

Evaluation des soins infirmiers aux malades hospitalisés

**Rapport sur la réunion d'un
groupe de travail de l'OMS**

Ratisbonne
18-21 octobre 1977

BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE
Organisation mondiale de la Santé
COPENHAGUE
1980



ISBN 92 9020 243 2

© Organisation mondiale de la Santé 1980

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection prévue par les dispositions du Protocole N° 2 de la Convention universelle pour la Protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 8 Scherfigsvej, DK-2100 Copenhague Ø, Danemark. Le Bureau régional sera toujours très heureux de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

Ce rapport exprime les vues collectives des participants à un groupe de travail et ne représente pas nécessairement les décisions ou la politique officiellement adoptées par l'Organisation mondiale de la Santé.

IMPRIMÉ AU DANEMARK

SOMMAIRE

	<i>Page</i>
1. Introduction	1
2. L'évaluation, partie intégrante du processus infirmier	3
3. La situation actuelle	4
4. Aspects de l'évaluation qui exigent une étude particulière	7
4.1 Résultats observés chez le patient	8
4.2 Evaluation de la compétence du travailleur sanitaire	10
4.3 Evaluation des ressources	12
4.4 Systèmes d'enregistrement et de classification.	13
5. Conséquences pour la formation du personnel infirmier	14
6. Conclusions et recommandations	15
Annexe I Glossaire	18
Annexe II Liste des participants.	19

GRUPE DE TRAVAIL DE L'OMS SUR L'ÉVALUATION DES SOINS INFIRMIERS AUX MALADES HOSPITALISÉS

Ratisbonne, 18–21 octobre 1977

1. INTRODUCTION

Dans le cadre des activités liées à la composante «processus de soins infirmiers» du programme à moyen terme du Bureau régional relatif aux soins infirmiers et obstétricaux en Europe (1976–1983), deux groupes consultatifs techniques ont été organisés. Le premier s'est réuni à Nottingham (Royaume-Uni), en décembre 1976,^a et le second au Bureau régional, à Copenhague en juin 1977.^b Le premier groupe a examiné de manière générale le processus de soins infirmiers et son enregistrement sur dossier, tandis que le second s'est attaché particulièrement à l'élaboration de schémas d'études et d'écrits sur le processus infirmier. Il a également analysé les étapes de l'évaluation, de la planification et de l'exécution du programme et a exprimé son ferme soutien au Bureau régional, quant à son intention de réunir un groupe de travail sur l'évaluation des soins infirmiers aux malades hospitalisés comme première phase d'une étude actuellement en cours sur l'évaluation des interventions infirmières au niveau des patients.

A la réunion de ce groupe de travail, composé à la fois d'infirmières^c et de médecins et convoqué par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, en coopération avec le Gouvernement de la République fédérale d'Allemagne, ont participé 15 conseillers temporaires venus de 12 pays de la Région et 4 fonctionnaires du Bureau régional. (La liste des participants est jointe en Annexe II.)

^a OMS, Bureau régional pour l'Europe. *The nursing process. Report on a Technical Advisory Group.* Copenhague, 1977 (ICP/HMD 034).

^b OMS, Bureau régional pour l'Europe. *The development of designs in and the documentation of the nursing process. Report on a Technical Advisory Group.* Copenhague, 1978 (ICP/HMD 049(2)).

^c Le terme d'«infirmière», consacré par l'usage courant, a été utilisé dans ce rapport par souci de simplification, mais il recouvre bien entendu les personnels infirmiers des deux sexes.

Le groupe de travail se proposait les objectifs suivants :

- 1) analyser les relations qui existent entre l'évaluation et les autres éléments du processus de soins infirmiers étudiés au titre du programme à moyen terme du Bureau régional de l'Europe concernant les soins infirmiers et obstétricaux;
- 2) examiner les conceptions et les pratiques actuelles concernant l'évaluation des soins infirmiers aux malades hospitalisés;
- 3) identifier les aspects particuliers de l'évaluation qui exigent une étude spéciale;
- 4) proposer des activités qui aideraient à résoudre les grands problèmes d'évaluation et qui pourraient trouver leur place soit dans le programme à moyen terme, soit dans des études expérimentales réalisées au niveau national.

M. Schlichtinger, Maire de Ratisbonne, et M. H.A. Zenk, de la Section des Relations internationales du Ministère fédéral de la Jeunesse, de la Famille et de la Santé (Bonn), ont souhaité la bienvenue aux participants. Le Dr Leo A. Kaprio, Directeur régional, était représenté par le Dr D.K. Sokolov, Chef du service du Renforcement des services de santé. Mlle M.-L. Badouaille a assumé les fonctions de présidente, Mlle A. Grauhan celles de vice-présidente et Mlle N. Roper celles de rapporteur.

Dans son allocution d'ouverture, le Dr Sokolov a évoqué la nécessité d'élaborer et d'utiliser, dans tous les secteurs des services de santé, des méthodes d'évaluation rationnelles. La difficulté qui caractérise l'évaluation de toute intervention sanitaire, sous quelque forme qu'elle se présente, ne devrait pas dispenser les travailleurs de la santé de s'efforcer de faire œuvre utile en la matière. Dans le domaine des soins infirmiers, considérés comme une discipline, cette tâche pose de nombreux problèmes, dont le moindre n'est pas le fait que l'on n'a commencé que tout récemment à définir et à étudier l'ensemble de l'activité infirmière en termes d'objectifs mesurables prédéterminés, par rapport aux résultats observables chez le patient. La réunion survient donc en un moment particulièrement opportun et reflète l'intérêt accru qu'un grand nombre de pays de la Région portent à ce sujet.

2. L'EVALUATION, PARTIE INTEGRANTE DU PROCESSUS INFIRMIER

Le programme à moyen terme du Bureau régional en matière de soins infirmiers et obstétricaux en Europe a été exposé de manière assez détaillée au groupe de travail. Les participants ont relevé que le premier élément du programme portait sur le processus de soins infirmiers et que l'évaluation était considérée comme l'une des quatre principales étapes de ce processus, ainsi que comme une activité collatérale dans chacune des autres étapes. L'étroite relation entre ce groupe de travail et d'autres réunions organisées dans le cadre du programme à moyen terme a été soulignée. Les participants ont été invités à voir dans cette réunion l'une des manifestations de la continuité d'action qui aboutira à la constitution d'un tout structuré.

Définition des termes

Le groupe de travail a décidé d'utiliser, assortie de certaines modifications, la définition de l'expression «évaluation des services de santé» qui figure dans un glossaire relatif à une étude sur «les méthodes à employer pour promouvoir le développement des services de santé de base», qui a été conduite par un groupe de travail désigné par le Conseil exécutif de l'OMS.^a La définition révisée est la suivante :

«Evaluation des services de santé : processus systématique visant à apprécier la mesure dans laquelle une activité ou une série d'activités a permis d'atteindre des objectifs prédéterminés. Ce processus implique la mesure de l'adéquation, de l'utilité, de l'efficacité et du rendement des services de santé. Il aide à redistribuer les priorités, à modifier la détermination des besoins, à planifier et à administrer les soins, et à gérer les ressources.»

L'adoption d'une terminologie normalisée ayant été jugée essentielle dans le cadre du programme à moyen terme du Bureau

^a *Actes officiels de l'OMS*, N° 206, 1973, p. 112 (Clarification et définition pratique des fonctions des services de santé - terminologie. Appendice à l'Annexe 11).

régional relatif aux soins infirmiers et obstétricaux en Europe, le groupe a décidé d'utiliser les définitions existantes des termes «objectif», «adéquation», «utilité», «efficacité» et «rendement» (voir glossaire, Annexe I).

3. LA SITUATION ACTUELLE

Un participant de chacun des pays représentés à la réunion a fait brièvement le point de l'évaluation des soins infirmiers aux malades hospitalisés dans son pays. Il a été admis que, pour les soins de santé dispensés aussi bien dans les hôpitaux que dans la collectivité, l'évaluation de l'action infirmière est insuffisante. Comme on pouvait le prévoir, le stade de développement de l'évaluation des soins infirmiers aux malades hospitalisés varie selon les pays. Cependant, on ne constate dans aucun pays une normalisation de cette évaluation non plus qu'une acceptation et une utilisation largement répandues des méthodes destinées à évaluer les soins infirmiers en fonction des résultats observés chez le patient.

Dans les hôpitaux de l'ensemble de la Région, les infirmières ont souvent pour principale fonction d'assister d'autres professionnels, en particulier des médecins, dans leur travail, tout en assurant l'administration courante du service où elles sont affectées.

Les interventions du personnel infirmier ne sont donc pas, dans la plupart des situations, considérées comme une activité ou une série d'activités distinctes et ayant une finalité propre. Dans les services hospitaliers où existent de telles conditions, les soins infirmiers n'ont jamais été réellement différenciés en tant que tels et ils sont le plus souvent dispensés de façon rituelle et mécanique. On ne s'est donc pas ou pratiquement pas soucié de définir des objectifs concernant l'évolution de l'état du patient ni d'évaluer les résultats obtenus. Même lorsque les soins infirmiers sont reconnus comme une discipline à part entière, les résultats obtenus chez le patient sont rarement évalués de façon planifiée et systématique.

Le groupe a considéré que les résultats d'une étude limitée conduite dans l'un des pays (Finlande) avant la réunion étaient assez révélateurs pour tous les pays. Cette étude, fondée sur les

réponses de 11 hôpitaux de dimension et de type variables, montre que, en ce qui concerne l'évaluation des soins infirmiers aux malades hospitalisés, il existe quatre types d'hôpitaux :

1) les hôpitaux où l'on a adopté le processus de soins infirmiers et où l'on s'y tient pour administrer les soins infirmiers. L'évaluation faisant partie intégrante de la méthode du «processus», elle s'effectue à partir de modèles reposant sur des approches telles que la dépendance, le contrôle des soins infirmiers, l'avis d'experts, etc. Les personnels infirmiers expérimentent aussi des instruments d'évaluation et des plans de soins infirmiers et essaient diverses méthodes pour le calcul de la dotation en effectifs des services infirmiers;

2) les hôpitaux qui procèdent uniquement à la détermination et à l'évaluation des soins médicaux (administrés par les médecins). Dans ce contexte, l'évaluation des soins infirmiers est considérée comme une composante de l'activité médicale générale et aucun effort d'évaluation distinct n'est entrepris;

3) les hôpitaux où l'évaluation de la pratique des soins infirmiers - soit séparément, soit dans le cadre de la pratique médicale - est inconnue;

4) les hôpitaux où la conception fondamentale des soins infirmiers est telle que le personnel estime qu'il n'est ni nécessaire ni utile d'explorer les résultats de l'activité infirmière.

Le fait qu'il existe une confusion largement répandue quant à la nature réelle des soins infirmiers et à leur rôle dans les services de santé a freiné le développement des soins infirmiers de la qualité voulue. Les «soins infirmiers» sont fréquemment confondus avec les diverses activités que les travailleurs de la santé appelés «infirmières» sont actuellement censés exercer. Le titre «infirmière» ayant été accordé, dans de nombreux pays de la Région, à toute une série de travailleurs de la santé, y compris aux membres de deuxième catégorie du personnel médical qui sont employés comme assistants ou auxiliaires techniques des médecins, il n'est pas possible d'étudier les soins infirmiers tels qu'ils se reflètent dans le travail de l'infirmière. On peut le faire lorsque les infirmières dispensent effectivement des soins infirmiers. Avant de

déterminer si oui ou non les travailleurs de la santé ayant le titre d'«infirmières» prodiguent des soins infirmiers, il faut bien comprendre la nature des soins infirmiers, d'une part comme activité humaine fondamentale et d'autre part comme discipline sanitaire organisée. A cette fin, on pourra utilement se référer aux documents dont la liste est donnée en bas de page.^{a, b, c, d, e}

Il apparaît, dans les pays de la Région européenne, que la nécessité de procéder à une évaluation des interventions infirmières suscite un intérêt et une préoccupation croissants. Les raisons les plus évidentes en sont les suivantes :

1) Le coût accru de la prestation de services infirmiers incite à rechercher une meilleure utilisation du personnel et des ressources. A cela s'ajoute l'intérêt consacré depuis peu par certains pays à l'évaluation des résultats de l'intervention médicale et de son efficacité, non seulement quant au coût des services mais aussi sur le plan de la qualité de la vie et de l'absence de maladies. Cet intérêt s'est concentré sur l'évaluation en elle-même, mais s'est également étendu à d'autres domaines, tels que les soins infirmiers.

2) L'augmentation des coûts, le développement des exigences des clients et le malaise grandissant qui règne parmi les travailleurs sanitaires à propos de l'efficacité des pratiques actuelles dans les services hospitaliers ont mis en évidence la nécessité d'améliorer les services et d'apporter la preuve que le patient/client retire des avantages des services assurés, qu'il s'agisse de soins infirmiers ou médicaux.

^a Goodrich, A.W. *A definition of nursing*. Report of the Biennial American Journal of Nursing (1946).

^b Hendersen, V. *The nature of nursing : a definition and its implications for practice, research and education*. New York, MacMillan (1966).

^c Freeman, R. *Community health nursing practice*. Londres, Saunders (1970).

^d Roper, N. A model for nursing and nursology. *Journal of Advanced Nursing*, 1: 219 — 227 (1976).

^e Hall, D.C. *Le point des soins infirmiers*. Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Copenhague (1975) (document inédit EURO/NURS 75.1).

3) Les infirmières enseignantes et les membres de disciplines connexes qui participent à l'enseignement des soins infirmiers, et les étudiants dans cette discipline prennent une conscience croissante des insuffisances des systèmes d'enseignement qui président à la formation du personnel infirmier. On examine actuellement de très près le contenu en soins infirmiers de ces programmes, afin de juger s'il est réellement adapté aux besoins des personnes à qui ces soins sont dispensés.

La relation qui existe entre l'enseignement et la pratique des soins infirmiers est un sujet d'intérêt et de préoccupation à l'ordre du jour. Les informations dont il faut disposer pour pouvoir prendre des décisions efficaces concernant les modifications de l'enseignement des soins infirmiers sont, pour une large part, tributaires du résultat des recherches menées à ce sujet et de l'évaluation de la pratique des soins infirmiers. Le mode de pensée et d'action engendré par l'utilisation de la méthode du processus de soins infirmiers constitue l'un des moyens d'améliorer à la fois l'enseignement et la pratique des soins infirmiers.

4) On a de plus en plus conscience de l'influence que les soins infirmiers exercent sur l'activité dans d'autres secteurs de la santé. Il importe de développer la discipline à un point tel qu'elle puisse assurer et assure effectivement des soins de qualité élevée et exerce en même temps un effet positif sur le travail de disciplines de la santé connexes, telles que la médecine. Comme les soins infirmiers peuvent apporter une contribution directe et exceptionnelle à la santé des personnes et à l'activité dans des domaines voisins, il convient d'étudier et d'évaluer systématiquement leur impact.

4. ASPECTS DE L'EVALUATION QUI EXIGENT UNE ETUDE PARTICULIERE

Le groupe de travail a examiné longuement et en détail l'évaluation de l'action infirmière sous trois rubriques principales : résultats observés chez le patient, compétence du travailleur sanitaire, et base de ressources.

4.1 Résultats observés chez le patient

Dans l'immédiat, il faut se préoccuper de résoudre les problèmes qui concernent l'évaluation des résultats observés chez le patient à la suite de l'action infirmière. La mise au point et l'utilisation de méthodes destinées à fournir des indications précises sur les besoins des patients en soins infirmiers, puis l'établissement d'objectifs qui soient énoncés en termes de résultats observables et mesurables chez le patient, s'imposent dans une première étape.

On peut chercher à déterminer les résultats obtenus dans l'évolution de l'état du patient en fonction de modifications physiques, sociales et psychologiques souhaitables. Ces modifications doivent être en rapport direct avec les besoins du patient/client en soins infirmiers et avec des objectifs bien définis et quantifiables.

Il peut certes n'être pas facile, dans un grand nombre, voire dans une majorité, de situations de soins en milieu hospitalier, d'établir un rapport direct entre les modifications de l'état de santé d'un patient et l'intervention infirmière. On ne saurait cependant, dans une action quelle qu'elle soit en matière de soins de santé, faire abstraction de facteurs variables tels que les défenses organiques naturelles du patient, son état psychologique, ses relations familiales et sa volonté de guérir. Il en est ainsi de la plupart des interventions médicales, ce qui n'empêche pas le praticien d'effectuer des évaluations de ses interventions en fonction des résultats obtenus chez le patient et d'améliorer la sécurité et l'efficacité des soins médicaux en se fondant sur les conclusions de ces évaluations.

Les infirmières ont eu affaire à ces modifications dès le moment où des services infirmiers systématisés ont été mis en place et il convient de les aider pour rendre l'application de ce concept d'évaluation aussi aisée que possible.

On pourrait notamment considérer comme un objectif désirable l'obtention d'informations appropriées sur la santé d'un patient ou sur une évolution constructive de son comportement. Certains indices physiques tels que l'amélioration de la mobilité, des fonctions intestinales ou vésicales, de la nutrition, la diminution des troubles de la respiration, une diminution ou une augmentation pondérale souhaitable, constituent des résultats d'un caractère familier et qui sont relativement aisés à identifier et à mesurer, et le praticien en soins infirmiers pourrait commencer par

les examiner. Dans les domaines social et psychologique, on dispose d'un nombre croissant de méthodes fiables pour l'identification et la mesure des modifications voulues. Il incombe maintenant aux infirmières de se familiariser avec les idées et les pratiques qui ont cours actuellement dans les disciplines tant infirmières que connexes, de contribuer à enrichir ce capital croissant de connaissances et d'aider à développer les compétences nécessaires pour les mettre en application.

Des méthodes telles que la théorie de l'adaptabilité^a de Maslow peuvent se révéler utiles aux fins de la solution des problèmes de conceptualisation des soins infirmiers et de l'amélioration des soins.

Comme les études devront être initialement conduites à une échelle relativement modeste, les infirmières du secteur hospitalier qui souhaitent expérimenter l'utilisation de la méthode du processus de soins infirmiers doivent commencer par le faire dans des situations de soins choisies avec discernement. Le personnel infirmier et médical doit être parfaitement au courant des idées et pratiques nouvelles et doit apporter tout son soutien aux activités envisagées. La justesse et la valeur des méthodes utilisées doivent être expérimentées sur une certaine période. Il faut cependant se garder d'un enthousiasme excessif dans l'application des concepts du processus de soins infirmiers avant que ceux-ci se soient concrétisés par des méthodes sûres et efficaces de prestation de soins infirmiers.

En outre, il est urgent que les infirmières identifient la base de données épidémiologiques à laquelle on pourra puiser pour évaluer les effets de l'intervention infirmière sur des populations entières. Cela s'applique aux populations qui reçoivent des soins en milieu hospitalier aussi bien que dans la collectivité. Les infirmières doivent faire appel aux concepts et aux instruments de l'épidémiologie pour l'identification, la collecte et l'utilisation d'informations sur des populations entières, en vue à la fois de planifier et d'évaluer les soins infirmiers.

Si elles sont utiles dans certains cas, les statistiques de mortalité et de morbidité n'ont pas autant d'intérêt en matière de soins infirmiers que dans certaines autres disciplines. L'état de santé

^a Maslow, A.H. *Motivation and personality*, 2ème éd. New York, Harper & Row (1970).

général d'une population et les raisons principales qui font qu'un groupe présente certaines caractéristiques à l'intérieur d'une échelle de santé prédéterminée sont beaucoup plus utiles à la détermination des besoins en soins infirmiers (pour les références à la documentation concernant les instruments de détermination des besoins/d'évaluation, on consultera la bibliographie qui figure dans le Manuel sur le processus de soins infirmiers (document EURO/NURS 76/1)).

4.2 Evaluation de la compétence du travailleur sanitaire

L'évaluation qu'on a effectuée jusqu'ici en ce qui concerne les soins infirmiers a consisté dans une large mesure à déterminer ce qu'il est convenu d'appeler la compétence de l'infirmière ou de l'auxiliaire en soins infirmiers. Si l'on établit que les activités exercées par le travailleur sanitaire sont salutaires et efficaces, on présume que les soins infirmiers administrés doivent être satisfaisants et le travailleur sanitaire est jugé compétent.

Le fait que, dans de nombreux cas, les méthodes utilisées pour apprécier la compétence visent dans une large mesure à juger si l'on est capable d'exécuter les tâches routinières des hôpitaux et les techniques de soins aux patients, si l'on connaît les règlements hospitaliers et si l'on est à même de les respecter, si l'on sait ce qui «plaît» aux médecins qui travaillent dans le service et, en règle générale, si l'on est bien coté auprès des cadres infirmiers et médicaux, conduit à s'interroger sérieusement sur la validité de ces méthodes. En outre, le système, observé dans de nombreux hôpitaux, qui veut que la compétence du personnel infirmier dans la prestation des soins soit jugée par un médecin retire une grande part de sa valeur à l'exercice. On ne saurait trop insister sur la nécessité de confier l'évaluation professionnelle du personnel infirmier à un groupe appartenant à la même discipline. Le seul autre groupe qui ait quelque aptitude à participer à cet aspect de l'évaluation est celui des patients qui ont bénéficié des soins infirmiers. D'autres spécialistes de la santé et de disciplines connexes, y compris les médecins, peuvent apporter une contribution utile à l'évaluation de la compétence de l'infirmière dans certains domaines particuliers : capacité à travailler en équipe, aptitude à communiquer avec d'autres personnels de la santé et aptitudes générales dans le domaine administratif.

Il importe de mettre au point des méthodes améliorées pour l'évaluation de la compétence réelle dans la prestation des soins infirmiers aussi bien directs qu'indirects. L'autorisation de pratiquer, fondée sur l'appréciation de la compétence, est accordée une fois pour toutes, dans la plupart des pays de la Région, sans égard au maintien ou au développement des aptitudes professionnelles au cours d'un certain laps de temps. Les expériences faites avec des méthodes permettant d'évaluer la compétence sur une certaine période (cf. *College of Nurses, Ontario (Canada)*)^a sont suivies avec un vif intérêt et devraient fournir des informations précieuses aux autres pays qui cherchent à mettre au point des systèmes comparables de renouvellement obligatoire de l'autorisation d'exercer.

Les services infirmiers doivent être guidés par des séries de normes qualitatives qui aient été déterminées par des groupes compétents d'infirmières. Si l'on se fonde sur ces normes pour établir des critères, il deviendra possible d'évaluer individuellement la compétence des travailleurs sanitaires. Des normes de compétence devraient être établies pour chaque niveau et catégorie de personnel infirmier. De plus, il appartient aux infirmières professionnelles qualifiées d'évaluer la compétence des étudiants en soins infirmiers.

L'existence d'une corrélation positive entre la compétence du praticien et les résultats observables chez le patient est reconnue; une telle corrélation doit également exister entre les ressources et ces mêmes résultats.

La relation entre l'encadrement des infirmières et l'évaluation présente un certain nombre de problèmes. Le type d'encadrement qui a été mis en place dans la plupart des services infirmiers hospitaliers peut être à la fois défendu et condamné. Lorsque les supérieurs hiérarchiques assument des fonctions de contrôle, d'encouragement et de soutien qui aident le personnel à tirer le meilleur parti de ses qualités, ainsi qu'à formuler et à appliquer des jugements sains et indépendants, le rôle d'encadrement est constructif. En revanche, lorsque les supérieurs exercent une domination dans

^a College of Nurses of Ontario, 600 Eglinton Avenue East, Toronto, Ontario, Canada. *Policies related to issuance of certificate of competence*, *College Communiqué*, Vol. 3, N° 1, janvier 1978.

la prise des décisions et «dictent» au personnel infirmier ce qu'il doit faire dans la prestation des soins, le résultat peut être considéré comme préjudiciable. La pratique des soins en série, courante dans la plupart des hôpitaux, doit être condamnée comme l'une des causes principales de la mauvaise qualité des soins infirmiers et comme facteur contribuant au taux élevé de rotation du personnel infirmier et à la mauvaise utilisation des effectifs dans les hôpitaux.

En règle générale, l'encadrement des infirmières par des médecins, dans le domaine des soins infirmiers, produit des effets défavorables. Lorsque les médecins supervisent les infirmières, ils le font dans un cadre de référence médical plutôt qu'infirmier, réduisant souvent par là-même la qualité et aussi la quantité des soins infirmiers dispensés au patient. Le moment est venu de rendre les infirmières légalement responsables de toutes les décisions et mesures dont elles prennent l'initiative dans la pratique des soins infirmiers. Il convient de mettre en place un système qui permette aux infirmières d'accéder aux services consultatifs assurés par d'autres infirmières expertes dans des domaines spécifiques.

4.3 Evaluation des ressources

Il est clair que l'évaluation des ressources, humaines et matérielles, liée à la prestation de soins infirmiers fait partie intégrante du processus infirmier. Une fois que l'on a déterminé les besoins des patients en soins infirmiers et fixé les objectifs généraux, il faut établir les ressources disponibles. Il se peut, en fonction des résultats obtenus, que les objectifs doivent être modifiés. Dans les situations où l'écart entre les objectifs généraux et les ressources est accentué, l'infirmière est parfaitement fondée, c'est évident, à demander une meilleure répartition des ressources. Des études sur les ressources dont on dispose pour réaliser des objectifs concernant une population de patients et portant sur une longue période fourniraient des informations précises en vue de l'attribution des ressources tant financières que sur le plan des effectifs.

Les infirmières doivent élaborer des méthodes d'évaluation des ressources au niveau du patient, du service et de l'hôpital et développer leur compétence dans ce domaine. Traditionnellement, elles acceptent souvent sans murmure l'environnement à la fois humain et matériel dans lequel elles sont appelées à pratiquer les soins

infirmiers. Il leur faut apprendre à établir un rapport entre les ressources et les résultats des soins infirmiers par référence au patient, à leur propre santé et au rendement du travail et s'assurer qu'elles sont bien représentées au moment où l'on planifie l'attribution des ressources. Enfin, elles doivent veiller à ce que leurs collègues auxiliaires ou elles-mêmes n'exercent pas leurs fonctions dans des situations telles que l'insuffisance des effectifs ou des ressources matérielles fasse courir des risques au patient ou ramène la qualité des soins infirmiers au-dessous d'un niveau minimal acceptable.

4.4 Systèmes d'enregistrement et de classification

Les infirmières sont de plus en plus conscientes du fait que l'on n'a pas, dans le passé, enregistré systématiquement ou fidèlement leurs interventions dans le domaine des soins infirmiers, les raisons de ces interventions ou les résultats observés chez le patient. Depuis toujours, le médecin note soigneusement l'état de chaque malade, le traitement appliqué et le résultat des interventions médicales, au moins pour ce qui est de la maladie. Il en est finalement résulté un système de classification qui a facilité l'étude et l'amélioration des soins médicaux.

Comme les infirmières n'ont pas tenu systématiquement de dossiers sur la pratique des soins infirmiers, on a peu d'indications sur les raisons qui ont incité à choisir une action infirmière particulière dans une situation donnée ou quels résultats ont été obtenus lorsque cette action a été accomplie. En conséquence, une grande partie des connaissances et de l'expérience concernant la pratique des soins infirmiers se transmet simplement d'une génération d'infirmières à l'autre. Faute de mise en place d'un système d'archives adéquat, les méthodes de contrôle actuellement utilisées dans l'évaluation des actions médicales perdent une grande partie de leur efficacité lorsqu'on les applique à l'évaluation des soins infirmiers.

Beaucoup d'infirmières ne se satisfont plus de cet état de choses. Elles se rendent compte que les objectifs des soins infirmiers pour ce qui concerne les soins aux malades consistent à obtenir des résultats spécifiques en fonction des problèmes particuliers des patients. C'est seulement en suivant cette voie qu'elles pourront évaluer les services qu'elles assurent, écarter les interventions qui n'apportent pas les résultats escomptés chez le patient,

concevoir et expérimenter de nouveaux types d'intervention, et développer ainsi constamment le volume de connaissances relatives aux soins infirmiers et la technologie qui permettent de les mettre en pratique.

Il manque manifestement à la discipline infirmière une méthode reconnue de classement de l'information et les participants ont admis que la détermination des besoins en soins infirmiers du patient/client est liée à l'existence d'un système de classification. Plusieurs des approches analysées dans la littérature professionnelle sont intéressantes : celle de «l'activité de la vie courante» préconisée par Mlle Roper et d'autres participants au cours des débats a été considérée par le groupe de travail comme l'une des plus utiles. Le système de classification en cours d'élaboration dans le cadre de cette approche présente des possibilités pour l'amélioration de l'organisation et de la gestion des données. Quoi qu'il en soit, aucun système type de classification structuré n'a encore fait son apparition et l'une des tâches principales qu'il convient d'accomplir dans le cadre du programme à moyen terme consiste à définir puis à expérimenter sur le terrain un système type qui assurerait une meilleure gestion de l'information et serait un instrument utile dans la réalisation d'études comparatives.

5. CONSEQUENCES POUR LA FORMATION DU PERSONNEL INFIRMIER

Les trois dernières décennies ont vu intervenir de profondes modifications dans les théories relatives aux soins infirmiers. La somme de connaissances en la matière a augmenté sans qu'elles aient toutefois été incorporées dans la plupart des programmes d'enseignement, tant au niveau de base qu'au niveau supérieur, aussi n'ont-elles pas influencé de manière sensible l'éducation permanente. De nombreuses infirmières en activité ont eu tendance à se tenir à l'écart des innovations intellectuelles et conceptuelles dans la discipline et sont restées attachées aux modes traditionnels de pensée et d'action. Lorsque les méthodes classiques continuent à répondre aux besoins du patient/client en prestation de soins infirmiers, cette position se justifie peut-être entièrement mais, lorsqu'il n'en est pas ainsi, l'infirmière

dessert ses propres intérêts, ceux de la discipline et de la société en général en se cramponnant aux méthodes traditionnelles.

Il conviendrait d'intégrer les théories et les fondements des soins infirmiers, y compris l'utilisation de la méthode du processus de soins infirmiers, dans l'enseignement des soins infirmiers, quel qu'en soit le niveau et le type. L'épidémiologie, les statistiques et l'initiation à l'évaluation de la recherche devraient être enseignées dans les programmes au niveau professionnel et il faudrait assurer la formation permanente et en cours d'emploi à tous les personnels infirmiers, leur offrant des programmes qui visent à développer la connaissance et la compréhension du processus de soins infirmiers, les responsabilités qui font progresser la discipline, les actions propres à favoriser le changement, et la collecte, l'interprétation et l'utilisation de données pour l'amélioration des soins infirmiers.

Les étudiants en soins infirmiers devraient consacrer la plus grande partie de leurs études à l'apprentissage de la théorie aussi bien que de la pratique des soins infirmiers. Certaines matières de la médecine, des sciences techniques ou humaines devraient être inscrites au programme non comme matières principales mais à titre d'appoint. Les cours supérieurs et universitaires destinés aux personnels infirmiers devraient être axés davantage sur un programme avancé en soins infirmiers que sur des matières telles que la pédagogie, l'administration ou une technique médicale (radiologie, anesthésiologie, travaux de laboratoire). Sans doute la connaissance approfondie d'autres disciplines accroît-elle l'aptitude de l'infirmière à adapter et à appliquer leur contenu aux soins infirmiers tout en lui permettant d'élargir son horizon personnel, mais elle ne saurait se substituer de façon valable aux études supérieures faites par l'infirmière dans sa propre discipline.

Les soins infirmiers devraient être enseignés par des infirmières praticiennes compétentes et ayant une connaissance approfondie des théories et des pratiques actuelles de la discipline et spécialement préparées dans le domaine de la formation.

6. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

1. L'évaluation des soins infirmiers dispensés aux malades hospitalisés apparaît insuffisante dans la plupart des cas.

2. L'évaluation des pratiques infirmières n'est pas seulement un épilogue qui se situe au moment où le patient ou client quitte l'établissement de soins; elle fait partie intégrante de chaque étape du processus de soins infirmiers. Les résultats observés chez le patient doivent faire l'objet d'une évaluation à la fin de chacune des actions prévues et les conclusions de cette évaluation doivent être utilisées pour améliorer toutes les étapes du processus.

3. Actuellement, on considère que c'est lorsque les objectifs peuvent être énoncés sous forme de résultats observables ou mesurables chez le patient que l'évaluation est la plus efficace. En matière de soins infirmiers, cependant, certains objectifs et résultats ne sont pas faciles à quantifier et il faut donc élaborer des méthodes qui permettent une évaluation qualitative.

4. Les systèmes d'information des services de santé doivent d'urgence être complétés de façon à comprendre un sous-système d'information infirmière regroupant des données épidémiologiques. Ces données ne peuvent être recueillies que si l'on utilise un cadre de référence infirmier, qui seul pourra fournir une documentation exacte sur le processus de soins infirmiers.

5. Il est urgent de disposer d'une nomenclature qui décrive correctement les éléments des soins infirmiers et qui ait la même signification partout dans le monde. Toutes les phases du processus de soins infirmiers, y compris l'évaluation, en dépendent.

6. Après avoir été dûment testés, le concept de processus de soins infirmiers et les techniques mises en œuvre à chaque étape de ce processus doivent être introduits dans la pratique et dans l'enseignement dispensé au futur personnel infirmier de tous niveaux et de toutes catégories.

7. On s'efforcera d'établir des systèmes efficaces pour motiver et soutenir le personnel infirmier pendant la période de transition.

8. Il faut élaborer dès maintenant des méthodes efficaces pour informer les autres professionnels de la santé, en particulier les médecins, des changements qui interviennent en matière de soins infirmiers. Des méthodes analogues doivent être mises au point pour informer le grand public.

9. Des méthodes efficaces doivent être élaborées pour assurer un échange continu d'information, entre le Bureau régional et les personnes compétentes s'occupant du processus de soins infirmiers à l'échelon national, en ce qui concerne la progression tant du programme à moyen terme relatif aux soins infirmiers et obstétricaux en Europe que des activités menées aux niveaux national et bilatéral.

Annexe I

GLOSSAIRE

Définition des termes utilisés au cours de la réunion du groupe de travail

- Objectif* :^a état de choses mesurable qui doit exister en un lieu et en un temps prédéterminés par suite de la mise en œuvre de certaines méthodes et de certaines ressources.
- Adéquation* :^a état d'un service ayant reçu des fonctions et des ressources suffisantes en nature et en quantité pour lui permettre d'atteindre des objectifs donnés.
- Utilité* :^b avantage que présentent pour l'individu le service, le traitement, le médicament, la mesure de lutte ou de prévention recommandés ou adoptés.
- Efficacité* :^a rapport entre les résultats obtenus par un programme et l'objectif qui, au stade de la planification, était présenté comme devant être atteint par l'exécution de ce programme.
- Rendement* :^a rapport entre le résultat qu'on peut obtenir par l'emploi de ressources déterminées et le résultat qu'on obtiendrait pour une dépense minimale.

^a *Actes officiels de l'OMS*, N°206, 1973 (Etude organique sur les méthodes à employer pour promouvoir le développement des services de santé de base).

^b OMS, Série de Rapports techniques, N°472, 1971 (*Indicateurs statistiques pour la planification et l'évolution des programmes de santé publique* : quatorzième rapport du Comité OMS d'experts des statistiques sanitaires).

Annexe II

LISTE DES PARTICIPANTS

Conseillers temporaires

Mme A. Apostu, Assistante médicale, Ministère de la Santé,
Bucarest, Roumanie

Mlle M.-L. Badouaille, Animateur pédagogique national, Association nationale pour la Formation permanente du Personnel hospitalier (ANFH), Paris, France (*Présidente*)

Mme P. Dittmer,^a Ecole d'Infirmières, Coblenz, République fédérale d'Allemagne

Mlle A. Grauhan, Assistante de Recherche, Bureau du Président, Université libre de Berlin, Berlin (Ouest) (*Vice-Présidente*)

Professeur J.C. Hayward, Chef du Département des Etudes infirmières, Chelsea College, Université de Londres, Royaume-Uni

Mlle I. Kappelmüller, Infirmière en Chef, Académie d'Enseignement infirmier supérieur, Hôpital provincial de la Basse-Autriche, Mödling, Autriche

Mme E. Kum, Professeur associé en Soins infirmiers pédiatriques, Ecole infirmière de l'Université Hacettepe, Ankara, Turquie

Mlle M.J.F. Ledoque, Directrice, Ecole d'Infirmières de l'Université libre de Bruxelles, Belgique

Mlle M. Nosza, Ministère de la Santé, Budapest, Hongrie

^a Frais de participation non pris en charge par l'OMS.

Mlle R. Quenzer, Sous-directrice et chargée de cours, Ecole supérieure d'Enseignement infirmier, Croix-Rouge suisse, Zurich, Suisse

Mlle N. Roper, Administratrice de Soins infirmiers chargée de recherche, Bureau du Délégué principal à la science, Département de l'Intérieur et de la Santé d'Ecosse, Edimbourg, Royaume-Uni (*Rapporteur*)

Mlle R. Schwarz,^a Directrice de cours, Cours pour enseignants en soins infirmiers post-universitaires, Ecole d'Infirmières de l'Université de Heidelberg, République fédérale d'Allemagne

Mlle M. Sorvettula, Secrétaire de la Planification, Fondation de l'Enseignement infirmier, Helsinki, Finlande

Mlle R. Todorovic, Institut des Maladies chroniques et de la Gérontologie, Belgrade, Yougoslavie

Professeur A. Wojtczak, Directeur du Département de l'Education et de la Science, Ministère de la Santé et de l'Assistance sociale, Varsovie, Pologne

Organisation mondiale de la Santé

Bureau régional de l'Europe

Dr Z.J. Brzezinski, Fonctionnaire régional pour l'Epidémiologie

Mlle D.C. Hall, Fonctionnaire régional pour les Soins infirmiers (*Secrétaire*)

Dr D.K. Sokolov, Chef du service du Renforcement des services de santé

Mlle A. Wagner, Conseillère en Soins infirmiers

^a Frais de participation non pris en charge par l'OMS.