

# QUALITÉ ET CONTINUITÉ DES SOINS

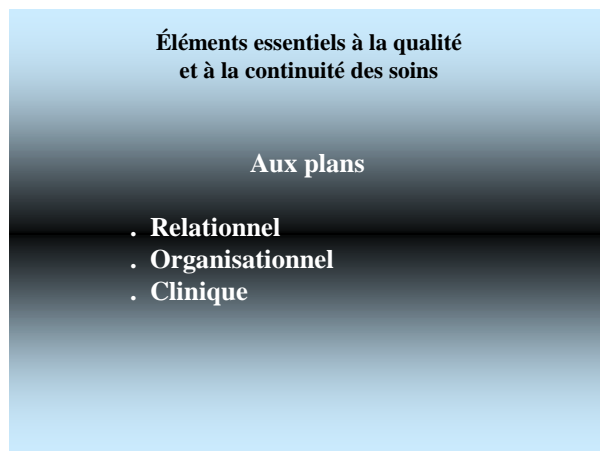
*Conférence d'ouverture du 8e symposium de l'Hôpital Universitaire de Coimbra, Portugal « A Pessoa no processo de cuidados: qualidade e continuidade » (La personne au coeur du processus de soins : qualité et continuité), les 24, 25, 26 février 2005.*

**Margot Phaneuf, inf. PhD.**

## INTRODUCTION

La qualité et la continuité des soins sont des préoccupations majeures des centres de soins un peu partout dans le monde. De tous les côtés, des experts cherchent des indicateurs fiables pour en faire l'évaluation et mettre en place des mécanismes d'amélioration. Des analyses qui sont faites, ressortent certaines évidences, tous les personnels d'un hôpital, quel que soit leur rôle, sont responsables de cet idéal recherché. Le service infirmier, en raison de sa position de plaque tournante des soins, d'interface entre le malade et le système médico-administratif est particulièrement impliqué. Même si toutes les décisions ne sont pas uniquement prises à ce niveau, les infirmières et les infirmiers sont toujours concernés.

À partir des grands objectifs prioritaires des divers organismes responsables de la qualité des soins dans le monde, j'ai réuni certains critères que j'aimerais vous exposer. C'est un grand défi, car d'une part « la qualité est le facteur qui contribue le plus à donner confiance à la population » (A. Jacquerye, 1999), mais c'est aussi celui qui donne sens à nos systèmes de soins. C'est donc, dans ce peu de temps, un pari un peu risqué!



## Les grands axes de la qualité et de la continuité des soins

Les concepts de qualité et de continuité possèdent de multiples facettes. Aussi sans prétendre épuiser le sujet, les critères réunis ici portent sur trois plans principaux : le plan relationnel, le plan organisationnel et le plan clinique. Cette classification, un peu arbitraire, satisfait des besoins

logiques, pour cet exposé, mais certains de ses éléments pourraient appartenir à plusieurs catégories.

## Les aspects premiers de la qualité des soins

Ces deux concepts sont intimement liés, car sans continuité, la qualité se trouve grandement affaiblie. C'est pourquoi il est difficile de les dissocier, mais dans les premiers aspects que je toucherai, le concept de qualité est plus manifeste.

## L'ASPECT RELATIONNEL

### Éléments essentiels à la qualité et à la continuité des soins

#### Au plan

Relationnel : . communication: accueil du malade et de la famille,  
. soutien du malade et de la famille particulièrement dans les situations critiques,  
. enseignement au malade et à la famille.

Je donne d'abord la première importance à l'aspect relationnel parce que la qualité technique et organisationnelle des soins ne suffit pas à recueillir la satisfaction des malades. Bien que ce critère ne soit pas le seul, il demeure un indicateur important de la qualité des soins. Les commissaires aux plaintes de nos hôpitaux nous disent

d'ailleurs que bon nombre de griefs, qui leur sont faits, portent sur l'aspect relationnel. Des personnes ne se sont pas senties bien accueillies ou des familles n'ont pas reçu le soutien attendu dans leurs épreuves de santé et elles se plaignent.

## La communication

Il faut considérer, que bien que les utilisateurs de soins soient de plus en plus avertis, ils ne peuvent pas toujours juger de manière pertinente des soins reçus, mais ils peuvent facilement évaluer leurs qualités humaines liées à la communication et à la relation d'aide. En soins infirmiers, ce sont des éléments de compétence essentiels et leurs effets positifs sur l'évolution de l'état des malades n'est plus à démontrer. Herbert Marshall McLuhan, un penseur de notre temps disait, sur le plan de la communication, que le

messenger est le message et, tout en relativisant, on pourrait aussi dire que celui qui traite fait partie intégrante du traitement et qu'il est le meilleur placebo.

En effet, comment ne pas lier à la qualité des soins la chaleur de l'accueil qui sécurise, la douceur du geste, la parole qui reconforte ou motive, la présence qui apaise la personne ou la famille dans les tournants difficiles de la maladie ou lors de l'approche de la mort. Sans cette qualité de présence les soins infirmiers perdraient leur sens profond?

### **L'accueil et le soutien du malade et de sa famille**

Parmi les facteurs jugés importants à cet égard, l'accueil du malade et de sa famille demeure primordial. L'accueil est plus qu'un acte banal de la vie quotidienne, plus qu'un rituel social émanant du polissage de nos mœurs et de nos obligations professionnelles, écrivait, en substance Chauchard (1971), il y a déjà longtemps (Formarier (2003)). Ce qui se passe au moment de l'arrivée d'un malade dans un service de soins est particulier. C'est pour lui un temps fort, un moment d'imprégnation, un peu à la manière dont l'entendent les éthologues où il est sensible et vulnérable et où il a besoin de se raccrocher à quelqu'un. La personne qui le reçoit, lui et sa famille, prend alors une figure importante et à cet instant, le malade reçoit l'image, la mesure de la relation qui pourra fleurir dans ce milieu. Dès ce moment, sa perception de la qualité des soins prend forme.

Elle se confirme ensuite au cours de son séjour, à travers le soutien qui lui est apporté dans ses difficultés, par l'écoute et la compréhension que le personnel lui manifeste, autre élément majeur de la qualité des soins. Tout acte de soin est un acte relationnel et l'aspect de la communication et de la relation d'aide en tisse la trame et lui donne la forme d'un acte humain par excellence. C'est ce qui fait la différence entre « donner des soins » et « prendre soins ». « Donner des soins » représente des gestes banals, aux aspects techniques, bien sûr fort importants, mais « prendre soin » de quelqu'un possède un sens beaucoup plus profond, supposant une implication personnelle et des qualités de cœur et d'intelligence bien différentes. Cela inclut des considérations éthiques, des manifestations d'empathie, des stratégies organisationnelles adaptées aux conditions et aux besoins du malade et de sa famille. La nécessité s'en fait surtout sentir dans

des situations critiques. C'est pourquoi ce soutien est une composante essentielle de la qualité des soins.

## **L'enseignement au malade et à la famille**

Le troisième facteur relié à ces aspects relationnels concerne l'enseignement au malade et à sa famille. Il est non seulement lui aussi un élément important de la qualité des soins, mais aussi de leur continuité. Les infirmières et les infirmiers sont de plus en plus considérés comme des agents de promotion de la santé, de prévention des complications et de la maladie. Ce rôle grandissant, ils peuvent l'exercer en expliquant le traitement en cours au malade, mais aussi en l'aidant à le poursuivre adéquatement après l'hospitalisation. Là encore, l'action auprès de la famille est déterminante.

## **LES ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS**

### **Éléments essentiels à la qualité et la continuité des soins**

#### **Au plan**

- Organisationnel:** . évaluation de la qualité et de la charge en soins,  
. analyse des pratiques professionnelles,  
. enquête de satisfaction et analyse des plaintes,  
. données probantes,  
. accroissement de la motivation des personnels.  
. Multidisciplinarité.

L'autre catégorie de facteurs importants au regard de la qualité et de la continuité des soins touche le plan organisationnel. D'abord pour s'assurer de la présence et du degré de ces dimensions dans les soins, il faut nous donner une image précise de ce qu'elles représentent. Il faut ensuite voir quels en sont les reflets dans nos

services au quotidien et, nous demander où sont les écarts et quels seraient les correctifs à apporter.

## **L'évaluation de la qualité des soins et de la charge en soins**

Ici les facteurs reposent pour une bonne part sur l'évaluation de la qualité des soins. Depuis plusieurs années s'est implantée, dans nos milieux une pratique de mesure des divers aspects des soins et de recherche d'amélioration de la qualité. Mais comme l'énonce le Dr Jean Petit de l'ANEAS, organisme chargé de la qualité en France, son évaluation « dépend de ce qu'on regarde et de ce qu'on veut bien voir ». Pour moi, cette appréciation relève de la multiplicité des aspects considérés et de la pluralité des regards qui évaluent, c'est-à-dire celui des professionnels

évaluateurs, des divers personnels de la santé et surtout celui des malades, témoins privilégiés de l'ensemble des activités de soins.

#### Quelques instruments d'évaluation des soins infirmiers

-L'Instrument Global d'Évaluation de la Qualité des Soins Infirmiers de longue ou de courte durée (IGE QSI et IGE QSI-CD)

-La « Méthode d'Appréciation de la Qualité de l'Organisation de l'Unité de Soins » (IEQOUS),

-La « Méthode d'Appréciation de la Qualité des Soins Infirmiers » (MAQSI).

Il existe pour ces évaluations plusieurs méthodes performantes ciblant les soins infirmiers. Ces systèmes sont intéressants et performants, mais leur absence ne devrait pas nous dispenser d'évaluer nos soins, car il y a aussi d'autres moyens évidemment moins systématiques et moins scientifiques, mais qui peuvent aussi donner quelques résultats.

Nos hôpitaux sont des établissements de services à l'intention du public et comme tout service, ils devraient être évalués dans leurs principales dimensions d'efficacité, d'efficience et surtout de qualité. Cette évaluation devrait ensuite se traduire par la mise en circulation de « guides des bonnes pratiques » pour le personnel infirmier et pour les enseignantes afin de toujours intégrer les améliorations nécessaires (ex : relations avec la famille).

Pour les soins infirmiers les enjeux de l'évaluation sont grands, puisqu'ils

#### Quelques instruments d'évaluation de la charge en soins

- La méthode des « Soins Infirmiers Individualisés à la Personne » ou SIPPS, utilisée en France.

- Le « Programme de recherche en Nursing » ou PRN.

devraient aussi s'accompagner d'une étude de la charge en soins. En effet, on ne peut garantir la qualité des soins, si la charge de travail dépasse les capacités du personnel. Une mesure efficace du niveau de soins requis et des calculs rigoureux quant à la nécessité du nombre d'infirmière et d'infirmiers par service, permet de mieux équilibrer charge de travail et qualité des soins.

## **L'analyse des pratiques professionnelles**

J'évoquais à l'instant d'autres moyens d'évaluer les soins et, en lien avec ces systèmes reconnus et peut-être surtout ou en leur absence, l'analyse des pratiques professionnelles constitue une voie intéressante. Devant les exigences méthodologiques de ces systèmes, face aux aspects personnels et relationnels complexes que supposent l'organisation et la prestation des soins, il m'apparaît qu'un mode plus global d'analyse des pratiques peut également avoir sa place. Il touche à la fois des aspects individuels et relatifs aux équipes infirmières. Il s'agit d'une application des groupes Balint, du nom du psychanalyste hongrois Michael Balint. Ces groupes autrefois populaires sont maintenant remis à l'honneur en éducation et en soins infirmiers.

Ce ne sont pas des dynamiques de groupe, ni des groupes de production, mais plutôt une occasion de prendre ensemble du recul par rapport à la tâche effectuée, de prendre le temps de voir, de mieux comprendre ce qu'on fait et de l'améliorer. Ces petits groupes se réunissent sous la direction d'un animateur, cadre ou autre membre du personnel avec l'objectif de réfléchir au service offert dans leur unité de soins en ne considérant qu'un aspect limité à la fois. Par exemple, en examinant quelle est la qualité de l'accueil offert au malade et à sa famille? Comment l'équipe reçoit-elle une plainte ou une critique de leur part? Quelle est la qualité du suivi entre les quarts horaires, entre les personnes de l'équipe, comment se prépare le congé du malade, etc.?

La fonction de ces rencontres est métacognitive et vise à susciter la réflexion et l'auto-observation. L'accent est mis principalement sur la relation soignant-soigné et la dimension du soin est capitale. Mais la dynamique du groupe joue également un rôle important. On émet des commentaires toujours respectueux de l'autre et on échange des suggestions; il en résulte une expérience éducative enrichissante, inspirée du compagnonnage, principe qui favorise à la fois la transmission, la mutualisation et l'assimilation des savoirs.

L'analyse des pratiques est une forme de réflexion sur la qualité des soins qui constitue une méthode simple, informelle, plus profonde que certains systèmes institutionnels complexes. Ses résultats, bien présents, sont cependant à plus petite échelle. Un de ses grands avantages est de pouvoir

s'installer dans les établissements de soins comme d'éducation, dans les milieux mieux nantis comme dans ceux aux budgets plus limités.

### **Les enquêtes de satisfaction et l'analyse des plaintes**

Pour prendre la mesure de la qualité et de la continuité des soins, les enquêtes de satisfaction de la population desservie sont d'autres moyens éclairants. Leur rigueur méthodologique permet de découvrir où se trouvent les points de forces et de faiblesse de l'organisation. Un des objectifs étant d'obtenir des données continues, le questionnaire peut être remis à la sortie du malade. Bien que souvent le taux de réponse soit faible, cette manière de faire donne des indications utiles.

Un autre moyen de conserver et d'améliorer la continuité et la qualité des soins est le traitement des plaintes et des commentaires. Malgré leur côté négatif, les plaintes sont facteurs d'évolution. Ces rapports ont un aspect constructif, car ils permettent, en complément avec les enquêtes de satisfaction, de prendre la mesure de ce que pense la population. Au delà de leur aspect juridique, ces commentaires peuvent être inspirants pour les soins infirmiers.

### **Les données probantes ou « Evidence Based Nursing »**

Un autre facteur organisationnel à considérer est la tendance actuelle à fonder les pratiques hospitalières sur les données probantes c'est-à-dire l'« Evidence Based Nursing ». Ce qui signifie, si nous traduisons de manière libre, la pratique fondée sur les évidences, les indices sûrs, c'est-à-dire les preuves fournies par la pensée critique, par un exercice infirmier systématique et par la recherche. Cela montre bien la pertinence de ce congrès où la recherche prend une très grande importance.

Ce concept est né vers 1986 à la suite de la Charte d'Ottawa au Canada pour la promotion de la santé. Mais il n'a connu sa popularité que dans les années 1990 particulièrement avec les avancées de la Cochrane Collaboration en Angleterre, une organisation qui vise à informer les personnels de santé et à les aider à prendre des décisions éclairées par la circulation des données provenant de la recherche. L'influence de l'Organisation Mondiale de la Santé dans la popularisation de ce concept a aussi été déterminante.

Ce qui est nouveau c'est l'acceptation de plus en plus répandue de la nécessité de ces données probantes. (Beaulieu et al, 2001). Cette application est fondée sur un besoin de rationalité des milieux de soins, mais aussi sur la nécessité de faire la preuve de leur efficacité et de leur qualité. Les soins qui en sont issus favorisent l'intégration des meilleurs résultats des investigations contemporaines et de l'expertise clinique dans les prises des décisions concernant la personne soignée. Ils permettent aux infirmières et infirmiers de prodiguer des soins de qualité dans un environnement aux ressources limitées, en en tirant le meilleur parti.

### Theorie de la diffusion de l'innovation (1) (Martha Rogers)

Elle se compose de quatre étapes.

- ❖ 1- Permettre la prise de conscience de la recherche. Ses sources sont le oui-dire, la lecture de textes appropriés et l'enseignement. Il s'agit de l'étape de la diffusion de l'information, de sa réception et de son assimilation par les infirmières et les enseignantes.
- ❖ 2- La « persuasion douce » Ses sources sont le leadership d'un cadre, d'une enseignante ou d'une chercheuse. Mais, l'argument d'autorité, peut jouer de manière défavorable. La discussion au cours de réunions est alors bénéfique.

Jusqu'à nos jours, la pratique des soins infirmiers a été principalement basée sur l'expérience ou l'intuition, rarement sur la recherche, mais est-ce là la meilleure façon de prendre nos décisions? N'existe-t-il pas des choix qui ont prouvé une efficacité meilleure que d'autres? N'oublions pas que de

nombreux problèmes actuels dont nous faisons l'expérience sont la résultante de nos décisions inappropriées d'hier.

Si l'objectif de notre profession est de donner les meilleurs soins possible aux personnes dont nous nous occupons, nous devons en conséquence nous inscrire dans ce mouvement de progression scientifique qui anime actuellement le monde de la santé. La mise en œuvre de recherches, la

### Theorie de la diffusion de l'innovation (Martha Rogers) (2)

- ❖ 3- La « décision de rejeter ou d'accepter l'innovation » au moins sur une base d'essai. Les informations sont évaluées et les idées nouvelles font leur chemin. Leurs exigences et leurs avantages sont considérés.
- ❖ 4- L'« intégration » à la pratique des soins. La nouvelle information devient un point de référence et il y a un effort pour l'adapter à son milieu de travail.



consommation et l'utilisation de leurs résultats et la mise en circulation de données probantes pour mieux étayer notre pratique devraient être une priorité. C'est un des enjeux importants des années 2000.

Mais qu'est-ce que cette pratique infirmière fondée sur les données probantes (Evidence Based Nursing)? Elle comprend d'abord la mise sur pied d'une observation systématique de la personne soignée, de ses difficultés, de ses valeurs et la poursuite de recherches sur les différents domaines impliqués dans les soins et ou intéressant le personnel. L'interprétation des données de ces recherches est ensuite suivie de leur diffusion dans le milieu et selon les besoins de leur intégration au quotidien.

Mais comment stimuler l'intérêt pour la recherche et pour l'utilisation des données probantes? Un de ces moyens est de solliciter le leadership des cadres pour initier des investigations et les soutenir, pour organiser des rencontres d'information avec le personnel, pour susciter la lecture de textes intéressants, pour servir de modèles de rôle et pour suggérer l'utilisation des données qui en sont issues.

### Théorie de la diffusion de l'innovation

(Martha Rogers) (3)

❖ À cette théorie il faudrait ajouter une autre étape celle de l'évaluation des résultats de l'implantation afin de voir s'ils sont probants.

❖ En effet, les efforts d'adoption et d'adaptation ne suffisent pas pour assurer que les nouvelles connaissances soient appliquées, qu'elles aient un impact et qu'elles soient définitivement intégrées aux soins.

Mais le monde de l'enseignement peut lui aussi donner une forte impulsion en mettant une plus grande insistance sur la recherche au niveau de la formation de base et sur la lecture des comptes rendus de recherche dès le début de la formation. Une intensification de l'enseignement de la pensée critique permettrait aussi de développer davantage les capacités de l'étudiant pour ce processus complexe.

Mais nous savons que la résistance au changement est forte et que l'intégration des produits de la recherche dans les soins est difficile. Martha Rogers nous propose une séquence à suivre qui peut nous inspirer.

La recherche est le moteur de l'évolution, mais elle devient de plus en plus un agent important de la qualité des soins.

## **La stimulation de la motivation et de la responsabilisation du personnel.**

### **Les critères de motivation du personnel**

- Les conditions physiques du travail:  
surcharge, stress.

- La reconnaissance des besoins individuels:  
pour la formation, pour le soutien professionnel, la flexibilité et l'ouverture aux nécessités de la conciliation travail/famille.

Un autre facteur de qualité et de continuité des soins est la motivation et le sens des responsabilités du personnel. Un service de santé vaut autant que la compétence et que l'application de ses effectifs.

Ces deux éléments participent au climat social au sein des équipes et sont facteurs de satisfaction au

travail, ce qui a d'énormes conséquences sur la qualité et la continuité des soins. Un personnel qui a une évaluation positive de son travail est plus stimulé à offrir un bon service et à être présent. L'absentéisme, l'épuisement professionnel sont souvent la conséquence d'un désintérêt individuel ou d'une non-reconnaissance des personnes et de leurs besoins de valorisation par les autorités, par le système. L'instabilité du personnel, par l'obligation de recourir à des intérimaires, souvent moins intéressés, nuit à la continuité et partant à la qualité des soins.

Il existe un lien important entre la satisfaction du personnel et les conditions de travail. Entre autres, le programme européen Euricus (1997-99) et les études Aiken (2000) mettent en évidence les effets bénéfiques d'une culture commune, centrée

### **Les critères de motivation du personnel**

- Le climat organisationnel du service: les valeurs partagées, la communication, la coopération, la résolution de conflits, l'ouverture au changement.

- Les conditions psychologiques du travail: l'autonomie en fonction du rôle, le caractère approprié des compétences du personnel, la qualité du contrôle des chefs: souplesse, humanité, attention aux vulnérabilités, ex : l'épuisement professionnel.

sur la réponse aux besoins du malade, une bonne collaboration entre les professionnels et une approche ouverte dans les méthodes de résolution de problème (Compaqh, 2003, p.105).

Les critères à considérer sont nombreux et importants. Une politique managériale qui tient compte de ces facteurs est susceptible de créer la motivation et la responsabilisation du personnel et d'assurer ainsi la qualité et la continuité des soins.

## LES ÉLÉMENTS CLINIQUES

Nous arrivons maintenant à la troisième catégorie de notre liste, soit les éléments au plan clinique. Ils sont particulièrement significatifs pour le personnel infirmier puisqu'ils impliquent des composantes d'organisation des pratiques, quotidiennes du travail.

### **Le soulagement de la douleur**

Un des premiers facteurs qui recueille la satisfaction

autant des malades, des familles que des infirmières et des infirmiers est le soulagement efficace de la douleur. En effet, comment juger bons des soins qui laissent souffrir. Il y a peu de temps, la douleur était considérée comme un symptôme normal au plan diagnostique et du suivi de l'évolution du malade.

Pour certains, elle avait même valeur de salut. Progressivement, avec l'évolution des mentalités, depuis quelques années elle est devenue, inacceptable. Et, un peu partout on a vu surgir des lois ou des recommandations faisant état des droits des malades au soulagement. La lutte contre la douleur sous toutes ses formes est maintenant reconnue comme un droit fondamental. Elle répond à une volonté éthique et humaniste qui constitue un des critères de qualité et d'évolution de nos systèmes de santé.

Éléments essentiels à la qualité  
et la continuité des soins

Au plan

Clinique : . soins de la douleur,  
. prévention des infections  
nosocomiales,  
. itinéraires cliniques,  
. dossier infirmier,  
. préparation du congé,  
. Interdisciplinarité,

En principe, il est difficile d'être contre les lois et contre la vertu. Et même si d'emblée les infirmières et les infirmiers se rallient à cette position, dans les faits, elle ne peut s'appliquer qu'en fonction d'une connaissance partagée des modes de soulagement permettant des attitudes professionnelles cohérentes, une certaine souplesse d'action pour offrir le soulagement en temps opportun et une bonne écoute des malades.

La douleur est un phénomène universel, car nous avons tous déjà souffert. Mais richesse ou inconvénient, nous interprétons la douleur des autres à partir de notre propre expérience. Or la douleur est un phénomène individuel qui engage la totalité du sujet et dont la valence affective est importante.

Une évolution intéressante de notre prise en charge de ce phénomène psychosensoriel est la reconnaissance, l'acceptation de la perception subjective de la sensation nociceptive, c'est-à-dire que nous considérons maintenant la douleur à partir de ce que nous en dit le malade. Ce qui autrefois aurait été inacceptable. Mais plus, elle est maintenant reconnue comme une expérience pluridimensionnelle. Aussi, il nous faut craindre que notre évaluation rapide de la douleur ne soit réductrice. Nous ne devons pas oublier que son soulagement passe naturellement par la relation de confiance

entre soignant et soigné.



Ces aspects font du rôle infirmier face à la douleur une mission de premier ordre, car comme on le voit, la qualité de son soulagement ne tient pas uniquement au fait d'administrer l'analgésique. Elle

est multifactorielle et se situe dans un rapport à l'autre tenant compte de dimensions beaucoup plus complexes de la personne. L'observation, l'écoute, le savoir physiologique, pharmacologique et technique lui sont,

bien sûr, essentiels. Mais la compréhension chaleureuse et empathique demeure un aspect important de l'accompagnement du malade douloureux.

Il arrive toutefois que le personnel infirmier doive aller plus loin et que sa relation à l'adoucissement de la douleur prenne un caractère de défense du malade. Devant quelqu'un qui souffre dont le soulagement est inadéquat, nous avons éthiquement parlant, le devoir d'« advocacy », c'est-à-dire de défenseurs de la personne soignée, ce qui dans ce cas, nous conduit à faire tout en notre pouvoir, par nos soins et par nos interventions, pour obtenir les conditions les meilleures possible. Ces dimensions et les obligations qu'elles nous créent sont des indicateurs directs de la qualité des soins.

## PRÉVENTION DES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Nous touchons maintenant la prévention des maladies nosocomiales. Dans tous les systèmes d'évaluation et de promotion de la qualité des soins, cette prévention est un élément majeur qui se classe parmi les risques iatrogènes. Les procédures diagnostiques et thérapeutiques invasives présentent un risque accru, mais tout traitement ou séjour en milieu hospitalier l'est aussi. Ces problèmes deviennent même un enjeu de santé publique et au-delà de leur coût humain, l'allongement des séjours constitue aussi une charge économique de taille, sans compter leurs répercussions juridiques et médiatiques.



Malgré des plans de lutte « Hôpital propre », la prévalence des maladies nosocomiales en Europe varie de 6 à 12 %. Certains hôpitaux appliquant les normes ISO, ont toutefois un pourcentage un peu moins élevé. Il existe évidemment des

procédures médico-administratives importantes de propreté de l'air, des lieux et de stérilisation du matériel.

Cependant parmi les observations qui ont été faites à ce sujet un peu partout, certains facteurs ressortent, dont la nécessité de la prévention, de la détection rapide et l'évitement de la surcharge de travail du personnel. Les deux premiers facteurs sont directement reliés à la responsabilité des infirmières et infirmiers, car les mesures les plus agissantes demeurent encore les plus simples, c'est-à-dire l'hygiène au niveau des soins et particulièrement le lavage des mains.

C'est une mesure de prévention très efficace qui n'est pas seulement un principe de soins, mais aussi une obligation éthique pour nous. En effet, en vertu des principes de respect de l'intégrité des personnes soignées et des principes de bienfaisance et de non-malfaisance, nous sommes tenues de prendre toutes les mesures nécessaires pour ne pas propager les agents infectieux à nos malades. Il y a longtemps déjà, Florence Nightingale, dans ses discussions avec les autorités responsables de la santé dans son pays, disait que les hôpitaux étaient plus dangereux que les champs de bataille. Nous n'en sommes pas là, heureusement, mais il faut demeurer vigilants. Et, c'est notre responsabilité à tous.

## LES FACTEURS DE CONTINUITÉ PAR EXCELLENCE

Les facteurs que nous abordons maintenant concernant bien sûr la qualité des soins, mais également de manière marquée, leur continuité. En réalité, ces deux concepts sont intimement liés. Comme le déclare l'OMS, la qualité devrait être un concept transversal, car son évaluation ne peut se limiter à un service, à un hôpital. Elle devrait plutôt rejoindre l'ensemble des partenaires

### La continuité à évaluer

#### La continuité:

- informationnelle,
- relationnelle
- du plan d'intervention.

de santé appartenant à un milieu pour vérifier si chacun peut y recevoir la combinaison d'actes diagnostiques et thérapeutiques qui sont nécessaires pour améliorer son état. Les services reçus dans la communauté, comme ceux dispensés en milieu hospitalier, devraient faire l'objet d'une évaluation d'ensemble. Et se pose évidemment la question de la continuité des soins. C'est

un concept complexe qui recouvre une notion de suivi dans le temps, entre les établissements de soins, entre les services et entre les soignants (JCAHO, 1997).

Pour être plus précise, ce qu'il faut évaluer c'est la continuité informationnelle, relationnelle et de celle du plan d'intervention.

La continuité informationnelle est la disponibilité et l'utilisation des renseignements antérieurs ou provenant d'autres sources touchant la santé, dans le but d'adapter les soins courants, au malade et à sa condition actuelle, en tenant compte de ce qui est connu du passé (COMPAH, 2003). Cette connaissance permet d'éviter les bris de continuité, la duplication d'actes figurant déjà au dossier et la multiplication des actes inutiles.

La continuité relationnelle est aussi importante. Elle désigne la relation thérapeutique qui s'instaure entre un professionnel de la santé et le malade. La poursuite de cette relation dans le temps est un facteur important de la création d'un lien de confiance, d'une compréhension réciproque favorisant l'établissement d'un partenariat de soins et de la responsabilisation envers la personne soignée. La stabilité du personnel est à ce point de vue un atout important. Tous ces éléments favorisent par le fait même la qualité des soins, par une meilleure observance du traitement et un soutien plus efficace devant les épreuves de la maladie.

La continuité du plan d'intervention se réalise par la coordination cohérente des actions de soins, qu'elles soient médicales ou infirmières. Là aussi, la synchronisation est une donnée précieuse.

## **LES ITINÉRAIRES CLINIQUES**

Les itinéraires cliniques ou suivis systématiques des clientèles sont des systèmes particulièrement performants à ce point de vue. Ils permettent de gérer les épisodes de soins de manière à les rendre plus efficaces et efficients, en prévoyant journallement, et sans perte de temps, ce qui est à faire auprès d'un malade. Cette planification systématique permet un taux de rétablissement meilleur et plus rapide. Une attention particulière est donnée au cheminement du malade à travers les méandres du système de soins, assurant ainsi une intégration et une coordination plus harmonieuse de

l'action des divers intervenants, une meilleure satisfaction des besoins du malade et une bonne communication avec sa famille.

De plus, dans certains cas, ces systèmes trouvent une extension dans la communauté pour offrir des services en amont et en aval de l'hospitalisation afin d'assurer un meilleur suivi, c'est-à-dire des soins cohérents en terme de temps et de lieu.

Ces services intégrés prévoient que les soins requis et donnés, le soient par la bonne personne, à la bonne place et au bon moment. La force d'une telle approche réside dans le fait que pour un groupe de malades donné, une équipe de professionnels appartenant à diverses disciplines, met tout en œuvre pour orienter ses actions en fonction des guides communs de pratiques cliniques qui ont été développés, en fonction aussi des résultats attendus et selon les besoins des usagers et de leur famille. Le suivi systématique contribue donc à l'amélioration de la qualité de soins par une meilleure coordination et il se fait ainsi garant d'une meilleure continuité, tel que préconisé, entre autres, par le Conseil Canadien d'Agrément des hôpitaux. Ces systèmes plus ou moins inclusifs peuvent s'intégrer à tous les services. Le rôle des infirmières et infirmiers dans leur implantation est primordial. Ici à Coimbra, dans votre hôpital, des applications intéressantes ont été faites en gynécologie et en orthopédie.

### **Le dossier infirmier**

Un des instruments de la continuité des soins par excellence est le dossier du malade et particulièrement le dossier infirmier. Cet instrument de consignation des observations et des informations de toutes sortes est à la disposition de tous les professionnels de la santé qui gravitent autour de la personne soignée. Ce réceptacle précieux est aussi un outil de coordination des soins, car les informations qu'il contient conduisent à la prise de décision. C'est pourquoi les collectes de données, les notes au dossier, les plans de soins, deviennent des moyens non négligeables de la qualité et de la continuité des soins. Ils sont essentiels aux itinéraires cliniques, mais également à tous les autres types d'organisation des soins.



## **La préparation du transfert et du congé**

Un autre item important au regard de la continuité des soins est la préparation du transfert et du congé du malade. Elle pourrait être traitée avec les dossiers de soin auxquels elle appartient et elle est également un élément majeur des plans d'intervention qui sont propres au suivi systématique. Mais plusieurs rapports sur la qualité et la continuité des soins, dont le rapport COMPAQH, la considèrent si importante qu'ils en font un critère pour la mesure de ces concepts. En effet, toute la poursuite du traitement repose sur cette préparation adéquate. Elle intègre des éléments de continuité informationnelle, pour le passage des renseignements essentiels d'une structure de soins à l'autre ou d'un professionnel à l'autre. Sans cette transmission des erreurs ou des omissions sont susceptibles de se passer.

## **La transdisciplinarité**

Le dernier élément à rattacher à ces concepts est la transdisciplinarité. L'expansion extraordinaire et la spécialisation des savoirs des différents intervenants du monde de la santé posent le problème de leur compartimentation. Chacun tente d'apporter sa contribution à l'évolution de l'état du malade, beaucoup d'entre eux travaillent en silo, se coupant du regard et de l'expertise des autres. À certains moments, cet état est source d'une telle fragmentation de l'action qu'on peut parler d'un phénomène de « babélisation » (Basarab. Nicolescu) et même parfois de balkanisation.

Les défis actuels du monde de la santé réclament de plus en plus de compétences différentes qui se situent à l'intersection entre les différents domaines du savoir. Le besoin indispensable de liens entre ces disciplines a fait naître des concepts nouveaux au cours de ces dernières décennies.

D'abord, la pluridisciplinarité qui concerne l'étude d'un objet d'un même domaine par plusieurs disciplines à la fois (Basarab. Nicolescu). Par exemple, un problème psychiatrique dont s'occupent le psychiatre, l'infirmière, le psychologue, le travailleur social se trouve enrichi par leurs apports féconds.

Mais leur intervention demeure encore trop cloisonnée et il nous faudrait viser plutôt la transdisciplinarité. Comme le préfixe « trans » l'indique, elle recouvre ce qui est à la fois entre et à travers les différentes disciplines et même au-delà (Basarab. Nicolescu). Sa finalité est une compréhension plus

globale de l'état du malade et une intervention partagée en fonction d'objectifs communs.

Bien qu'elle soit souhaitable, notre monde professionnel n'est hélas pas encore très ouvert à la transdisciplinarité. Chacun cherche encore à défendre son territoire et éprouve souvent de la difficulté à collaborer de manière aussi intime. Mais cela demeure un idéal à poursuivre au nom de la qualité et de la continuité des soins.

## CONCLUSION

Voilà, nous avons fait un tour d'horizon bien superficiel d'un bon nombre de critères qui fondent les concepts si importants de qualité et de continuité des soins. Au cours de ce congrès, de nombreux travaux viendront les étayer et apporter leur richesse à notre compréhension. Je vous souhaite de bien en profiter. Bon congrès à vous tous!

## Bibliographie

- Aiken L.H. et coll. (2000) National Study of the Effects of Hospital organization and Staffing on Patient Outcome. 17e Conference de l'International Society for Quality Health Care, Dublin.
- ANEAS (2002) Guide de la santé. Paris, France.
- Beaulieu, M.D., R. Battista et R. Blais (2001) À propos de l'Evidence-based-medicine. Ruptures, 7 : 120-34.
- BEAUGHON M.C : « Le dossier de soins infirmiers : outil d'information, d'organisation et de planification »  
<http://www.cybermed.jussieu.fr/Broussais/InforMed/InforSante/Volume1/volume11-pdf/1-16.pdf>  
[http://www.anfh.asso.fr/fonctioncadre/cadre/gmweb/cadre\\_GM\\_SIIPS.htm](http://www.anfh.asso.fr/fonctioncadre/cadre/gmweb/cadre_GM_SIIPS.htm)
- BEAUGHON Marie-Claude et coll. (2000) La méthode S.I.I.P.S. : indicateurs d'activités en soins infirmiers, éditions Lamarre.
- Cochrane Publication : <http://www.cochrane.org/>
- Chauchard, P. (1971) L'accueil : psychophysiologie et éducation cérébrale de la réceptivité. Éditions Universitaires, Paris.

- COMPAQH (COordination Pour la Mesure de la Performance Hospitalière (2003) Rapport d'étape. Institut National de la Santé et de la recherche, Paris, France.  
<http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/indicateurs.html>  
[http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/docs/Rapport\\_detape\\_2003.pdf](http://ifr69.vjf.inserm.fr/compaqh/docs/Rapport_detape_2003.pdf)
- DiCenso et al (1999) Soins infirmiers basés sur des preuves : introduction. EBM Journal, no 15: 5-6, 2004.
- Euricus II (1997-99) Influence des relations interprofessionnelles (médecins infirmières) sur l'organisation de travail et devenir des patients de Soins Intensifs.
- Formarier, Monique (2003) Approche du concept d'accueil entre banalité et complexité. Recherche en soins infirmiers, no 75, 2003.
- Jacquerye, A. et coll. (1999) La qualité des soins. Implantation, évaluation, accréditation. Paris, Maloine.
- JCAHO (1997) National Library of Health Care. Oackbrook Terrace, Ill.: Joint Commission on Accreditation of healthcare Organization.
- Nicolescu, Basarab. Transdisciplinarité. Édition du Rocher, La transdisciplinarité - Manifeste,
- O'Brien Pallas, Linda et al (2004) Normes fondées sur les données probantes pour la mesure, la dotation et le rendement du personnel infirmier. Ottawa, Fondation Canadienne de la recherche sur les services de santé.
- O'Neil, Michel (2003) Pourquoi se préoccuper tant des données probantes. Québec. Université Laval, faculté des sciences infirmières.
- Stetler/Maram (1994) Refinement ou the Stetler/Maram Model for Application of Research Findings. Nursing Outlook, 1994, 42, 15-25.
- Thomson, Mary Ann (1998) Closing the Gap Between Nursing Research and Practice. Evidence-Based-Nursing, 1, 7-8.
- Déclaration d'Oslo (2003) site du Conseil de l'Europe  
<http://www.sante.gouv.fr/hm/pointsur/malades/32droi.htm>
- Société d'étude et de traitement de la douleur (2003) La douleur en question. Ministère de la santé et de la Protection Sociale, Paris, France.
- Rapport de la 7<sup>e</sup> conférence sur la dignité et les droits humains, juin 2003, Oslo.