
- Jacquerye, A. Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Paris, Centurion, 1983, traduit en italien : *Controllo di qualità dell'assistenza infermieristica*. Firenze, uses edizione scientifica, 1987.
- Jacquerye, A. et Donnez, E. Définitions, le point de vue de l'infirmière. Hôpital belge, 173: 28-33 (1985).
- Jessee, W. *Identifying health care quality problems: a practical manual for PSROs and hospitals*. 1982, HPAA Monograph 8, School of Public Health, Chapell Hill.
- Mordacq, C. La qualité des soins infirmiers est-elle mesurable ? AMIEC Pub., Lyon, 1985: 187-213.
- Pearson, A. (ed) *Nursing quality measurement. Quality assurance methods for peer review*. 1987, John Wiley and Sons, Sussex.
- Vuori, H.V. L'assurance de la qualité des prestations de santé. La santé publique en Europe, No 16, OMS, 1984.

Annexe 2

LISTE DES PARTICIPANTS

CONSEILLERS TEMPORAIRES

- Mme Victoria Antón
Infirmière, Madrid (Espagne)
- M. Ange Bidan^a
Infirmier général, Responsable de filière de formation professionnelle,
Ecole nationale de santé publique, Rennes (France)
- Mme Eliette Boniface^a
Hôpital Croix-Rousse, Hospices civils de Lyon (France)
- Mme Gabriela Carloni
Infirmière de santé publique, Bureau des relations internationales,
Ministère de la santé, Rome (Italie)
- Mme Margarida Cunha-Rosa
Infirmière enseignante, *Escola Technica de Enfermeiras, Instituto
Portugues de Oncologia de Francisco Gentil*, Lisbonne (Portugal)
- Mlle Geneviève Déchanoz^a
Infirmière générale, Directrice centre collaborateur OMS, Hospices civils
de Lyon (France)
- Mme Nicole Delmotte-Verschoren^a
Assistante de la Direction des soins infirmiers, *Universotaor Zickenhuis
Antwerpen*, Egedem (Belgique)
- Mme Maite Forner
CODEH, Barcelone (Espagne)
- Mlle Pierrette Gander^a
Conseiller pédagogique, Croix-Rouge suisse, Berne (Suisse)
- M. Serge Gaubert^a
Infirmier général, Centre hospitalier spécialisé, Rouffach (France)
- Mme Danièle Gimeno
Infirmière générale adjointe, Hôpital de Cimiez, Nice (France)
- Mme Agnès Jacquerye
Infirmière responsable de la formation et de l'information, Cliniques
universitaires de Bruxelles, U.L.B. - Hôpital Erasme, Bruxelles (Belgique)

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

- Mme Margarida Meirinho^a
Conseiller technique pour les soins infirmiers, Direction générale des
hôpitaux, Lisbonne (Portugal)
- Mlle Catherine Mordacq
Enseignante, Groupe de recherche et d'interventions pour l'éducation
permanente des soignants (GRIEPS), Bron (France)
- Mme Patrizia Nappini^a
Infirmière cadre pour la formation continue du personnel, Palidoro-Rome
(Italie)
- Mme Marie-Louise Puyts^a
Louvain (Belgique)
- Mme Marie-Ange Coudray^a
Infirmière enseignante, Ecole de cadres infirmiers, Centre hospitalier
intercommunal, Poissy (France)
- 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)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE

Bureau régional de l'Europe

- Mlle Elisabeth Stussi
Fonctionnaire pour les Soins infirmiers
- Mme Irène Henriksen
Assistante administrative, Unité des Soins infirmiers

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