

2m11.2727.11

Université de Montréal

Élaboration et validation *a priori* de normes et d'indicateurs  
de qualité du processus des soins infirmiers à domicile

par

Danielle Poirier

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade de  
Maître ès sciences (M. Sc.)  
en sciences infirmières

Mai 1999

©Danielle Poirier



U. 585. 11m8

WY

5

U58

1999

V.027

Université de Montréal

Élaboration et validation de protocoles de normes et d'indicateurs de qualité des processus des soins infirmiers à domicile

par

Danielle Bégin

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières

Mai 1999



Danielle Bégin

Page d'identification du jury

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Élaboration et validation *a priori* de normes et d'indicateurs  
de qualité du processus des soins infirmiers à domicile

présenté par

Danielle Poirier

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Michel Perreault, Ph.D. président

Raymond Grenier, Ph.D. directeur

Édith Ellefsen, M.Sc.inf. co-directrice

Hélène Lévesque-Barbès, Ph.D. membre

mémoire accepté le 24 août 1999

## Sommaire

Cette étude méthodologique avait pour objet l'élaboration et la validation de normes et d'indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers dispensés à domicile. Regroupés sous neuf dimensions de soins infirmiers, 13 normes et 227 indicateurs de qualité ont été élaborés par l'investigatrice à partir des écrits et de son expérience clinique. Ils ont été soumis, pour fin de validation, à un groupe de 15 informateurs-clés, provenant de CLSC de 15 différentes régions du Québec. La technique Delphi a été utilisée et consistait, pour les informateurs-clés, à se prononcer par courrier, au moins à deux reprises, sur la clarté, la pertinence et l'importance de chaque norme et indicateur proposé. Pour qu'une norme ou un indicateur soit considéré valide, le degré d'accord nécessaire a été fixé à 85 % à l'instar des auteurs ayant utilisé la technique Delphi.

L'analyse des réponses a permis d'établir les niveaux de consensus obtenus pour chaque norme et indicateur. Au terme de deux consultations du processus de validation, 12 normes et 208 indicateurs de qualité ont été acceptés par l'ensemble des informateurs-clés. Les résultats obtenus permettent de connaître quels sont pour les infirmières et les infirmiers, ayant développé une expertise au niveau de la pratique des soins infirmiers à domicile, les normes et les indicateurs valides de la qualité des soins infirmiers qu'ils dispensent. Les normes et les indicateurs de qualité peuvent servir de base à l'élaboration d'un instrument de mesure de la qualité.

## Table des matières

Sommaire.....	i
Table des matières.....	ii
Liste des tableaux.....	vi
Remerciements .....	vii
Dédicace .....	viii
Introduction.....	1
<u>Chapitre 1- Problème de recherche</u> .....	3
But de l'étude.....	11
Question de recherche.....	11
<u>Chapitre 2- Recension des écrits</u> .....	12
Partie 1- Principaux concepts relatifs à l'élaboration de normes et	
d'indicateurs de qualité.....	13
Qualité.....	13
Qualité des soins infirmiers à domicile.....	15
Évaluation de la qualité des soins infirmiers.....	17
Approche processus.....	21
Norme et indicateur de qualité.....	24
Norme.....	24

	iii
Indicateur.....	28
Validation de normes et d'indicateurs de qualité.....	33
Instruments de mesure de la qualité des soins infirmiers à domicile.	35
<u>Partie 2- Principaux concepts relatifs à l'exercice infirmier.....</u>	37
Personne.....	37
Santé.....	38
Soin.....	38
Environnement.....	45
<u>Chapitre 3- Méthode de recherche.....</u>	49
Déroutement de l'étude.....	50
Élaboration des dimensions.....	50
Élaboration des normes et des indicateurs de qualité.....	51
Validation de contenu des normes et des indicateurs de qualité.....	54
Formation du groupe d'informateurs-clés.....	55
Critères de sélection.....	55
Recrutement.....	55
Première consultation pour validation auprès d'informateurs-clés.....	56
Première analyse des réponses.....	58
Deuxième consultation pour validation auprès d'informateurs-clés.....	59

	iv
Deuxième analyse des réponses.....	59
Limites méthodologiques.....	59
Considérations éthiques.....	59
<b><u>Chapitre 4- Présentation des résultats</u></b> .....	<b>61</b>
Présentation des résultats au terme de la première consultation du processus de validation.....	62
Présentation des résultats au terme de la deuxième consultation du processus de validation.....	71
Synthèse des résultats.....	74
<b><u>Chapitre 5- Discussion des résultats</u></b> .....	<b>76</b>
Discussion.....	77
Choix de l'approche.....	77
Dimension.....	77
Élaboration de normes et d'indicateurs.....	78
Validation de normes et d'indicateurs.....	78
Grille de validation.....	79
Résultats obtenus.....	80
Recommandations.....	80
Conclusion.....	82
Références.....	84

	v
Appendices.....	93
<u>Appendice A</u> - Dimensions et normes de pratique des soins infirmiers selon la littérature.....	94
<u>Appendice B</u> - Proposition de dimensions, de normes et d'indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile.....	96
<u>Appendice C</u> - Régions sociosanitaires du Québec.....	112
<u>Appendice D</u> - CLSC participants.....	114
<u>Appendice E</u> - Lettre d'explication pour les responsables de soins infirmiers en CLSC.....	118
<u>Appendice F</u> - Lettre d'explication pour les informateurs-clés pour la première consultation du processus de validation.....	121
<u>Appendice G</u> - Formulaire pour la première consultation du processus de validation.....	129
<u>Appendice H</u> - Lettre d'explication pour les informateurs-clés pour la deuxième consultation du processus de validation.....	131
<u>Appendice I</u> - Formulaire pour la deuxième consultation du processus de validation.....	134
<u>Appendice J</u> - Normes et indicateurs de qualité valides du processus de soins infirmiers à domicile.....	154



## Liste des tableaux

<u>Tableau 1</u>	
Les dimensions, les normes et le nombre d'indicateur.....	52
<u>Tableau 2</u>	
Exemple de la grille de validation.....	58
<u>Tableau 3</u>	
Résultats globaux au terme de la première consultation du processus de validation.....	62
<u>Tableau 4</u>	
Résultats pour chaque norme et indicateur au terme de la première consultation du processus de validation.....	63
<u>Tableau 5</u>	
Résultats globaux au terme de la deuxième consultation du processus de validation.....	71
<u>Tableau 6</u>	
Résultats pour chaque indicateur au terme de la deuxième consultation du processus de validation.....	72
<u>Tableau 7</u>	
Résultats globaux au terme des deux consultations du processus de validation...	75

## Remerciements

J'aimerais exprimer ma reconnaissance à mon directeur M. Raymond Grenier, Ph.D., professeur titulaire à la faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, pour son accueil, ses précieux conseils et son appui tout au long de mon cheminement.

Je tiens également à remercier ma co-directrice Mme Edith Ellefsen, M. Sc. inf., professeure au département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi qui m'a offert, dès le début, son soutien et sa disponibilité.

Aussi, j'aimerais adresser un merci tout à fait spécial à Mme Danielle Boulianne, directrice des soins infirmiers au CLSC du Grand Chicoutimi, pour avoir favorisé le support technique nécessaire à la réalisation de ce projet.

Également, je désire exprimer ma gratitude à plusieurs personnes qui m'ont appuyée à divers moments au cours de ce travail; Mme Ginette Lapointe, Mme Léa Lapointe, M. Michel Poirier, Mme Linda Gagnon ainsi que Mme Francine Guilbault.

Enfin, je tiens à remercier particulièrement toutes les infirmières et l'infirmier, qui à titre d'informateurs-clés, ont contribué à la réalisation de cette étude.

Dédicace

À Mario,

## Introduction

Des considérations professionnelles, légales et sociales amènent le personnel infirmier à se préoccuper de la qualité des soins infirmiers. La mesure et l'évaluation de la qualité des soins infirmiers constituent des processus incontournables en vue d'améliorer de façon continue la qualité des soins infirmiers dispensés à domicile dans la communauté à des clientèles diversifiées.

Dans ce contexte, les CLSC sont confrontés à une difficulté importante: le manque d'instrument de mesure de la qualité des soins infirmiers valide et fiable. Ainsi, l'absence de normes et d'indicateurs de qualité, fait en sorte qu'il est impossible de mesurer la qualité afin d'évaluer si les soins complexes et diversifiés dispensés à domicile sont adaptés, adéquats et pertinents.

Dans cette étude, l'investigatrice s'est intéressée à l'élaboration de normes et d'indicateurs de qualité du processus de soins infirmiers à domicile et à leur validation par des infirmières et un infirmier ayant développé une expertise dans ce domaine.

Ce mémoire comprend cinq chapitres. Le premier chapitre décrit le problème de recherche. Le second chapitre est une recension des écrits qui porte sur les concepts relatifs à l'élaboration et à la validation de normes et d'indicateurs de qualité ainsi que sur des concepts relatifs à l'exercice infirmier à domicile. Le troisième chapitre, la méthode de recherche, présente le cheminement qui a conduit à l'élaboration et à la validation de normes et d'indicateurs de qualité. Les résultats obtenus sont présentés dans le quatrième chapitre. Finalement, le cinquième chapitre présente une discussion portant sur la

méthode d'investigation ainsi que sur les recommandations pour orienter la poursuite de ce travail.

# **Chapitre 1**

## **Problème de recherche**

Au Québec, la réforme du système de la santé et des services sociaux axée sur le citoyen, dévoilée le 7 décembre 1990, ainsi que la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992<sub>a</sub>), privilégient les services à domicile comme une stratégie d'adaptation des services publics aux besoins de personnes en perte d'autonomie.

Pour rejoindre ces personnes il y a, entre autres, les CLSC (Centre local de services communautaires). À titre d'établissements sociosanitaires de première ligne, les CLSC ont acquis une expertise et sont des acteurs majeurs dans le domaine du maintien à domicile depuis la mise en place, par le ministère des Affaires sociales du Gouvernement du Québec en 1979, de la politique de services à domicile (FCLSC, 1991). À cette fin, le centre s'assure que les personnes qui requièrent de tels services, pour elles-mêmes ou pour leur famille, soient rejointes, que leurs besoins soient évalués et que des services de qualité requis leur soient offerts à leur domicile, si nécessaire.

Les services à domicile, que l'on retrouve dans un programme de maintien à domicile en CLSC, consistent principalement en cinq grands secteurs d'intervention, soit les soins, la réadaptation, le psychosocial, l'aide et le soutien aux proches, qui regroupent des services de répit et de dépannage (MSSS, 1994). Offerts par différents professionnels de la santé, les objectifs de ces services à domicile consistent à apporter aux personnes dans leur milieu de vie naturel, un soutien de nature préventive, curative ou palliative, de réadaptation et de réinsertion sociale relativement aux activités de la vie quotidienne domestique et sociale.

Les soins infirmiers à domicile font partie de cette gamme de services et jouent un rôle de premier plan dans l'atteinte des objectifs de santé (FCLSC, 1992). La contribution

des infirmières et infirmiers qui travaillent dans la communauté (Zotti, Brown et Stotts, 1996) est bien reconnue pour permettre à des personnes vivant un problème de santé de vivre, guérir ou mourir chez elles, entourées de leurs proches. À cet effet, une grande variété d'activités de soins infirmiers à domicile sont dispensés à court, moyen ou long terme (FCLSC, 1992).

La clientèle visée par les soins infirmiers à domicile offerts par les CLSC représente toute personne en perte d'autonomie, vulnérable, qui présente une altération temporaire ou chronique de son état de santé nécessitant des traitements de soins infirmiers réalisables de façon sécuritaire à domicile. Plus spécifiquement, ce sont des personnes malades, convalescentes, post-hospitalisées, en phase postopératoires ou en phase terminale. (FCLSC, 1991).

Or, dans ce contexte, le personnel infirmier à domicile ne peut se soustraire à l'obligation de donner un service et un soin de qualité et d'évaluer la qualité de ces soins. En effet, des considérations d'ordre professionnel, légal, et socio-économique le confirment.

L'obligation professionnelle fait référence à la notion d'imputabilité et au sens des responsabilités que doit avoir tout professionnel. À ce sujet, Grenier (1996) affirme que le développement continu de la qualité est une responsabilité éthique qui doit être assumée par tout professionnel dans chacune des dimensions de sa pratique. Aussi, en tant que membre d'une profession autoréglémentée qui veille au bien-être de la population, les infirmières et infirmiers sont guidés par des normes de pratique ou des principes (AIIC, 1993; ANA, 1986, 1991<sub>a</sub>; OIIQ, 1996). Ces guides définissent ce qu'on entend par une



pratique infirmière acceptable. Elles servent de base et peuvent être améliorées et affinées par le personnel infirmier dans la pratique et par la recherche.

L'obligation légale est liée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (Gouvernement du Québec, 1997), le Code des professions (Gouvernement du Québec, 1996), le Code de déontologie des infirmières et infirmiers (1996) et la Loi sur les infirmières et infirmiers (Gouvernement du Québec, 1997). À titre d'exemple, l'article 207 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux stipule que la directrice ou le directeur des soins infirmiers de chaque établissement doit surveiller et contrôler la qualité des soins dispensés dans le centre. De plus, le CII (Conseil des infirmières et infirmiers), créé en vertu de cette loi (1991), qui représente l'ensemble du personnel infirmier comme dans un CLSC a parmi ses mandats, celui d'apprécier de manière générale la qualité des actes infirmiers posés dans le centre (Article 220, 1°)

Outre cette double obligation professionnelle et légale, les infirmières et les infirmiers ont une obligation sociale relativement à la qualité des soins. Laurin (1993) faisait remarquer que " devant l'ampleur et la constance de l'augmentation des coûts en matière de santé et devant l'importance du mandat qui lui est confié, le personnel infirmier doit rendre des comptes en démontrant publiquement comment il utilise les ressources fournies par les deniers publics, comment il s'acquitte de son mandat et que le service est effectivement de qualité " (p.12).

Toutefois, malgré ces considérations, une étude effectuée par l'OIIQ en 1994 sur l'exercice infirmier en CLSC, démontre que dans 94 % des CLSC au Québec, il n'existe ni programme d'évaluation de la qualité des soins infirmiers, ni outil, ni méthode à cet effet.

Selon Grenier, Drapeau et Desautels, (1989), l'évaluation de la qualité des soins infirmiers consiste essentiellement à comparer de façon objective la réalité des soins infirmiers avec des normes et des critères acceptés. L'absence de tels normes et indicateurs de qualité valides pour le secteur des soins infirmiers à domicile offerts par les CLSC du Québec, fait en sorte qu'il est impossible de mesurer la qualité afin d'évaluer si les soins complexes et diversifiés qui sont dispensés, sont adaptés, adéquats et pertinents.

Mais pourquoi n'y a-t-il pas de normes et d'indicateurs valides de qualité des soins infirmiers à domicile ? D'abord, la structure organisationnelle en CLSC, caractérisée par une division par programme sur la base d'équipes multidisciplinaires, favorise la résistance à la mise en œuvre d'un processus d'évaluation unidisciplinaire de la qualité. De plus, l'absence dans les CLSC, de ce que Mintzberg (1983) appelle la technostructure, une partie de la structure organisationnelle dans laquelle on retrouve des spécialistes chargés d'analyser le travail pour le rendre plus efficace, a pour effet de rendre toute opération d'évaluation de la qualité des soins infirmiers difficile et lourde à porter pour les CLSC. La difficulté peut être reliée, comme le dit Badouaille (1982), à la maîtrise des procédures d'évaluation et à la complexité des outils de recherche, compte tenu des facteurs temps, argent, adéquation et connaissances. Aussi, l'absence dans chacun des CLSC, depuis leur création jusqu'à la réforme de 1990, d'une infirmière ou d'un infirmier cadre ayant un mandat officiel de responsable des soins infirmiers a certes contribué à l'absence de normes et d'indicateurs spécifiques à l'intérieur d'un programme d'évaluation de la qualité dans le secteur des soins infirmiers à domicile (OIIQ, 1994). Aussi, le contexte souvent chargé d'émotivité, caractérisé par des conflits, le stress ou par des rapports de pouvoir

dans lequel peut se déployer un processus d'évaluation, offre une raison de résister (FCLSC, 1989).

D'autre part, la définition des activités reliées au processus de soins infirmiers à domicile, sous forme de normes et d'indicateurs de qualité, est très complexe dans ce secteur qui connaît depuis quelques années de nombreuses modifications. En effet, les besoins de la population en matière de soins infirmiers à domicile ont augmenté et se sont diversifiés. Les personnes âgées et les personnes handicapées y occupent une place de plus en plus importante et l'émergence de d'autres clientèles avec d'autres besoins demandent constamment des ajustements au niveau de la pratique des soins infirmiers. Nous faisons référence à l'accroissement de la diversité culturelle; à l'appauvrissement de la population; à l'augmentation de la demande de soins palliatifs dispensés à des personnes atteintes de cancer et de sida; au virage ambulatoire qui vise un retour plus rapide de la clientèle à leur domicile à la suite d'un séjour en milieu hospitalier pour un problème de santé ou une chirurgie d'un jour; au mouvement de désinstitutionnalisation et de non-institutionnalisation; et à la découverte et à l'usage de nouvelles technologies qui permettent des traitements médicaux à domicile.

De plus, le personnel infirmier à domicile doit ajuster ses approches aux valeurs et aux objectifs véhiculés par les soins de santé primaires (OMS, 1978), la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (OMS, Santé et Bien être social. Canada, Association canadienne de santé publique, 1986), la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) et les nouvelles orientations de l'exercice de la profession d'infirmière (OIIQ, 1996<sub>a</sub>). À titre d'exemples, retenons les objectifs suivants: favoriser les actions de

promotion de la santé pour permettre le développement de conditions favorables à la santé; soutenir et impliquer davantage la clientèle dans la prise de décision; favoriser la prise en charge par la personne, ou sa famille, de sa santé en faisant la promotion des auto-soins; rendre le service des soins à domicile accessible; agir pour ou avec des groupes vulnérables; favoriser le partenariat avec la personne, la famille et les organismes communautaires; encourager la mobilisation du réseau; s'occuper de la défense des droits de la personne; trouver les solutions les plus efficaces et les moins coûteuses; assurer la continuité et la complémentarité des soins; rechercher la collaboration interdisciplinaire et inter-établissement.

Dans un tel contexte, l'élaboration et la validation de normes et d'indicateurs de qualité spécifiques pour le secteur des soins infirmiers à domicile, permettrait dans un deuxième temps, la construction d'un instrument de mesure de la qualité dans ce domaine. Car pour poser un jugement sur la qualité de soins infirmiers à domicile en CLSC, encore faut-il être capable de la mesurer. Comme le précisent Ouellet, Bernier et Grenier (1996), sans instrument de mesure, il est impossible de se prononcer de façon objective sur la qualité des soins et des services. Or, mesurer la qualité des soins consiste à recueillir des informations et à les organiser en vue de leur interprétation (Grenier, 1996)

En somme, l'élaboration et la validation d'indicateurs de qualité rendraient possible la mesure de la qualité des soins infirmiers et offrirait le moyen de porter un jugement de valeur par rapport à la situation souhaitée. De tels normes et indicateurs orienteraient et donneraient davantage de sens pour évaluer la qualité des soins dispensés à domicile et pour justifier des stratégies de maintien ou d'amélioration continue de la qualité.

Or, devant l'ampleur du travail que représente la construction d'un instrument de mesure, nous nous limiterons, dans le cadre de cette étude, à la réalisation de deux étapes préliminaires que sont l'élaboration de normes et d'indicateurs de qualité et leur validation de contenu. Des normes et des indicateurs de qualité, élaborés à partir des écrits et de la pratique en milieu clinique, exigent d'être validés, c'est à dire, reconnus et acceptés par voie de consensus par le personnel infirmier qui dispense des soins à domicile. A ce titre, le personnel infirmier est le seul à pouvoir reconnaître et à accepter comme valides des normes et des indicateurs de qualité propres à leur pratique (Grenier, 1996).

Également, des trois approches classiques dans le domaine de l'évaluation de la qualité, structure, processus et résultat développées par Donabedian (1986), nous nous limiterons à des normes et à des indicateurs de processus. Ceux-ci concernent les soins infirmiers tels que les dispense l'ensemble du personnel infirmier travaillant à domicile rattaché aux différents CLSC du Québec et tels que les reçoivent les clients (Laurin, 1993).

Si l'approche structure n'est pas retenue dans cette étude, c'est parce que chaque CLSC dispose d'une structure ou d'un contexte de soins infirmiers qui lui est propre. Pensons aux locaux dans lesquels sont dispensés les soins, l'équipement et le matériel nécessaire à leur exécution, le type de dossier de soins utilisés ou les protocoles de soins élaborés (Spadoni, 1982).

Quant à l'approche résultat, elle est également non retenue. Comme le dit Laurin (1993) il est préférable de développer l'approche résultat lorsque les évaluateurs sont déjà familiarisés avec l'approche processus. Elle ajoute que cette approche présente de

nombreuses difficultés comme celle de distinguer l'apport de chaque professionnel et le fait de réussir à s'entendre sur des normes et des comportements souhaitables qui reflètent une bonne santé.

#### But de l'étude

Cette étude méthodologique a pour but l'élaboration et la validation de contenu de normes et d'indicateurs de la qualité de processus des soins infirmiers dispensés à domicile.

#### Question de recherche

Quels sont pour les infirmières et infirmiers ayant développé une expertise au niveau de la pratique des soins à domicile, les normes et les indicateurs valides représentant la qualité des soins infirmiers qu'ils dispensent?

## **Chapitre 2**

### **Recension des écrits**

Cette recension des écrits vise dans une première partie à rendre compte de la pensée des auteurs les plus importants sur des concepts relatifs à l'élaboration et à la validation de normes et d'indicateurs de qualité comme: la qualité; la qualité des soins infirmiers à domicile; l'évaluation de la qualité des soins infirmiers; l'approche processus; les normes et les indicateurs de qualité; la validation de normes et d'indicateurs; les instruments de mesure de la qualité des soins infirmiers à domicile. La deuxième partie consiste à définir le processus de soins infirmiers à domicile à l'aide de concepts relatifs à l'exercice infirmier soit: la personne; la santé; le soin; et l'environnement.

#### Partie 1- Principaux concepts relatifs à l'élaboration de normes et d'indicateurs de qualité.

##### Qualité.

La définition du terme qualité, comme celui de la santé, ne fait pas consensus. Il trouve résonance chez chaque individu et c'est probablement ce qui rend cette notion si difficile à définir de façon claire et précise (Brunelle, 1993). En effet, pour Bauman (1991) la définition de la qualité peut varier si on est des dispensateurs de soins, des clients ou des administrateurs. Les dispensateurs de soins définissent la qualité en fonction d'une technologie sophistiquée ou thérapeutique efficace. Les clients perçoivent la qualité au niveau de l'équipement et de la compétence des professionnels. Quant aux administrateurs, ils utilisent des termes tels la durée du séjour, la relation coût/efficacité ou la pertinence.

La qualité peut être définie comme une variable reflétant un point spécifique ou un intervalle sur un continuum ou sur une échelle de valeurs pratique (Jacquerye, 1983;



Schmadl, 1979). À ce sujet, la qualité est le plus haut standard de soins qui peut être souhaité, compte tenu des ressources humaines et matérielles disponibles (Connington et Dupuis, 1990; Grenier, 1993). Toutefois, parce qu'elle est fonction de différents facteurs tels le schème de référence utilisé, l'unité d'analyse, les attentes, les ressources, etc., la qualité n'est pas une constante universelle mais une mesure relative et elle est significativement contextuelle (Schmadl, 1979). Par exemple, la qualité des soins infirmiers peut être définie différemment dans un centre de soins aigus et un service de soins à domicile.

D'un autre point de vue, Heuse (1983) considère la qualité comme un ensemble de caractéristiques mesurables (indicateurs de qualité), que l'on attend d'un soin ou d'un service pour satisfaire un besoin défini, que nous devons comparer à un ensemble de valeurs considérées de niveau optimal (normes de qualité).

D'autres définitions font référence à la notion de qualité totale qui s'étend à toutes les activités internes et externes d'une institution, à chaque individu, clients et utilisateurs. La qualité totale est à la fois un objectif à atteindre, une manière de penser, une façon d'agir. C'est une philosophie de gestion. Dans ce contexte, la qualité doit être un objectif et une préoccupation pour l'organisation et pour tous ceux et celles qui y travaillent. Aucune décision, aucune réalisation et aucun geste ne doit être posé sans en avoir évalué l'impact sur la qualité (Perreault, 1992). Ainsi, la qualité d'un bon ou d'un mauvais service est son aptitude à satisfaire le besoin d'un client, en respectant ses exigences de qualité, de temps, de lieu, de coût, ainsi que les contraintes de l'environnement, des actionnaires, des gouvernements et des législateurs (Brunelle, 1993; Clément, 1993; Soucaret, 1992).

Dans une perspective axée sur la personne, le Groupe Secor inc. (1994) conçoit la qualité en CLSC comme étant la conformité aux besoins réels et aux attentes de la personne et constitue un des trois volets de la performance d'un CLSC. Cette performance résulte non seulement de la qualité offerte (Les personnes sont-elles satisfaites?) mais également de la productivité (Les ressources sont-elles bien gérées?) et de l'impact dans la communauté (La santé globale de la communauté s'améliore-t-elle?).

Quant aux facteurs qui déterminent la qualité des soins, ce sont: a) l'accessibilité aux soins; b) l'à-propos des soins; c) l'efficacité des soins; d) l'efficience des soins; e) le degré d'adéquation des soins; f) la continuité des soins; g) la protection de la vie privée des personnes; h) le respect de la confidentialité des soins; i) la participation de la personne et de sa famille dans la prise de décision sur des sujets pertinents à sa santé; j) la sécurité de l'environnement; k) la disponibilité des ressources quant aux espaces requis, l'équipement et les médicaments; l) la qualité scientifique et technique; m) l'acceptabilité; n) la légitimité; o) l'équité; p) l'acceptabilité (Donabedian, 1992; Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organisations, 1989; Vuori, 1984).

#### Qualité des soins infirmiers à domicile.

Très peu d'écrits font mention de la qualité des soins infirmiers à domicile offerts par les CLSC du Québec. Aussi dans ce domaine, l'absence de normes et d'indicateurs de qualité de processus universellement reconnus démontre bien un manque de travaux de recherche et de consensus à ce sujet. Toutefois, selon la Fédération des CLSC (1992), trois mécanismes semblent majeurs pour favoriser une pratique de soins infirmiers de

qualité en CLSC, ce sont: a) des mécanismes d'encadrement et de soutien professionnels; b) des mécanismes favorisant le travail en équipe multidisciplinaire; c) le développement d'outils pertinents. En effet, pour assurer la qualité des soins infirmiers en CLSC, il apparaît souhaitable que les infirmières et les infirmiers jouissent d'un support professionnel et administratif pour, entre autres, appliquer une démarche clinique selon la conception des soins infirmiers préconisée et le modèle conceptuel choisi, le cas échéant (FCLSC, 1992).

Pour faire état de la recherche dans le domaine de la qualité des soins infirmiers à domicile au Québec et aux États-Unis, mentionnons que les études utilisant l'approche résultat, comme la perspective du client face à la qualité des soins, semblent privilégiées. À cet égard, Lévesque (1995) ajoute même que l'intérêt envers les attentes et les opinions sur la satisfaction des consommateurs de soins face à la qualité des soins infirmiers, augmente de plus en plus chez les chercheurs. En effet, elle cite dans une recension des écrits, 27 recherches effectuées entre les années 1991 et 1993, sur les perceptions et la satisfaction de la clientèle soignée à domicile.

Dans ce sens, une étude effectuée au Québec demandée par la FCLSC au Groupe Secor (1994), a mis en lumière 11 indicateurs de satisfaction (résultat) à partir des attentes de clients envers la qualité des services dispensés en CLSC. Reliés au concept de soins et service que les CLSC entendent privilégier ces indicateurs sont: a) l'accessibilité; b) l'apaisement; c) la dignité; d) l'empathie; e) la responsabilisation; f) la solidarisation; g) la facilité; h) la fiabilité; i) l'intimité qui assure à l'individu une relation privée,

confidentielle, étroite et familière; j) la propreté des lieux; k) la rapidité du temps de réaction à une demande.

Axée également sur la satisfaction de la clientèle, on retrouve au Québec une étude exploratoire de Lévesque (1995), ayant trait à la perception des personnes âgées face à la qualité des soins infirmiers reçus à domicile. Ce travail a permis l'identification et la classification d'indicateurs de satisfaction. Ce sont: a) l'individualisation des soins caractérisée par la méticulosité dans les soins, être considéré comme une personne, recevoir de l'information, avoir un suivi pour les examens et les traitements, recevoir des conseils et des encouragements; b) le soutien émotionnel ou se sentir en sécurité, avoir une continuité des soins et de la confiance; c) l'écoute attentive ou la façon d'être de l'infirmière, ses qualités, la relation interpersonnelle, ses compétences professionnelles et ses attitudes.

### Évaluation de la qualité des soins infirmiers.

Plusieurs auteurs ont cherché à clarifier ce qu'est l'ÉQSI (l'Évaluation de la qualité des soins infirmiers). Pour Donabedian (1992), l'*évaluation* signifie la détermination du degré de qualité des soins de santé. Il ajoute, d'habitude l'évaluation de la qualité permet de voir si quelque chose a besoin d'être fait et de voir ce qui est fait avec succès.

*Évaluer une qualité* consiste à estimer l'écart existant entre une situation observée et une situation considérée comme optimale. Pour ce faire, évaluer exige de préciser des indicateurs, de recueillir des données objectives et systématiques à partir de la réalité et de vérifier l'adéquation entre les deux (Jacquerye; 1983; Spadoni; 1982).

Pour préciser ce qu'est l'ÉQSI, Grenier et coll. (1989) proposent la définition suivante: évaluer la qualité des soins consiste à comparer de façon objective la réalité des soins infirmiers avec des normes et des indicateurs acceptés. Cette évaluation peut tenir compte ou non des éléments de la structure organisationnelle de l'établissement. Elle porte essentiellement sur les activités reliées aux soins de la part du personnel infirmier, ou sur les résultats de soins dispensés et qui sont justement attribuables aux interventions du personnel infirmier.

De l'avis de Heuse (1983), l'ÉQSI se doit d'explorer deux différents domaines. Celui de l'acte technique et celui de la qualité de la relation humaine ou l'art du soin. En effet, comme l'expliquent Flynn et Ray (1987), la technique de soin inclut l'aspect scientifique du soin, le diagnostic et le processus thérapeutique. L'art du soin fait référence au milieu, à la manière et aux comportements du professionnel qui fournit le soin ainsi que la communication avec les personnes. Ces deux éléments influencent l'ensemble de la qualité des soins.

Plus largement, l'ÉQSI constitue l'une des facettes du programme d'amélioration continue de la qualité des soins et des services dans un établissement de santé. Comme le précise Grenier (1992), il convient de s'assurer que l'ÉQSI est un processus qui s'inscrit dans un projet global d'établissement plutôt qu'une activité parmi tant d'autres d'une direction des soins infirmiers. Aussi, la qualité est une responsabilité qui doit être assumée par les administrateurs, les professionnels et les employés d'un établissement.

D'autre part, toute évaluation semble reposer sur plusieurs principes. D'après Jacquerye (1983), l'ÉQSI évalue l'ensemble des soins délivrés à un groupe de personnes

par un groupe d'infirmières ou d'infirmiers et d'aides. L'ÉQSI ne mesure pas la compétence de l'infirmière ou de l'infirmier prise individuellement. Le but essentiel de l'ÉQSI vise, en fait, à pouvoir améliorer par la suite le niveau d'ensemble des soins délivrés aux personnes. Chaque instrument de mesure a ses limites dont il importe de tenir compte, faute de quoi, il peut devenir dangereux en induisant une fausse impression de qualité. Spadoni (1982) ajoute qu'on ne peut évaluer toutes les techniques ni toutes les situations de soins, faute de temps, mais aussi parce qu'une évaluation exhaustive au niveau d'un service ou d'une population de clients est inutile. Aussi, les indicateurs de qualité élaborés pour évaluer un soin ne peuvent servir tels quels pour une autre évaluation du même soin donné dans un contexte différent. Enfin, du point de vue de Drapeau (1993), l'évaluation n'a de sens que dans une perspective où elle nous fournit des indications sur les points forts à maintenir et les lacunes que nous devons améliorer. Elle devient alors un processus dynamique et fort enrichissant pour toutes les parties impliquées. L'évaluation dépasse le contrôle car elle contient un élément d'enrichissement professionnel, une idée d'amélioration du service rendu (Badouaille, 1982).

On retrouve différents types d'évaluation. Il y a d'abord l'évaluation prospective ou concomitante. D'après Sale (1990), l'évaluation *prospective* regroupe les méthodes utilisées en vue d'évaluer la qualité des soins alors que la personne est encore hospitalisée ou inscrite au service des soins infirmiers à domicile. Elle inclut: l'examen de dossiers ouverts, l'observation et l'entrevue avec la personne, l'entrevue du personnel et les conférences de groupe (personne et sa famille) (Jacquerye, 1983).

Le deuxième type est l'évaluation *rétrospective* qui vise à évaluer l'intervention de soins infirmiers à domicile à posteriori. Elle nécessite l'existence d'un dossier de soins comprenant les données relatives à l'activité de l'infirmière ou de l'infirmier ainsi que le choix préalable des éléments de qualité à rechercher (Spadoni, 1982).

Pour ce qui est du processus d'évaluation de la qualité des soins infirmiers, Drapeau (1993) propose les étapes suivantes. Celles-ci ont été inspirées des quatre phases de la démarche de résolution de problèmes et du cycle de qualité de Youssef (1992):

- 1) la planification du processus consiste à définir le contexte de l'évaluation, à inventorier les problèmes de qualité, à choisir les grandes orientations de l'évaluation selon des thèmes: clientèle, objectifs, ressources, plan d'action, responsabilités, calendrier des activités;
- 2) le démarrage du processus consiste à définir les responsabilités, impliquer les personnes concernées, à former le personnel, à développer l'instrument s'il y a lieu, à procéder à la mesure, à compiler les résultats, à produire et à transmettre les rapports;
- 3) la réaction aux résultats qui consiste à analyser les résultats, à choisir les lacunes à corriger, à identifier les causes, à se fixer des objectifs, à choisir/appliquer les moyens d'action et à évaluer les résultats des correctifs;
- 4) l'ajustement du processus en vue d'en optimiser les résultats consiste à analyser les résultats du processus, à identifier les lacunes et leurs causes, à réviser le processus pour corriger les lacunes et finalement à reprendre un nouveau cycle d'évaluation.

### Approche processus.

Lorsque l'on souhaite évaluer la qualité des soins dispensés à domicile dans les CLSC, trois approches peuvent être considérées. Il s'agit des approches touchant la structure, le processus et les résultats (Donabedian, 1966). Pour mener à bien l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, Donabedian (1992) suggère de sélectionner un mélange de normes et d'indicateurs retenus dans chacune de ces approches. Il ajoute que les éléments de la structure mènent au processus qui eux-mêmes, conduisent aux résultats. Dans ce sens, l'approche tripartite aide à conduire une évaluation multidimensionnelle de la qualité, elle favorise l'identification des causes aux problèmes de qualité et augmente la confiance dans la validité des conclusions au sujet de la qualité. Cependant, comme le soulignent Schmald (1979) et Jacquerye (1983), des raisons techniques et pratiques forcent beaucoup d'auteurs à abandonner l'approche tripartite au profit de l'approche bipartite processus-résultat.

L'approche processus, traitée dans cette étude, concerne tout ce qui est fait pour le client (Donabedian, 1992). Cette approche met l'accent sur les comportements ou sur la façon dont sont accomplies les activités reliées aux soins dispensés par le personnel infirmier. Le point de référence devient alors la façon dont le personnel infirmier procéderait idéalement dans ses activités reliées aux soins des personnes et cela, compte tenu de l'état actuel des connaissances, de la technologie et de l'art des soins infirmiers et compte tenu également des contraintes avec lesquelles l'infirmière ou l'infirmier doit normalement composer avec la réalité de tous les jours (Grenier et coll., 1989). Quant à Spadoni (1982), l'approche processus vise à identifier comment sont donnés les soins,



comment sont assurés la planification des activités du personnel, le confort et la sécurité des malades, leur information et leur éducation. Pour Zlotnick et Decker (1991) l'approche processus comprend les interventions reliées aux activités cliniques que sont la collecte des données, la planification, l'enseignement, le traitement, la référence et le soutien.

Pour plusieurs auteurs, le choix d'un modèle conceptuel fournit un cadre de référence pour chacune des activités reliées au processus de soins (Cormack et Raynold, 1992; Schmele et Donabedian, 1996). À titre d'exemple, Shiber et Larson (1991) guidées par la théorie du soin humain de Watson, mentionnent que le processus représente les activités de caring lorsque l'infirmière dispense des soins. Ces auteures proposent des indicateurs de processus regroupés selon trois classes, ce sont: a) la compétence dans les techniques de soins physiques (connaissances, habilité à évaluer la tâche, compétence à soigner); b) les attributs personnels (humeur, flexibilité, non-jugement, honnêteté, dignité, respectabilité, amabilité, prévenante, gentillesse, patience, humanisme, spiritualité, et capacité d'éduquer); c) la communication ou l'interaction (compassion, empathie, sensibilité, disponibilité, à l'écoute, implication, non-possessif, congruence entre la parole et le comportement, responsable, opportun). Pour compléter les éléments constituant l'approche processus, l'OMS (1988) inclut la continuité des soins et l'application de protocoles et de techniques de soins.

En somme, d'après ces quelques auteurs, définir le processus consiste à identifier comment sont dispensés les soins infirmiers et fait référence aux attributs personnels, à la

communication interpersonnelle, à l'utilisation d'un modèle conceptuel et d'une démarche clinique, aux méthodes d'intervention et d'enseignement et à la continuité des soins.

Laurin (1993) fait ressortir les avantages et les difficultés d'utiliser l'approche processus. Comme avantages, cette approche met l'accent sur l'aspect professionnel de la pratique, elle est valorisante et enrichissante pour les infirmières. Par leurs connaissances, leurs capacités et leurs techniques les infirmières exercent le contrôle sur leur pratique professionnelle. Aussi, cette approche permet un contrôle permanent et rapide des activités infirmières et donne une preuve directe que le client reçoit des soins de qualité. Par exemple, la méthode de Phaneuf, l'audit, évalue la qualité du processus des soins infirmiers, sur une base rétrospective, en vérifiant l'exécution des soins mentionnés dans les dossiers infirmiers. En fait, on cherche dans le dossier infirmier la preuve de la planification et de l'exécution des activités infirmières. Comme le mentionne Heuse (1983), l'audit sert à évaluer rapidement l'efficacité de mesures techniques et permet d'élaborer rapidement des recommandations pour prévenir, réduire et éliminer les défauts. Cette vérification à caractère officiel implique un rapport final après l'examen des données (Laurin, 1983).

D'autre part, les difficultés liées à l'approche processus, concernent la mise à jour constante des indicateurs de bons soins et la révision des instruments de mesure et leur pertinence. Aussi, devant l'urgence de produire un document, les infirmières ou infirmiers oublient parfois de s'inspirer des résultats de recherches effectuées en sciences infirmières pour établir ce en quoi consistent de bons soins. De plus, Laurin (1983) fait ressortir le danger que des interventions de soins infirmiers puissent se transformer en

rituel. Aussi, comme le dit Spadoni (1982) cette mesure est une indication valable, mais une pratique infirmière, même très satisfaisante, n'est pas toujours déterminante dans l'amélioration de l'état de santé de la personne soignée. Enfin, elle ajoute que tout n'est pas mesurable comme la relation personnalisée infirmière-client ou la démarche intellectuelle pour définir des objectifs de soins, pour planifier et entreprendre des actions qui relèvent du domaine de compétence de l'infirmière.

### Norme et indicateur de qualité.

#### Norme.

Pour mesurer et évaluer la qualité des soins infirmiers on doit d'abord être capable de décrire ce qu'ils sont. À cette fin, il est nécessaire d'identifier des normes de qualité. Une norme est une conception générale et valide de ce qui est bon (Donabedian, 1986; Sale, 1990). Elle correspond à un état habituel et elle est établie par une étude descriptive de l'ici et maintenant d'une population donnée (Laurin, 1983). Une norme oriente la comparaison entre la réalité des soins infirmiers et un certain idéal à atteindre (Grenier et coll., 1989).

D'après Heuse (1983) on retrouve différents degrés pour une norme. La norme *optimale* est une limite vers laquelle la production doit tendre, elle représente la qualité idéale à atteindre. La norme *réalisable* est le niveau de qualité qui satisfasse une proportion suffisante de consommateurs. La norme *minimale* est une sorte de point de non-retour en deçà duquel un danger existe; c'est une zone d'alarme à partir de laquelle le

service de gestion de qualité déclenchera soit une surveillance particulière, soit l'arrêt immédiat de la production, soit des mesures de correction sévères et urgentes.

Les normes sont utiles pour diverses raisons. Elles guident la pratique et renseignent la population sur la nature des soins infirmiers (ANA, 1995). Les normes servent de référence aux étudiantes ou étudiants et aux nouveaux personnels infirmiers dans l'exercice de leur profession, à l'établissement de procédure de soins et de plans de soins de base à la mesure et l'évaluation de la qualité des soins infirmiers (Beckman, 1987). À cet égard, Benner (1995) ajoute que les normes de soins deviennent des modèles de comportement non seulement pour les novices ou débutantes, mais également pour des infirmières et infirmiers plus expérimentés.

Il revient aux infirmières ou infirmiers en tant que professionnels disposant d'un statut socialement reconnu, de définir les normes de leur pratique. Ceci en tenant compte des besoins, des exigences professionnelles, des possibilités et des contraintes (Dumonceau, 1996). Pour ce faire, l'ANA (1991<sub>a</sub>) propose de consulter des guides contenant des normes publiées par les organisations professionnelles de soins infirmiers. Celles-ci peuvent toutefois être développées et raffinées au besoin en fonction de champs cliniques spécifiques.

À ce titre, l'ANA (1986) propose aux États-Unis un document regroupant 12 normes et 194 indicateurs de qualité spécifiques à la pratique des soins infirmiers à domicile. Les normes visent les personnes, les familles et les communautés et sont utilisées pour assurer aux personnes des services de soins infirmiers de qualité. Elles sont le reflet de l'état des connaissances dans le domaine des soins infirmiers et sont par

conséquent provisoires, dynamiques et sujettes à être testées et changées. Les normes représentent des niveaux de pratique qui guident la dispensation des soins infirmiers vers l'excellence. Pour l'ANA (1986) les normes de qualité pour la dispensation de soins infirmiers de qualité à domicile reposent sur: a) l'organisation du service des soins à domicile dans laquelle tous les services de soins à domicile sont planifiés, organisés et dirigés par une infirmière qui a de l'expérience en santé communautaire et en administration; b) des actions basées sur une conception théorique des soins; c) la collecte des données, grâce à laquelle des données exactes sont recueillies de façon systématique; d) le diagnostic; e) la planification qui permet de développer un plan de soins, d'établir des objectifs et d'incorporer des actions thérapeutiques, préventives et de réadaptation; f) l'intervention guidée par un plan de soin qui fournit le confort, maintien ou améliore et promouvoit la santé, prévienne les complications et les séquelles de la maladie; g) l'évaluation des réponses des clients et des familles reliées aux interventions de soins, afin de déterminer le progrès dans l'atteinte des objectifs et de réviser la collecte des données, le diagnostic et le plan de soins; h) la continuité des soins; i) la collaboration interdisciplinaire; j) le développement professionnel; k) la recherche; l) l'éthique.

Dans le même sens au Québec, suite à une démarche de révision des normes et des critères de compétence (OIIQ, 1986), OIIQ (1996) présente les « Perspectives de l'exercice de la profession infirmière ». Ce document se divise en trois volets et présente les assises (croyances, postulats, personne, santé, environnement, soin), les énoncés descriptifs et les critères essentiels de l'exercice de la profession d'infirmière. En plus, les énoncés descriptifs expliquent la nature et englobent les différents aspects du rôle de

l'infirmière. Sept dimensions et sept principes sont formulés; a) le partenariat infirmière-client dans lequel, le client est responsable de sa santé, l'infirmière ou l'infirmier tient compte de ses capacités et de ses ressources et la relation s'établit dans le respect mutuel; b) la promotion de la santé qui consiste à aider le client à appliquer ses choix; c) la prévention de la maladie qui vise à aider le client à déceler les problèmes potentiels et à s'adapter aux problèmes actuels; d) le processus thérapeutique qui consiste à planifier et prodiguer les soins en collaboration avec le client; e) la réadaptation fonctionnelle qui vise à aider la personne à recouvrer un nouvel équilibre et à s'adapter à son environnement ; f) la qualité de vie en mettant à profit les ressources personnelles du client et celles de son environnement pour accroître sa qualité de vie; g) l'engagement professionnel lorsqu'il s'agit de mettre à jour ses connaissances scientifiques, d'être solidaires des autres infirmières ou infirmiers, de reconnaître l'importance de l'interdisciplinarité et de la nécessité de collaborer avec les organismes du milieu.

Dans cet ouvrage proposé par l'OIIQ (1996), chaque dimension comprend un principe, des résultats escomptés chez le client (approche résultat), des éléments de l'exercice (approche processus) et des éléments organisationnels (approche structure). Comme le recommande l'OIIQ (1996), les sept dimensions ou catégories d'énoncés (voir appendice A) peuvent servir de référence aux infirmières ou infirmiers pour examiner et améliorer leur pratique quotidienne et pour définir des indicateurs de qualité plus spécifiques aux fins d'une démarche structurée d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers (Leprohon et Lévesque-Barbès, 1997).

### Indicateur.

Un indicateur ou critère est un aspect ou une composante du processus de soins (Donabedian, 1986). C'est un énoncé explicite, observable et mesurable, il sert à observer une situation réelle et à porter un jugement de valeur par rapport à la situation souhaitée (Chagnon, Lange-Sondack, Arlot-Tovel, 1982; Grenier et coll., 1989; Heuse, 1983). Un indicateur est neutre en ce sens qu'il ne réfère pas à la présence ou l'absence de jugement ou encore à une quantité (Bloch, 1977). Les indicateurs sont établis par les infirmières qui dispensent les soins, ils désignent les actions reliées aux soins et ils permettent de mesurer les normes (Watson et Mayers, 1976; Chu et Schmele, 1990). Toutefois, avant d'élaborer des indicateurs, il est important de vérifier s'il en existe déjà. Les sources d'information d'où dérivent les indicateurs peuvent être un livre, un article, une procédure, un guide de pratique, un protocole ou l'expérience professionnelle (Kitson, Harvey, Hyndman et Yerrell, 1994). Aussi, pour guider l'élaboration des indicateurs, il importe de choisir un cadre de référence. Brunelle (1994) fait ressortir trois possibilités. Il s'agit de l'utilisation soit d'un modèle conceptuel en soins infirmiers (ex: Alderson, 1992; Grenier et coll., 1989, le modèle conceptuel de Henderson), des diagnostics infirmiers (ex: Jaffe et Skidmore-Roth, 1996), ou de la démarche clinique (l'ANA, 1986; Grenier et coll., 1989; Schmele et Allen, 1990). L'utilisation de la démarche clinique, sous l'angle du processus, semble être la voie privilégiée par plusieurs auteurs.

Les indicateurs de qualité peuvent être implicites ou explicites. Pour Donabedian (1988) les *indicateurs implicites* sont plutôt imprécis et ils sont utilisés par les experts pour évaluer si le soin est bon ou mauvais. Ils sont formulés au besoin et font référence à

plus de subjectivité (Vuori, 1984). Au contraire, les *indicateurs explicites* sont préspecifiés, plus précis et détaillés. Ils sont énoncés à l'avance et sont plus fiables (Vuori, 1984).

D'après Jacquerye (1983), un indicateur adéquat doit répondre à une série de qualités intrinsèques. Un indicateur doit être: a) valide: il doit mesurer réellement ce qu'il suppose mesurer; b) mesurable: les appréciations pour chaque indicateur doivent être transposables en valeur; c) fiable: il doit être formulé de manière à faire appel le moins possible à la subjectivité de l'auditeur; d) sensible; e) discriminatif: son but essentiel est de faire la part entre les soins de bonne et de moins bonne qualité. Ainsi un indicateur toujours atteint à 100% ne permet pas une telle distinction; f) applicable en fonction de la population et de l'échantillon choisis, de l'institution, de la source d'information choisie, du moment où il est le plus sensible; g) spécifique: il doit explorer un seul paramètre à la fois c'est à dire qu'il doit permettre de répondre oui, non ou sans objet; h) pragmatique: il doit explorer des situations fréquentes, faciles et sensibles à la Q.S.I.; i) économique: le rapport entre les efforts consentis pour recueillir l'appréciation de l'indicateur et la qualité de l'information qu'il fournit pour l'ÉQSI doit être avantageux (efficience); j) généralisable: il doit pouvoir s'adapter à des situations variées ou évolutives sans pour autant diminuer la validité de l'instrument de mesure. Il peut s'appliquer dans d'autres services ou autres institutions. Enfin, nous ajoutons selon Donabedian (1986) les caractéristiques suivantes: a) important; b) facile à vérifier; c) adapté; d) stable; e) rigoureux; f) testé.



Pour élaborer des indicateurs de qualité, Donabedian (1986) recommande la procédure suivante: a) la sélection d'informateurs-clés; b) le choix d'une méthode de consensus; c) la sélection des référents; d) le choix des indicateurs de qualité; e) la détermination des sources d'information spécifiques à chaque indicateur et la rédaction des instructions nécessaires aux observateurs; f) l'expérimentation des indicateurs de qualité.

La *sélection d'informateurs-clés* ou experts, tient compte du nombre, de l'expertise, de la représentativité, de l'influence et du volontariat de la personne. Comme le disent Pineault et Daveluy (1986) on entend par informateurs-clés, des personnes qui sont reconnues comme ayant une bonne connaissance du milieu de travail en fonction de la nature du contact et de la durée de leur expérience de travail auprès des personnes.

Pour élaborer des indicateurs de qualité, trois *méthodes de consensus* peuvent être utilisées selon Donabedian (1986). On retrouve la méthode du groupe de discussion, du groupe nominal et de la technique Delphi. Le *groupe de discussion* consiste à réunir un groupe de personnes dans un même lieu et à leur demander de s'exprimer verbalement sur un sujet donné. Le *groupe nominal* comprend quatre étapes, soit ; a) l'écriture des idées en silence; b) l'énumération des idées à tour de rôle jusqu'à leur épuisement, c) la discussion ainsi que le partage d'information; d) le vote pour la sélection des items prioritaires. Cette technique donne l'opportunité à tous les personnes dans le groupe d'exprimer leurs opinions sans avoir à se concurrencer comme dans les groupes interactifs. Cependant, elle ne s'adresse qu'à une seule question à la fois et nécessite le déplacement des personnes (Pineault et Daveluy, 1986). La *technique Delphi* permet de

collecter des informations auprès d'un groupe d'informateurs-clés dans le cadre d'une recherche sans que ceux-ci aient à se déplacer (Fortin, 1996). En effet, cette méthode utilise une série de questionnaires acheminés par la poste. Chacun des questionnaires est formulé à partir des réponses données au questionnaire précédent. La démarche se termine lorsqu'il y a eu des consultations, un consensus ou que l'information obtenue est suffisante. Les avantages de la technique de Delphi, selon Pineault et Daveluy (1986), sont: elle laisse du temps pour la réflexion; elle assure l'anonymat de la procédure; elle évite que les participantes ou participants soient influencés par les autres membres du panel; la personne est libre de répondre au moment qui lui convient; il n'y a pas de déplacement; et les gens éloignés peuvent être rejoints. Quant aux désavantages reliés à cette technique ce sont: l'obligation d'en arriver à un accord qui a comme effet de laisser de côté les positions extrêmes même si ces dernières sont des idées intéressantes; la durée du processus est relativement longue (45-70 jours); et les participantes ou participants doivent être disponibles et habiles à répondre à trois questionnaires (Donabedian, 1986).

*La sélection des référents*, ce à quoi réfèrent les indicateurs de qualité consiste, par exemple, à choisir un secteur d'activité de soins infirmiers, un lieu comme un CLSC ou une approche comme l'approche processus.

*Le choix des indicateurs* doit être guidé par trois facteurs. Ce sont : a) le facteur importance qui a trait au bénéfice maximal que peut assurer un indicateur en terme d'amélioration ou de maintien de la qualité des soins infirmiers; b) le facteur représentativité des éléments à mesurer; c) le facteur faisabilité qui a trait aux indicateurs mesurables et valides. Pour choisir des indicateurs, les cinq étapes suivantes sont

suggérées par Donabedian (1986): a) le rassemblement des indicateurs existants dans les écrits ou dans la pratique; b) la classification des indicateurs comme par exemple, selon l'importance, l'aspect mesurable et réaliste des indicateurs; c) la sélection des indicateurs ayant obtenu des scores élevés; d) la pondération des indicateurs et la détermination des standards; e) la détermination de l'échéancier en précisant le moment où les résultats devront être évalués. Enfin, lorsque des indicateurs de qualité n'existent pas dans un domaine de soins infirmiers un processus d'élaboration doit être envisagé.

La *détermination des sources d'informations* spécifiques à chaque indicateur concerne le dossier du client, son plan de soins, le profil du client, l'observation du client, une question au client, l'observation de l'entourage du client, l'observation du personnel infirmier, une question au personnel infirmier et l'observation du fonctionnement de l'unité de soins (Grenier et coll., 1989).

Quant à l'étape de *l'expérimentation des indicateurs*, elle sert à déterminer pour chacun des indicateurs, leur faisabilité, leur fiabilité, leur acceptabilité et leur efficience.

Pour terminer ce point, nous ajoutons la définition d'un standard. Un standard est précis, quantitatif, spécifique et devrait constituer un degré de qualité attendu pour un indicateur (Donabedian, 1986). Un standard est le niveau désiré de performance correspondant à un indicateur.

### Validation de normes et d'indicateurs de qualité.

Une fois que les normes et les indicateurs de qualité ont été choisis ou élaborés, ils doivent être validés. Il s'agit de rendre exacte l'information qu'ils contiennent dans un processus de validation auprès d'informateurs-clés qui travaillent dans le domaine des soins à l'étude.

La validité se définit comme étant l'aptitude d'un instrument à mesurer le paramètre qu'il est sensé mesurer (Vuori, 1984). Sans validité, il n'est pas possible d'interpréter correctement les résultats obtenus ( Grenier et coll., 1989). Toutefois, d'après Davis et Bush (1995) il n'y a pas d'échelle de mesure qui soit complètement valide.

Les types de validité varient selon les auteurs (Atwood, 1980; Fortin, 1996; Laurin, 1993; Lindeman, 1976; Lynn, 1986; Selltiz, Wrightsman et Cook, 1977). Principalement, la validité peut être estimée selon: la validité de contenu, la validité conceptuelle et la validité critérielle qui comprend la validité prédictive et la validité concomitante. La *validité de contenu* est la démonstration que les éléments ou items contenus dans un instrument de mesure représentent de façon exhaustive le concept que l'on cherche à mesurer. Ce type de validité permet de répondre à la question suivante: " Les indicateurs identifiés représentent-ils le thème de la qualité de soin ? La *validité conceptuelle* correspond à valider la structure théorique sous-jacente à l'instrument de mesure et à vérifier les hypothèses d'association. On distingue deux types de validité conceptuelle : la validité de *convergence* qui est démontrée lorsque plusieurs mesures du

même concept, chez les mêmes sujets, donnent des résultats similaires et la validité de *différenciation* qui permet de distinguer le concept que l'on mesure et d'autres concepts semblables. La validité de contenu et conceptuelle sont les deux plus importantes dans le développement de nouvelles échelles dans le domaine des soins infirmiers (Davis et Busch, 1995). Quant à la *validité critérielle*, c'est le degré selon lequel les scores obtenus d'un instrument de mesure sont corrélés avec un critère externe, souvent un autre instrument qui mesure le même concept. Elle comprend la validité *concomitante* si les deux mesures sont effectuées en même temps et la validité *prédictive* si l'une des mesures est faite ultérieurement.

Un processus de validation d'un instrument de mesure de la qualité est continu et circulaire. Il s'articule autour de l'utilisation d'informateurs-clés considérés comme des experts dans le domaine des soins à l'étude. Ouellet et coll. (1996) ajoutent, qu'à l'aide de consultation individuelle, les informateurs-clés peuvent se prononcer sur la clarté, la pertinence et l'importance de chacun des indicateurs à l'aide d'une échelle de type Likert de quatre points. Toutefois, Grenier (1992) fait la mise en garde qu'un instrument aussi valide soit-il, ne garantit pas nécessairement les retombées positives, s'il est mal utilisé.

### Instruments de mesure de la qualité des soins infirmiers à domicile.

Le développement d'un instrument de mesure sous l'angle du processus regroupant des normes et des indicateurs de qualité des soins infirmiers à domicile a fait l'objet d'une recherche aux États-Unis. Il s'agit du SIMP-H (Schmele instrument to measure the process of nursing practice in home health). Celui-ci contient 60 indicateurs de qualité du processus de soins infirmiers à domicile. Ils sont regroupés selon les différentes étapes de la démarche clinique. Le développement, le raffinement et la validation du SIMP-H a exigé plusieurs étapes réparties sur plusieurs années. D'abord, selon Schmele et Donabadian (1996), l'élaboration des indicateurs de qualité de cet instrument de mesure a été guidée par les " Standards for community Health Nursing Practice" de l'ANA (1974), une révision de la littérature et par l'expérience clinique. Un panel d'informateurs-clés de huit infirmières et infirmiers, issus de communautés différentes a été formé et a procédé à une première révision et critique. Par la suite, dix infirmières et infirmiers travaillant à domicile ont eu à valider le contenu de chaque indicateur en tenant compte de leur source d'information (observation, dossier et client). À ce nombre, six informateurs-clés additionnels représentant les domaines de la recherche, des services à domicile et de l'éducation se sont ajoutés. Pour raffiner l'instrument, le SIMP-H a aussi été comparé à d'autres instruments tel le SIMP-C (Schmele instrument to measure the process of nursing practice in community). Il est également rapporté que le SIMP-H a été testé auprès de 100 clients de 65 ans et plus. Il en résulte qu'il est un instrument de choix pour de futures études. Toutefois, même si cet

instrument contient des normes et des indicateurs de mesure fiables, ceux-ci doivent être adaptés pour être utilisés au Québec. En effet, ils sont associés aux normes de pratique américaines et ils doivent être reformulés et traduits pour être utilisés en milieu francophone. De plus, comme le disent Schmele et Allen (1990), ils demandent à être développés, testés et raffinés.

Pour ce qui est du Québec, on retrouve des normes et des indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers mais dans d'autres domaines que les soins à domicile, ce sont: les domaines de l'hémodialyse (Brunelle,1994), les soins de longue durée (Alderson,1992) et les soins infirmiers hospitaliers reliés à huit champs cliniques comme: l'urgence, le bloc obstétrical, la psychiatrie, la pouponnière, la médecine-chirurgie, la pédiatrie, les soins intensifs et la salle de réveil (Grenier et coll., 1989). Malgré le fait que ce soient d'importants outils de mesure dans le domaine des soins infirmiers, les normes et les indicateurs de qualité que contiennent ces instruments, ne peuvent être applicables à une pratique des soins infirmiers dispensés dans la communauté, à domicile.

## Partie 2- Principaux concepts relatifs à l'exercice infirmier à domicile

Pour élaborer des normes et des indicateurs de qualité, il est nécessaire de clarifier ce qui caractérise l'exercice ou le processus des soins infirmiers à domicile. Pour ce faire, parce qu'ils sont au cœur de la discipline infirmière, les concepts de personne, de santé, de soin et d'environnement seront définis (Kérouac, Pépin, Ducharme et Major, 1994). Sans être exhaustives les définitions qui suivent font ressortir quelques éléments, jugés pertinents par l'investigatrice, à la pratique des soins infirmiers à domicile.

### Personne.

La *personne* rejointe par le service des soins infirmiers à domicile est considérée comme un être unique et en devenir agissant en conformité avec ses choix, ses valeurs et ses croyances ainsi que ses capacités (OIIQ, 1996). Selon le MSSS (1994), elle représente une personne vulnérable de tout âge, qui subit une perte d'autonomie temporaire ou permanente. Cette perte est due à l'existence ou l'apparition d'incapacités fonctionnelles, dont la cause peut être physique, psychique et sociale. La personne qui reçoit des soins infirmiers à domicile est un être global en interaction mutuelle avec sa famille, son groupe d'appartenance et sa communauté (Kérouac et coll., 1994) qui l'aide soit en assumant les tâches que celle-ci ne peut accomplir ou en la soutenant moralement (FCLSC, 1991). La personne qui a recours aux soins infirmiers à domicile a besoin d'être soignée, renseignée, rassurée, réconfortée et d'acquérir des habilités d'auto-soins. Mais comme le disent Kérouac et coll. (1994) la personne est responsable de sa santé et de ses soins. Toutefois, elle ne peut se déplacer pour obtenir ses services en CLSC, elle est en



phase aiguë de traitement sous surveillance médicale ou, selon l'évaluation globale de ses besoins, elle est à risque de développer des problèmes de santé si une surveillance ponctuelle par du personnel infirmier n'est pas assurée (MSSS, 1994).

### Santé.

La santé est un processus dynamique et continu dans lequel une personne (famille, groupe ou collectivité) aspire à un état d'équilibre favorisant son bien-être et sa qualité de vie (OIIQ, 1996). Pour l'infirmière ou l'infirmier, la *santé* se révèle comme un idéal à atteindre par le soin auprès de la personne en interaction avec son environnement (Kérouac et coll., 1994). Il ressort également que la santé est un processus qui permet la réalisation du potentiel de création de la personne. Ainsi au cours de ce processus, la personne qui bénéficie de soins infirmiers à domicile vit une expérience de santé relativement à la croissance, au développement et à diverses problématiques incluant la maladie. Pour Kérouac et coll. (1994), les différents modèles conceptuels en soins infirmiers présentent la santé de plusieurs façons comme: " un continuum avec la maladie; une valeur; un état; un processus; ou comme le reflet des changements de la personne" (p.54).

### Soin.

Les *soins* infirmiers visent la promotion, le maintien ou l'amélioration de la santé de la personne, la prévention de la maladie et la réadaptation (OIIQ, 1996). Ils visent le

bien-être tel que la personne le définit et le personnel infirmier accompagne la personne dans ses expériences de santé.

Pour Zotti, Brown & Stotts (1996), le but des soins infirmiers dans la communauté consiste essentiellement à s'occuper de problème de santé aiguë ou chronique en faisant la promotion des auto-soins auprès des personnes et des familles. Dans cette conception des soins infirmiers dans la communauté, les rôles du personnel infirmier, sont: dispenser les soins; faire de l'enseignement des auto-soins; conseiller sur la santé; défendre les droits à la santé; rapporter certaines maladies au service de santé publique; travailler en équipe multidisciplinaire.

Afin de délimiter les activités reliées au processus de soins infirmiers à domicile dans cette étude, neuf dimensions ont été choisies à partir des travaux de l'ANA (1986) et de l'OIIQ (1986, 1996) il s'agit: de l'adoption d'un modèle conceptuel en soins infirmiers; du partenariat infirmière-client; de la promotion de la santé; de la prévention de la maladie; du processus thérapeutique; de la réadaptation fonctionnelle; de la défense des droits du client; de la continuité des soins en plus de la collaboration interdisciplinaire. Le choix de ces dimensions est justifié par le fait qu'elles circonscrivent les principaux aspects sur lesquels s'appuie plus spécifiquement l'exercice infirmier à domicile.

Le choix d'un *modèle conceptuel* permet au personnel infirmier à domicile de circonscrire leurs responsabilités. Celui-ci est constitué d'un ensemble de concepts abstraits et généraux intégrés dans un cadre significatif. Il permet de cerner les valeurs, les postulats et le but du service des soins à domicile, le rôle du personnel infirmier, la façon de voir la personne et la source de sa difficulté, l'orientation des interventions

infirmières et les conséquences attendues (Adam, 1991). En choisissant un modèle conceptuel connu en sciences infirmières, tels celui de Henderson, Orem, Roy, Neuman, Allen, Parse, Watson ou Leininger, il est possible de mieux comprendre la nature du service des soins infirmiers rendu à la société (Laurin, 1980).

*Le partenariat infirmière-client* fait référence à l'alliance entre deux ou plusieurs personnes ayant un même but. L'infirmière ou l'infirmier à domicile et le client sont partenaires dans la planification, la dispensation et l'évaluation des soins. Dans ce contexte, la personne est responsable de sa santé tout en tenant compte de ses capacités à mobiliser ses ressources personnelles et celles de son environnement (OIIQ, 1996).

En regard de la *promotion de la santé*, le rôle du personnel infirmier à domicile consiste en des activités éducatives ayant pour objectif d'aider la personne ou sa famille à maintenir ou à améliorer sa santé, son bien-être et sa qualité de vie (OIIQ, 1996). À titre d'exemple, les soins de santé primaires constituent une approche de la promotion de la santé incitant les personnes, les membres de la communauté à s'engager et à participer en vue d'améliorer leur bien-être. Dans ce contexte, l'infirmière ou l'infirmier à domicile devient une personne ressource.

Quant aux activités reliées à la *prévention de la maladie*, celles-ci visent à réduire les risques actuels ou potentiels pour la santé de la personne ou sa famille, son groupe et sa communauté (OIIQ, 1996). L'infirmière ou l'infirmier à domicile aide la personne à déceler les problèmes potentiels ou à s'adapter aux problèmes actuels pour maintenir sa santé et son bien-être.

Dans un *processus thérapeutique*, le personnel infirmier à domicile, en collaboration avec la personne, planifie et prodigue les soins infirmiers requis selon une démarche clinique individualisée. Dans l'organisation de son travail, il doit prévoir le temps nécessaire à l'établissement d'un plan d'intervention pour chaque client (FCLSC, 1992). À ce sujet, Laurin (1983) rapporte qu'il existe une relation positive entre le plan de soins complet et un recouvrement plus rapide de personnes cardiaques. Pour Kérouac et coll. (1994), la démarche clinique constitue un processus circulaire et heuristique, c'est à dire une démarche faisant appel à la créativité, à la découverte et à la transformation. Celle-ci comprend l'évaluation de l'expérience de santé, la reconnaissance des besoins d'aide, l'analyse des besoins, l'intervention de soins et l'évaluation. Les activités de soins infirmiers visent à aider la personne à faire face à la maladie, à la soutenir dans la résolution de problèmes de santé ou à l'aider à mourir dans la dignité. De plus, le personnel infirmier accompagne la personne dans ses expériences de santé tout en respectant ses différences (Kérouac et coll., 1994). Pour la FCLSC (1992), les soins infirmiers à domicile, consistent en d'autres mots en des activités d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de suivi.

Pour terminer ce point sur la définition du processus thérapeutique des soins infirmiers à domicile, nous référons à la définition de l'exercice de la profession d'infirmière telle qu'on peut la retrouver aux articles 36 et 37 de la Loi sur les infirmières et les infirmiers. En effet, " l'exercice de la profession d'infirmière ou d'infirmier constitue tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requiert la

promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale ". À l'article 37, il est stipulé que " l'infirmière et l'infirmier peuvent dans l'exercice de leur profession, renseigner la population sur les problèmes d'ordre sanitaire".

Les objectifs généraux du processus thérapeutique des soins infirmiers en CLSC consistent à: a) contribuer à améliorer, restaurer et préserver la capacité physique, psychique et sociale des personnes souffrant d'une perte d'autonomie temporaire ou permanente en raison de déficiences, d'incapacités, de handicaps ou de difficultés familiales; b) prévenir et réduire le séjour en institution; c) réduire les problèmes qui compromettent l'état de santé, l'équilibre et l'exercice de rôles sociaux autant de la personne que de ses proches (FCLSC, 1991). Pour Hagan, Saillant et Boucher-Dancause, (1994), les objectifs généraux des soins infirmiers à domicile visent, à aider les personnes et leurs proches à acquérir les aptitudes qui leur permettent de maintenir ou d'améliorer l'intégrité physique, structurelle et fonctionnelle de la personne. Les pratiques professionnelles insistent pour faire participer plus activement la personne (individus, familles et proches) aux soins de ceux que l'on souhaite maintenir à domicile.

Les objectifs spécifiques du processus thérapeutique des soins infirmiers en CLSC sont: a) favoriser le recouvrement de la santé et du bien-être; b) favoriser l'adaptation et la réadaptation des personnes, leur intégration sociale et leur réinsertion; c) pallier aux incapacités et aux handicaps; d) prévenir la perte d'autonomie aux plans physique, psychologique et social; e) prévenir l'épuisement familial; f) assurer l'utilisation optimale des ressources du milieu et des ressources institutionnelles (FCLSC, 1991).

Plus particulièrement, les activités de soins infirmiers à domicile incluent: a) l'évaluation de l'état de santé; b) la relation d'aide; c) les méthodes diagnostiques comme: prélèvements urinaires, sanguins et bactériens; d) les traitements infirmiers selon le cadre législatif en vigueur; e) l'administration de médicaments per os, sous-cutané, intramusculaire et intraveineux incluant l'antibiothérapie et les médicaments antinéoplasiques parentéraux; f) les soins d'urologie comme le changement de sonde, l'irrigation; g) les soins pour les malades en phase pré-terminale et terminale; h) les soins cardio-vasculaires comme l'enseignement; i) les soins aux stomisés; j) les soins aux malades souffrant de troubles respiratoires; k) les soins aux laryngectomisés; l) les soins aux diabétiques; m) les soins de plaies comme: pansement-drainage-suture-débridement; n) la vérification et la surveillance de la médication; o) la surveillance des signes vitaux et du poids; p) l'élimination intestinale; q) la vaccination; r) l'intervention en situation d'urgence; s) les soins infirmiers spécialisés tels: la nutrition entérale et parentérale continue qui peuvent être offertes sous réserve d'une entente avec l'hôpital référant et de budgets particuliers additionnels (FCLSC, 1991). Aussi d'après le CRSSS 03 (1990), les CLSC peuvent assurer certains soins infirmiers spécialisés, habituellement rendus en milieu hospitalier comme: l'antibiothérapie, la médication antinéoplasique, les soins de trachéotomie et l'oxygénothérapie. Dans le contexte de la chirurgie d'un jour, les CLSC offrent des soins à domicile à partir des besoins cernés en phases pré et postopératoires. La nature et la durée des services requis s'apparentent à la nature et à la durée des soins généraux (MSSS, 1995).

Les critères d'admissibilité aux services des soins à domicile sont: a) la personne réside sur le territoire du CLSC (même temporairement); b) l'évaluation à domicile a confirmé que cette personne ou les proches qui en prennent soin ont une ou plusieurs incapacités modérées et graves qui touchent une ou plusieurs activités de leur vie domestique, quotidienne, familiale et sociale; c) la personne ou son milieu acceptent de collaborer et sont considérés aptes à le faire; d) le domicile est jugé adéquat pour assurer les soins de santé ou les services de soins requis; e) la prestation de services à domicile s'avère la modalité la plus adéquate pour répondre en quantité, en intensité et en nature aux besoins de la personne; f) les ressources et le budget du programme sont suffisants pour répondre aux besoins de services requis par la personne; g) le coût des services requis n'excède pas le coût des services pour le même profil de besoin de services dans un établissement de santé ou d'hébergement, sauf dans des conditions exceptionnelles (MSSS, 1994).

Par ailleurs, en ce qui a trait à la *réadaptation fonctionnelle*, l'OIIQ (1996) propose la définition suivante: les activités de soins infirmiers ayant pour but d'aider la personne à recouvrer le plus possible les fonctions qu'elle a perdues à la suite d'une maladie physique ou mentale, d'un accident ou d'un problème de toxicomanie (p. 23). Au cours d'une expérience de santé, le personnel infirmier accompagne la personne dans le recouvrement d'un nouvel équilibre.

Ajoutons à la définition des principaux aspects de l'exercice infirmier en soins à domicile dans cette étude, le respect et la *défense des droits de la personne* à la santé afin qu'elle reçoive de meilleurs soins, de façon appropriée et avec compassion. Comme le

stipule la loi sur les services de santé et les services sociaux, la personne se situe avant tout au cœur de toute action (MSSS, 1990). Il est ainsi reconnu à la personne à domicile des droits à l'information, aux services, à la participation, au consentement éclairé, d'accès au dossier, à la confidentialité des renseignements qu'il contient de même que des droits de plaintes, de recours et d'assistance.

Pour ce qui est de la *continuité des soins* celle-ci fait référence au fait que le personnel infirmier à domicile assure un service continu et reconnaît les connaissances et les habilités des autres membres de l'équipe ainsi que celles des membres de la famille avec qui il travaille en complémentarité.

Enfin, comme le disent Kérouac et coll. (1994): la pratique en *collaboration interdisciplinaire* implique qu'un groupe de professionnels travaille en équipe en vue d'offrir des soins de santé requis. Ceci signifie que les soins de santé sont dispensés selon un modèle où toutes les personnes soignantes, y compris la personne visée par les soins, se partagent l'autorité (p. 91). Elles ajoutent, qu'au sein d'une telle équipe, le personnel infirmier apporte une contribution distincte en étant centré sur la personne qui, en interaction continue avec son environnement, vit une expérience de santé d'une manière unique.

### Environnement.

Pour l'OIIQ (1996), l'*environnement* est le cadre dans lequel vit la personne et il a plusieurs dimensions: physique; psychosociale; spirituelle; politique; culturelle;



économique; et organisationnelle. Le personnel infirmier considère que ces dimensions interagissent avec la personne et influencent sa santé, son bien-être et sa qualité de vie.

De diverses façons, l'environnement peut être pour la personne source de soutien et de développement, sécuritaire et stimulant ou au contraire agressant et source de contraintes. Selon Meisenheimer (1991), les années futures convergeront vers le développement d'un nouveau paradigme: celui du domicile comme centre de soin dans la communauté. En effet, les soins infirmiers à domicile se pratiquent dans une communauté dans laquelle on retrouve un ensemble de personnes ayant une caractéristique commune, liée soit aux conditions de vie, à l'appartenance à un même espace géographique ou à un trait commun, comme l'âge, les croyances religieuses ou la race, ou au partage d'un même problème (OIIQ, 1996). Comme les soins infirmiers de santé publique ou de santé communautaire, les soins infirmiers dans la communauté sont centrés, d'après Zotti et al. (1996), sur la personne et sa famille tout au long de la durée de vie, sur le développement de partenariat et une appréciation des valeurs de la société.

Encouragés par les nouvelles orientations ministérielles au Québec qui favorisent le virage ambulatoire, les soins infirmiers dans la communauté ne sont pas une spécialité mais une philosophie qui guide la pratique de soins infirmiers spécialisés. D'après la FCLSC (1995), le virage ambulatoire fait référence à un changement de direction du système de santé du Québec qui passe d'une situation où il y a utilisation intensive des institutions à une situation où le recours à des services ambulatoires est prédominant. Le terme ambulatoire est utilisé dans deux sens. En premier lieu, on parle de la personne qui se déplace pour chercher ses services, et rentre chez elle après. En second lieu, on réfère

à un service qui se déplace pour se donner là où la personne est, et où elle en a besoin. C'est le cas par exemple, des soins à domicile.

En ce qui concerne l'environnement, le modèle d'écologie humaine de Bronfenbrenner (1977) peut soutenir les soins infirmiers dans la communauté. Brièvement, il consiste en quatre unités écologiques représentant la personne en interaction continue avec son réseau social (Zotti et al., 1996). Il s'agit du microsystème qui comprend la personne et sa famille immédiate. Le mésosystème vise les interrelations de la personne avec son milieu comme la famille élargie et les amis, les services publics, le voisinage et les collègues de travail. L'exosystème correspond aux valeurs locales et aux politiques de la communauté. Pour terminer, le macrosystème fait référence au système social plus large comme les valeurs et les politiques du gouvernement.

Les activités de soins infirmiers se pratiquent dans l'intimité du domicile où seul le personnel infirmier, la personne soignée et parfois une personne significative sont présentes (Lévesque, 1995). Les types de domicile représentent (FCLSC, 1991): a) le logement privé comme: le domicile individuel conventionnel (appartement ou maison privée unifamiliale ou multifamiliale); le domicile collectif conventionnel (habitation à loyer modique, condominium, coopérative d'habitation); le domicile individuel ou collectif avec certains services financés par le locataire (chambre et pension, logement adaptés, résidences privées); b) les ressources intermédiaires publiques ou privées: les familles d'accueil régulières, spéciales et de réadaptation; les résidences de groupe, appartements supervisés, résidences partagées et les pavillons privés.

Les personnes demeurant dans des ressources d'hébergement tels les pavillons publics, les centres d'accueil publics ou privés et autres types d'hébergement institutionnel ne peuvent pas être considérées comme vivant en milieu naturel et ne sont pas admissibles aux services de soins à domicile. C'est pourquoi dans les logements incluant déjà un premier niveau de services (repas - entretien ménager - surveillance infirmière) la nature des services rendus sera conditionnelle au type de services déjà offerts par le locateur.

En résumé, les soins infirmiers à domicile s'adressent à des personnes qui vivent des expériences de santé diverses en interaction continue avec un environnement particulier, où le domicile devient le centre de soin. Le développement continu de la qualité, dans cet environnement, consiste à viser un degré d'excellence à l'intérieur d'un processus continu de mesure et d'évaluation à l'aide de normes et d'indicateurs qui soient représentatifs de la pratique professionnelle dispensée à domicile et validés par le personnel infirmier.

Pour élaborer de nouvelles normes et indicateurs de qualité qui soient le reflet d'une pratique idéale des soins infirmiers à domicile dans la communauté, il est recommandé de tenir compte de guides publiés par les organisations professionnelles de soins infirmiers, de travaux de recherche et de l'expérience clinique. Toutefois, les quelques recherches américaines et québécoises font ressortir des normes et des indicateurs de qualité touchant le processus mais ceux-ci ne sont pas représentatifs des soins infirmiers à domicile tels que dispensés au Québec. Cependant, ceux déjà élaborés peuvent être complétés, adaptés, raffinés et validés selon la réalité québécoise.

## **Chapitre 3**

### **Méthode de recherche**

Ce chapitre fait état de la méthode utilisée dans cette étude et vise à préciser comment ont été élaborés et validés les normes et les indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile. Dans cette étude méthodologique, l'approche déductive a été préconisée. C'est une démarche systématique qui avait pour point de départ l'identification de ce que devrait être le processus des soins infirmiers à domicile, pour ensuite procéder à l'aide de la technique Delphi, à la validation des données auprès d'informateurs-clés.

Les aspects méthodologiques présentés sont le déroulement de l'étude, les limites méthodologiques et les considérations éthiques.

#### Déroulement de l'étude.

##### Élaboration des dimensions.

Pour soutenir ou encadrer l'élaboration de normes et d'indicateurs de qualité dans cette étude, neuf dimensions ont été retenues par l'investigatrice. Les dimensions ont été choisies à partir des travaux de l'ANA (1986) et de l'OIIQ (1986, 1996) (voir appendice A). Le choix des dimensions par l'investigatrice repose sur leur capacité à représenter les principaux aspects sur lesquels s'appuie l'exercice infirmier à domicile.

- 1) l'adoption d'un modèle conceptuel;
- 2) le partenariat infirmière-client;
- 3) la promotion de la santé;
- 4) la prévention de la maladie;

- 5) le processus thérapeutique;
- 6) la réadaptation fonctionnelle;
- 7) la défense des droits de la personne;
- 8) la continuité des soins;
- 9) la collaboration interdisciplinaire.

Dans le chapitre précédent, nous retrouvons une définition pour chacune de ces dimensions.

#### Élaboration des normes et des indicateurs de qualité.

À partir de chacune des dimensions, 13 normes et 227 indicateurs de qualité spécifiques aux soins infirmiers à domicile ont été élaborés et regroupés par l'investigatrice (voir appendice B). Pour réaliser cette tâche, une revue des écrits a permis d'identifier et d'adapter, au secteur des soins infirmiers à domicile, des normes et des indicateurs compte tenu des connaissances, des études et des expériences effectuées par les auteurs suivants: l'ANA (1986, 1991), Grenier et coll. (1989), l'OIIQ (1986, 1996) et Schmele et Allen (1990) (voir appendice A).

Étant donné la possibilité d'adapter et d'élaborer des normes et des indicateurs de qualité à partir des écrits et de l'expérience clinique, l'investigatrice n'a pas sollicité la participation d'informateurs-clés dans cette partie de l'étude. Le tableau suivant présente l'ensemble des dimensions, des normes et le nombre d'indicateur relié à chaque norme.

Tableau 1-Les dimensions, les normes et le nombre d'indicateurDimension 1 - Adoption d'un modèle conceptuel.

Norme 1.1 - Les actions de l'infirmière ou l'infirmier à domicile sont basées sur un modèle conceptuel choisi dans le service.

Indicateurs:( 7 )

Dimension 2 - Partenariat infirmière-client.

Norme 2.1 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile établit une relation de partenariat avec la personne.

Indicateurs: ( 32 )

Dimension 3 - Promotion de la santé.

Norme 3.1 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile contribue à la promotion de la santé en aidant la personne à se réaliser selon son potentiel.

Indicateurs: ( 14 )

Dimension 4 - Prévention de la maladie.

Norme 4.1 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile fait en sorte de prévenir les complications, les accidents et les blessures chez la personne.

Indicateurs: ( 12 )

Dimension 5 - Processus thérapeutique.

Norme 5.1 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile procède à une évaluation de l'expérience de santé de la personne.

Indicateurs: ( 40 )

Norme 5.2 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile reconnaît les besoins d'aide de la personne.

Indicateurs: ( 6 )

Norme 5.3 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile analyse les besoins de la personne.

Indicateurs: ( 23 )

Norme 5.4 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile intervient auprès de la personne.

Indicateurs: ( 16 )

Norme 5.5- L'infirmière ou l'infirmier à domicile en collaboration avec la personne procède à l'évaluation des interventions de soins.

Indicateurs: ( 22 )

#### Dimension 6 - Réadaptation fonctionnelle.

Norme 6.1 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile accompagne la personne pour l'aider à recouvrer un nouvel équilibre et un mieux-être.

Indicateurs: ( 12 )

#### Dimension 7 - Défense des droits de la personne.

Norme 7.1 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile se porte à la défense des droits de la personne afin qu'elle reçoive de meilleurs soins, appropriés et avec compassion.

Indicateurs: ( 15 )

#### Dimension 8 - Continuité des soins.

Norme 8.1 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile assure une continuité des soins.

Indicateurs: ( 7 )

#### Dimension 9 - Collaboration interdisciplinaire.



Norme 9.1 - L'infirmière ou l'infirmier à domicile assure une collaboration interdisciplinaire.

Indicateurs: ( 21 )

Validation de contenu des normes et des indicateurs de qualité.

Pour permettre la validation de contenu des normes et des indicateurs de qualité, la technique Delphi modifiée a été utilisée. Elle visait à connaître l'opinion d'un groupe d'informateurs-clés sur les normes et les indicateurs de qualité déjà élaborés. Même s'ils ne communiquaient pas entre eux, les membres du groupe Delphi ont pu réagir à l'information émise par les autres participantes ou participants, de telle sorte, qu'ils en arrivent à un consensus. Dans cette étude, la démarche s'est terminée après deux consultations. Cette méthode par courrier a permis de rejoindre une ou un infirmier travaillant à domicile, représentatif de 15 régions du Québec, qui possédait une information de premier ordre sans nécessiter qu'elle ou qu'il se déplace pour la transmettre (Pineault et Daveluy, 1986).

Pour atteindre l'objectif de validation, la procédure suivante qui comprend cinq étapes a été suivie: il s'agissait de la formation du groupe d'informateurs-clés; d'une première consultation pour validation auprès d'informateurs-clés; d'une première analyse des réponses; d'une deuxième consultation pour validation auprès d'informateurs-clés; et d'une deuxième analyse des réponses.

### Formation du groupe d'informateurs-clés.

#### Critères de sélection:

Chaque infirmière ou infirmier, informateur-clé qui a été sélectionné, devait posséder au moins 2 ans d'expérience en soins infirmiers à domicile et exercer des fonctions cliniques ou administratives dans un service de soins infirmiers à domicile offerts par un CLSC.

#### Recrutement.

Le recrutement visait 15 informateurs-clés venant de 15 régions différentes du Québec (voir appendice C) où on retrouve des CLSC (voir appendice D). Les régions du Nord du Québec, de Kativik et des Terres Cris de la Baie James, où il y a des dispensaires, n'ont pas été retenues dans cette étude. Le recours à des personnes de différentes régions avait pour but de tenir compte des disparités régionales qui existent inévitablement et de tenter de réaliser un consensus 'provincial' sur des normes et des indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers dispensés à domicile.

Pour permettre l'identification des informateurs-clés, l'investigatrice a fait un premier contact, à l'aide d'une lettre d'explication de l'étude (voir appendice E) auprès d'un premier groupe de 45 responsables de soins infirmiers en CLSC choisis aléatoirement mais répartis également dans les 15 régions qui ont été retenues.

Si plus d'une personne étaient intéressée par région, la réception de la première lettre contenant une réponse positive a été retenue. Par contre, si une région retenue n'était pas représentée par un informateur-clé, le processus de recrutement était répété et

d'autres lettres étaient envoyées à d'autres responsables des soins infirmiers de la même région jusqu'à ce que le nombre d'un informateur-clé pour cette région ait été atteint.

Rapidement, suite au premier contact avec les responsables des soins infirmiers, les informateurs-clés, qui ont été recommandés et retenus, recevaient la lettre d'explication de l'étude (voir appendice F), l'ensemble des normes et des indicateurs ainsi que des formulaires de validation. (voir appendice G).

La lettre d'explication de l'étude pour les informateurs-clés comprenait les éléments suivants : le titre de l'étude; le contexte de l'étude; l'objectif de l'étude; une définition des principaux concepts; les instructions sur les étapes à suivre; les avantages de participer à l'étude; les considérations éthiques; les explications sur l'importance de son aide et sur l'utilisation ultérieure des résultats; et l'établissement de la date de réponse.

#### Première consultation pour validation auprès d'informateurs-clés.

Pour établir la validité de contenu pour chaque norme et indicateur, l'informateur-clé a eu au cours de cette première consultation, à examiner à l'aide de formulaires de validation, l'ensemble des indicateurs puis à se prononcer de façon individuelle sur leur clarté, leur pertinence et leur importance.

La grille d'analyse inspirée de Brunelle (1994) était la suivante:

a) La clarté: netteté de l'énoncé et du vocabulaire utilisé, énoncé précis et complet.

1- incompréhensible

2- ambigu

3- clair

4- très clair

b) La pertinence: sa capacité à mesurer adéquatement la norme.

1- non pertinent

2- peu pertinent

3- pertinent

4- très pertinent

c) L'importance: indique un comportement essentiel pour assurer la qualité des soins infirmiers à domicile.

1- non important

2- peu important

3- important

4- très important

Le tableau suivant donne un exemple de la grille de validation.

Tableau 2

Exemple de la grille de validation :

	Clarté	Pertinence	Importance	Commentaires
	1 incompréhensible 2 ambigu 3 clair 4 très clair	1 non pertinent 2 peu pertinent 3 pertinent 4 très pertinent	1 non important 2 peu important 3 important 4 très important	Écrire au verso si besoin.
Dimension 1				
Norme 1.1	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Indicateurs : 1.1.1	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

S'ils le jugeaient à propos, les informateurs-clés étaient invités à formuler des commentaires pour chaque indicateur.

#### Première analyse des réponses.

Il s'agissait de compiler les réponses pour chacun des trois critères clarté, pertinence et importance et les commentaires faits par les informateurs-clés au cours de la première consultation et de calculer les niveaux de consensus obtenus pour chaque indicateur. Le degré d'accord nécessaire pour qu'un indicateur soit considéré valide était fixé à 85% .

### Deuxième consultation pour validation auprès d'informateurs-clés.

Les indicateurs qui n'ont pas fait consensus ( moins de 85 %) lors de la première consultation par l'ensemble des informateurs-clés ont été regroupés et reformulés par l'investigatrice, ils ont été retournés aux mêmes informateurs-clés pour une seconde consultation (voir appendice H). Cette deuxième consultation a permis aux informateurs-clés de se prononcer à l'aide de la même échelle de validation, mais sur des indicateurs qui ont été reformulés à partir des commentaires émis par l'ensemble des informateurs-clés.

### Deuxième analyse des réponses.

Une deuxième analyse des réponses a été faite. Le même niveau d'accord de 85 % a été retenu et c'est à cette étape que le processus de validation de contenu a pris fin dans cette étude.

### Limite méthodologique

En raison de la durée du processus relativement long de la technique Delphi, deux itérations, au lieu de trois comme le suggèrent Pineault et Daveluy (1986), ont été réalisées dans cette étude.

### Considérations éthiques

Comme le précise Fortin (1996), toute recherche effectuée auprès d'un être humain suscite des questions morales et éthiques. C'est pourquoi dans un souci de respect, de dignité et de liberté nous avons retenu les considérations suivantes.

Dans la lettre d'explication de l'étude pour les informateurs-clés, les personnes qui ont participé à l'étude ont été informées de la nature, du but, de la durée et de la méthode utilisée pour cette recherche afin qu'elles puissent fournir un consentement éclairé. Les personnes ont été informées du fait qu'il n'existait aucune obligation de participer à l'étude, qu'elles pouvaient se retirer librement de l'étude si elles le souhaitent et que la confidentialité des informations échangées était assurée.

## **Chapitre 4**

### **Présentation des résultats**



Ce chapitre illustre les résultats obtenus, auprès des informateurs-clés, au terme de chacune des deux consultations relatives à la validation nominale des normes et des indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile.

Présentation des résultats au terme de la première consultation du processus de validation.

Le groupe d'informateurs-clés, composé de 14 infirmières et d'un infirmier, devait examiner individuellement, 13 normes et 227 indicateurs de qualité et se prononcer sur leur clarté, leur pertinence et leur importance. Pour qu'ils soient acceptés, le niveau de consensus avait été fixé à 85 % pour chacun des trois aspects à évaluer.

Au terme de cette première consultation du processus de validation, sur un total de 13 normes et de 227 indicateurs proposés, une norme et 56 indicateurs n'ont pas fait consensus. Le tableau 3 illustre les résultats globaux suite à la première consultation.

Tableau 3

Résultats globaux au terme de la première consultation du processus de validation.

Dimensions	Normes	Indicateurs	Normes avec consensus	Normes sans consensus	Indicateurs avec consensus	Indicateurs sans consensus
9	13	227	12	1	171	56

Une norme et 56 indicateurs démontraient un niveau d'accord inférieur à 85% soit au niveau d'un aspect ( clarté: 1 norme et 8 indicateurs; pertinence: 18 indicateurs; importance: 1 indicateur ), soit au niveau de deux aspects ( clarté et pertinence: 9

indicateurs; pertinence et importance: 6 indicateurs; importance et clarté: 1 indicateur )  
ou encore au niveau de trois aspects ( 13 indicateurs ).

Pour l'ensemble des normes et des indicateurs qui ont été proposés par l'investigatrice, les informateurs-clés ont formulé 280 commentaires. Seuls les commentaires reliés aux indicateurs qui n'ont pas fait consensus ont été utilisés pour la deuxième étape de validation.

Le tableau 4 présente les résultats pour chaque norme et indicateur suite à la première consultation.

Tableau 4

Résultats pour chaque norme et indicateur au terme de la première consultation du processus de validation .

	Clarté	Pertinence	Importance	Non consensus
<b>Dimension 1</b>				
Norme 1.1	100%	93%	100%	
1.1.1	93%	80%	93%	Non consensus.
1.1.2	86%	86%	93%	
1.1.3	86%	86%	93%	
1.1.4	86%	86%	86%	
1.1.5	86%	86%	86%	
1.1.6	93%	86%	100%	
1.1.7	100%	100%	100%	
<b>Dimension 2</b>				
Norme 2.1	100%	100%	100%	
2.1.1	100%	86%	100%	
2.1.2	100%	86%	100%	
2.1.3	100%	93%	100%	
2.1.4	100%	93%	100%	
2.1.5	100%	100%	100%	
2.1.6	100%	80%	67%	Non consensus.

2.1.7	100%	93%	100%	
2.1.8	100%	53%	60%	Non consensus.
2.1.9	100%	86%	93%	
2.1.10	100%	93%	100%	
2.1.11	100%	100%	100%	
2.1.12	93%	86%	100%	
2.1.13	93%	80%	100%	Non consensus.
2.1.14	86%	93%	100%	
2.1.15	93%	86%	100%	
2.1.16	100%	86%	100%	
2.1.17	93%	86%	100%	
2.1.18	86%	80%	100%	Non consensus.
2.1.19	100%	80%	100%	Non consensus.
2.1.20	93%	86%	93%	
2.1.21	80%	93%	100%	Non consensus.
2.1.22	100%	86%	100%	
2.1.23	93%	93%	100%	
2.1.24	73%	67%	86%	Non consensus.
2.1.25	93%	93%	100%	
2.1.26	100%	93%	93%	
2.1.27	100%	100%	100%	
2.1.28	100%	100%	100%	
2.1.29	93%	100%	100%	
2.1.30	93%	100%	100%	
2.1.31	80%	100%	93%	Non consensus.
2.1.32	13%	33%	47%	Non consensus.
Dimension 3				
Norme 3.1	93%	86%	93%	
3.1.1	86%	80%	93%	Non consensus.
3.1.2	93%	93%	100%	
3.1.3	93%	80%	93%	Non consensus.
3.1.4	93%	86%	100%	
3.1.5	100%	93%	100%	

3.1.6	86%	93%	100%	
3.1.7	93%	100%	100%	
3.1.8	93%	93%	100%	
3.1.9	100%	100%	100%	
3.1.10	86%	73%	93%	Non consensus.
3.1.11	93%	86%	93%	
3.1.12	73%	93%	86%	Non consensus.
3.1.13	80%	86%	93%	Non consensus.
3.1.14	100%	93%	100%	
<b>Dimension 4</b>				
<b>Norme 4.1</b>	100%	100%	100%	
4.1.1	93%	93%	93%	
4.1.2	100%	100%	100%	
4.1.3	100%	100%	100%	
4.1.4	100%	100%	100%	
4.1.5	100%	86%	93%	
4.1.6	93%	100%	100%	
4.1.7	80%	80%	86%	Non consensus.
4.1.8	93%	100%	100%	
4.1.9	93%	100%	100%	
4.1.10	100%	86%	93%	
4.1.11	100%	100%	100%	
4.1.12	100%	100%	100%	
<b>Dimension 5</b>				
<b>Norme 5.1</b>	86%	100%	100%	
5.1.1	100%	93%	100%	
5.1.2	80%	80%	86%	Non consensus.
5.1.3	80%	93%	93%	Non consensus.
5.1.4	86%	100%	100%	
5.1.5	86%	73%	86%	Non consensus.
5.1.6	100%	100%	100%	
5.1.7	100%	100%	100%	
5.1.8	93%	93%	93%	

5.1.9	100%	93%	100%	
5.1.10	100%	93%	100%	
5.1.11	86%	100%	100%	
5.1.12	93%	93%	100%	
5.1.13	100%	100%	100%	
5.1.14	93%	100%	100%	
5.1.15	100%	100%	100%	
5.1.16	100%	100%	100%	
5.1.17	100%	93%	86%	
5.1.18	100%	100%	100%	
5.1.19	100%	93%	100%	
5.1.20	100%	100%	100%	
5.1.21	100%	100%	100%	
5.1.22	100%	100%	100%	
5.1.23	100%	93%	100%	
5.1.24	<b>60%</b>	<b>73%</b>	<b>80%</b>	Non consensus.
5.1.25	100%	100%	100%	
5.1.26	93%	<b>60%</b>	<b>67%</b>	Non consensus.
5.1.27	100%	100%	100%	
5.1.28	93%	93%	100%	
5.1.29	93%	100%	100%	
5.1.30	93%	93%	93%	
5.1.31	100%	100%	100%	
5.1.32	100%	100%	100%	
5.1.33	93%	93%	100%	
5.1.34	100%	100%	100%	
5.1.35	100%	100%	100%	
5.1.36	93%	93%	93%	
5.1.37	<b>67%</b>	<b>73%</b>	<b>73%</b>	Non consensus.
5.1.38	100%	93%	100%	
5.1.39	100%	100%	100%	
5.1.40	100%	100%	100%	
Norme 5.2	86%	100%	100%	
5.2.1	86%	<b>80%</b>	93%	Non consensus.

5.2.2	93%	93%	100%	
5.2.3	80%	73%	86%	Non consensus.
5.2.4	73%	73%	86%	Non consensus.
5.2.5	86%	80%	86%	Non consensus.
5.2.6	93%	93%	93%	
Norme 5.3	100%	100%	100%	
5.3.1	86%	100%	100%	
5.3.2	93%	100%	100%	
5.3.3	93%	100%	100%	
5.3.4	93%	93%	100%	
5.3.5	93%	100%	100%	
5.3.6	93%	93%	100%	
5.3.7	100%	100%	100%	
5.3.8	86%	93%	93%	
5.3.9	93%	100%	100%	
5.3.10	100%	100%	93%	
5.3.11	100%	93%	100%	
5.3.12	100%	93%	100%	
5.3.13	93%	93%	93%	
5.3.14	86%	80%	86%	Non consensus.
5.3.15	100%	93%	100%	
5.3.16	93%	80%	93%	Non consensus.
5.3.17	93%	93%	93%	
5.3.18	86%	93%	100%	
5.3.19	100%	86%	86 %	
5.3.20	86%	67%	73%	Non consensus.
5.3.21	100%	100%	100%	
5.3.22	100%	86%	93%	
5.3.23	80%	67%	80%	Non consensus.
Norme 5.4	86%	93%	100%	
5.4.1	93%	93%	100%	
5.4.2	100%	93%	100%	
5.4.3	100%	93%	100%	

5.4.4	53%	53%	53%	Non consensus.
5.4.5	53%	53%	73%	Non consensus.
5.4.6	93%	86%	93%	
5.4.7	86%	80%	93%	Non consensus.
5.4.8	93%	100%	100%	
5.4.9	100%	73%	93%	Non consensus.
5.4.10	100%	100%	100%	
5.4.11	73%	73%	80%	Non consensus.
5.4.12	100%	100%	100%	
5.4.13	100%	100%	100%	
5.4.14	100%	93%	100%	
5.4.15	93%	100%	100%	
5.4.16	86%	93%	80%	Non consensus.
Norme 5.5	93%	100%	100%	
5.5.1	80%	80%	86%	Non consensus.
5.5.2	100%	100%	100%	
5.5.3	93%	93%	100%	
5.5.4	93%	86%	100%	
5.5.5	100%	100%	100%	
5.5.6	93%	93%	100%	
5.5.7	100%	100%	100%	
5.5.8	86%	86%	93%	
5.5.9	93%	100%	100%	
5.5.10	100%	86%	100%	
5.5.11	80%	93%	93%	Non consensus.
5.5.12	100%	86%	93%	
5.5.13	100%	100%	100%	
5.5.14	80%	73%	80%	Non consensus.
5.5.15	100%	93%	100%	
5.5.16	86%	67%	80%	Non consensus.
5.5.17	100%	93%	100%	
5.5.18	86%	80%	86%	Non consensus.
5.5.19	93%	86%	93%	

5.5.20	86%	93%	93%	
5.5.21	100%	100%	100%	
5.5.22	33%	33%	47%	Non consensus.
<b>Dimension 6</b>				
Norme 6.1	73%	100%	100%	Non consensus.
6.1.1	100%	93%	100%	
6.1.2	100%	93%	100%	
6.1.3	100%	93%	100%	
6.1.4	100%	93%	100%	
6.1.5	93%	93%	100 %	
6.1.6	73%	67%	73%	Non consensus.
6.1.7	73%	80%	86%	Non consensus.
6.1.8	86%	80%	80%	Non consensus
6.1.9	86%	80%	93%	Non consensus.
6.1.10	86%	80%	93%	Non consensus.
6.1.11	100%	80%	93%	Non consensus.
6.1.12	100%	93%	100%	
<b>Dimension 7</b>				
Norme 7.1	86%	93%	100%	
7.1.1	93%	93%	100%	
7.1.2	93%	100%	100%	
7.1.3	93%	93%	100%	
7.1.4	100%	93%	100%	
7.1.5	93%	86%	93%	
7.1.6	100%	86%	100%	
7.1.7	100%	86%	100%	
7.1.8	80%	67%	80%	Non consensus.
7.1.9	86%	86%	100%	
7.1.10	80%	80%	80%	Non consensus.
7.1.11	93%	93%	93%	
7.1.12	100%	93%	100%	
7.1.13	93%	86%	100%	
7.1.14	100%	86%	93%	
7.1.15	100%	93%	93%	



Dimension 8				
Norme 8.1	100%	100%	100%	
8.1.1	100%	100%	100%	
8.1.2	100%	100%	100%	
8.1.3	80%	86%	86%	Non consensus.
8.1.4	93%	86%	100%	
8.1.5	93%	93%	100%	
8.1.6	100%	100%	100%	
8.1.7	93%	93%	93%	
Dimension 9				
Norme 9.1	100%	100%	100%	
9.1.1	100%	100%	100%	
9.1.2	93%	100%	100%	
9.1.3	93%	86%	100%	
9.1.4	100%	93%	100%	
9.1.5	80%	73%	80%	Non consensus.
9.1.6	100%	100%	100%	
9.1.7	100%	86%	100%	
9.1.8	100%	93%	100%	
9.1.9	86%	80%	100%	Non consensus.
9.1.10	80%	67%	73%	Non consensus.
9.1.11	100%	93%	100%	
9.1.12	86%	60%	73%	Non consensus.
9.1.13	100%	86%	93%	
9.1.14	93%	86%	93%	
9.1.15	86%	93%	93%	
9.1.16	100%	93%	100%	
9.1.17	100%	86%	100%	
9.1.18	100%	93%	100%	
9.1.19	80%	73%	86%	Non consensus.
9.1.20	93%	100%	100%	
9.1.21	93%	93%	93%	

Présentation des résultats au terme de la deuxième consultation du processus de validation.

Le même groupe de 15 informateurs-clés devait examiner de nouvelles propositions pour chacun des 56 indicateurs n'ayant pas fait consensus au cours de la première consultation. Malheureusement, oubliée par l'investigatrice dans la seconde grille de validation, la seule norme n'ayant pas fait consensus n'a pas été revalidée.

Afin de procéder à la seconde validation, des propositions d'indicateurs reformulés ou d'indicateurs à rejeter, ont été soumises à partir des commentaires émis par l'ensemble des informateurs-clés. (voir appendice H).

L'informateur-clé devait se prononcer pour chaque indicateur, sur la clarté, la pertinence et l'importance. Le niveau de consensus avait également été fixé à 85 % pour chacun des aspects à évaluer.

Au terme de la deuxième consultation du processus de validation pour les 56 indicateurs de qualité, 15 indicateurs n'ont pas fait consensus et 41 propositions d'indicateurs ont été acceptés après avoir soit: ajouté des mots ( 12 ), reformulé l'énoncé (22 ), changé des mots ( 2 ), reporté à une autre dimension ( 1 ), ou rejeté ( 3 ). Le tableau 5 illustre ces résultats.

Tableau 5-

Résultats globaux au terme de la deuxième consultation du processus de validation.

<u>Dimensions</u>	<u>Normes</u>	<u>Indicateurs</u>	<u>Indicateurs avec consensus</u>	<u>Indicateurs sans consensus</u>
9 / 9	12 / 13	56 / 56	41 / 56 ajout: 12 reformulé: 22 changé: 2 reporté: 1 rejeté: 3	15 / 56

Le tableau 6 révèle les niveaux de consensus pour chacun des indicateurs ainsi que le type de correction qui a été apporté. Toutes les données pour chacun des aspects ont été compilées par l'investigatrice.

Tableau 6

Résultats pour chaque indicateur au terme de la deuxième consultation du processus de validation.

	Clarté	Pertinence	Importance	Corrections
<b>Dimension 1</b>				
1.1.1	93%	(80%) 100 %	93%	Ajout de "verbalement et intervention".
<b>Dimension 2</b>				
2.1.6	100%	(80%) 100 %	(67%) 100%	Ajout de "si nécessaire".
2.1.8	100%	(53%) 93 %	(60%) 93%	Reformulé.
2.1.13	93%	(80%) Rejeté à 80 %	100%	Non consensus.
2.1.18	86%	(80%) 86 %	100%	Ajout de "vécu par".
2.1.19	100%	(80%) 93 %	100%	Reformulé.
2.1.21	(80%) 80 %	93%	100%	Non consensus.
2.1.24	(73%) 92 %	(67%) 86 %	86%	Ajout de la notion d'urgence.
2.1.31	(80%) 86 %	100%	93%	Changé pour relation de soins.
2.1.32	(13%) 100 %	(33%) 93 %	(47%) 100 %	Reformulé.
<b>Dimension 3</b>				
3.1.1	86%	(80%) 86 %	93%	Ajout "qu'elle vit présentement".
3.1.3	93%	(80%) Rejeté à 50 %	93%	Non consensus.
3.1.10	86%	(73%) 100 %	93%	Reporté dans la dimension 4.
3.1.12	(73%) 93 %	93%	86%	Reformulé.
3.1.13	(80%) 100%	86%	93%	Ajout "s'il y a lieu".

Dimension 4				
4.1.7	(80%) 93 %	(80%) 86 %	86%	Reformulé.
Dimension 5				
5.1.2	(80%) 100 %	(80%) 100 %	86%	Changé "à la première visite".
5.1.3	(80%) 100 %	93%	93%	Ajout "au besoin".
5.1.5	86%	(73%) Rejeté à 100 %	86%	Rejeté.
5.1.24	(60%) 86 %	(73%) 100 %	(80%) 100 %	Reformulé.
5.1.26	93%	(60%) 80 %	67% 79 %	Non consensus.
5.1.37	(67%) 100 %	(73%) 100 %	(73%) 100 %	Reformulé.
5.2.1	86 %	(80%) 100 %	93%	Reformulé.
5.2.3	(80%) 80 %	(73%) 93 %	86%	Non consensus.
5.2.4	(73%) 77 %	73% 73 %	86%	Non consensus.
5.2.5	86%	(80%) 93 %	86%	Ajout "dans les notes d'observation".
5.3.14	86%	(80%) 100 %	86%	Reformulé.
5.3.16	93%	(80%) 93 %	93%	Ajout "s'il y a lieu".
5.3.20	86%	(67%) 93 %	(73%) 93 %	Reformulé.
5.3.23	(80%) 93 %	(67%) 100%	(80%) 100 %	Reformulé.
5.4.4	(53%) 93 %	(53%) 86 %	(53%) 93 %	Reformulé.
5.4.5	(53%) 86 %	(53%) 85 %	(73%) 85 %	Reformulé.
5.4.7	86%	(80%) 93 %	93%	Reformulé.
5.4.9	100%	(73%) Rejeté à 67 %	93%	Non consensus.
5.4.11	(73%) 93 %	(73%) 93 %	(80%) 86 %	Reformulé.
5.4.16	86%	93%	(80%) 93 %	Ajout "médecin".
5.5.1	(80%) 83 %	(80%) 100 %	86%	Non consensus.
5.5.11	(80) Rejeté à 100 %	93%	93%	Rejeté.
5.5.14	(80%) 86 %	(73%) 80 %	(80%) 86 %	Non consensus.
5.5.16	86%	(67%) 93 %	(80%) 92 %	Ajout "s'il y a lieu".
5.5.18	86%	(80%) Rejeté à 86 %	86%	Rejeté.
5.5.22	(33%) 100 %	(33%) 93 %	(47%) 93 %	Reformulé.
Dimension 6				
6.1.6	(73%) 86 %	(67%) 100 %	(73%) 100 %	Reformulé.
6.1.7	(73%) 100 %	(80%) 93 %	86%	Reformulé.

6.1.8	86%	(80%) 93 %	(80%) 93 %	Reformulé.
6.1.9	86%	(80%) 80 %	93 %	Non consensus.
6.1.10	86%	(80%) 73 %	93%	Non consensus.
6.1.11	100%	(80%) 86 %	93%	Reformulé.
<b>Dimension 7</b>				
7.1.8	(80%) 92 %	(67%) 93 %	(80%) 100 %	Reformulé.
7.1.10	(80%) 67 %	(80%) 92 %	(80%) 92 %	Non consensus.
<b>Dimension 8</b>				
8.1.3	(80%) 53 %	86%	86%	Non consensus.
<b>Dimension 9</b>				
9.1.5	(80%) 80 %	(73%) 77 %	(80%) 85 %	Non consensus.
9.1.9	86%	(80%) Rejeté à 85 %	100%	Non consensus.
9.1.10	(80%) 93 %	(67%) 86 %	(73%) 67 %	Non consensus.
9.1.12	86%	(60%) 85 %	(73%) 92 %	Reformulé
9.1.19	(80%) 86 %	(73%) 93 %	86%	Reformulé.

### Synthèse des résultats.

Dans cette étude, 13 normes et 227 indicateurs ont été élaborés par l'investigatrice. La validation de contenu a été établie par 15 informateurs-clés. Ils possédaient tous au moins une expérience de deux ans dans un service de soins infirmiers à domicile offert par un CLSC. À la fin des deux processus de validation, 12 normes et 208 indicateurs ont atteint le niveau de consensus de 85 % pour être valides et devenir utilisables pour construire un instrument de mesure de la qualité des soins infirmiers dans le domaine des soins à domicile. Le tableau suivant indique les résultats globaux au terme des deux consultations.

Tableau 7Résultats globaux au terme des deux consultations du processus de validation

Dimensions	Normes	Indicateurs
9	12	208

## **Chapitre 5**

### **Discussion des résultats**

L'élaboration et la validation de normes et d'indicateurs de qualité représentent un travail laborieux et utile nous permettant de cerner, en grande partie, le processus des soins infirmiers dispensés à domicile. Ce dernier chapitre, présente une discussion portant sur la méthodologie utilisée pour la réalisation de ces deux étapes et des recommandations pour orienter la poursuite de ce travail.

### Discussion.

#### Choix de l'approche.

Dans cette étude, le choix portant sur l'approche processus, s'est avéré pertinent et réaliste. En effet, l'absence de normes et d'indicateurs décrivant le processus des soins infirmiers à domicile a suscité beaucoup d'intérêt dans le milieu des CLSC. Le haut taux de participation et de rétention à ce projet, de la part des responsables de soins et des informateurs-clés, a confirmé un grand besoin dans ce domaine.

#### Dimensions.

Le choix des différentes dimensions a été plutôt judicieux pour encadrer la démarche d'élaboration des normes et des indicateurs. D'après les informateurs-clés, ils couvraient bien les aspects reliés au processus de soins infirmiers à domicile.

On retrouve parmi les 9 dimensions, cinq thèmes qui correspondent à celle de l'OIIQ (1996), ce sont: le partenariat infirmière-client; la promotion de la santé; la prévention de la maladie, le processus thérapeutique; et la réadaptation fonctionnelle. Même s'ils ne font pas appel nécessairement aux mêmes indicateurs la dimension qui a



trait à " La défense des droits de la personne" peut référer à la qualité de vie et la dimension "Collaboration interdisciplinaire", à "L'engagement professionnel".

#### Élaboration des normes et des indicateurs.

Pour l'investigatrice, l'accès à des normes et des indicateurs déjà élaborés pour une pratique générale ou pour des domaines spécifiques de soins infirmiers a été possible (voir appendice A).

Si l'on considère le contexte dans lequel s'est déroulé l'étude et le facteur temps qui aurait été associé à l'élaboration de normes et d'indicateurs de qualité par des informateurs-clés, l'utilisation de l'approche déductive, qui avait pour but de proposer des normes et des indicateurs déjà élaborés en vue de leur validation, a facilité l'atteinte de l'objectif.

#### Validation des normes et des indicateurs.

Pour permettre la validation des normes et des indicateurs, sans avoir à se déplacer, la technique Delphi a permis de rejoindre un informateur-clé dans chacune des 15 régions de la province de Québec même si l'on considère qu'un nombre de cinq informateurs-clés aurait été suffisant (Lynn, 1986). Mais avec ce nombre de cinq personnes, il aurait été indispensable que tous soient d'accord pour atteindre un consensus de 85%.

Dans le contexte de cette étude, même si un échéancier, de une et de deux semaines, avait été suggéré pour chacun des deux processus de validation, chaque membre du groupe Delphi a pu valider les normes et les indicateurs proposés à son

rythme. En effet, dépassant toutes prévisions, une durée de deux mois a été nécessaire pour chacune des deux consultations du processus de validation.

Pour ce qui est du recrutement, des 45 demandes de participation à l'étude qui ont été faites, 44 réponses ont été positives. La seule réponse négative était motivée par une non disponibilité du personnel infirmier reliée à un processus de fusion vécu dans l'établissement.

D'autre part, pour permettre le recrutement d'informateurs-clés, une lettre explicative avait été expédiée aux responsables de soins infirmiers en CLSC. Sur cette lettre, nous constatons que le temps nécessaire à la réalisation des deux exercices de validation aurait dû être mentionné. Ceci aurait évité pour quelques responsables de soins infirmiers d'avoir à communiquer avec l'investigatrice.

#### Grille de validation.

Pour deux informateurs-clés, la grille de validation a présenté une difficulté au niveau du critère "importance". Les informateurs-clés considéraient tous les indicateurs importants. Aussi, aucune suggestion de nouveau indicateur n'a été faite.

Dans cette étude, le niveau de consensus ayant été fixé à 85%, nous devions avoir 13 informateurs-clés sur quinze qui étaient d'accord (avoir choisi trois ou quatre sur l'échelle d'analyse) pour pouvoir accepter chacun des aspects à l'étude. L'échelle d'analyse proposée, de type Likert à quatre points, s'est avérée adéquate puisqu'elle ne comportait pas de valeur centrale ambivalente.

Par ailleurs, seuls les commentaires reliés aux indicateurs n'ayant pas fait consensus lors de la première consultation du processus de validation ont été retenus dans

cette étude. Toutefois, nous croyons que les commentaires reliés aux indicateurs qui ont fait consensus pourraient être revus et utilisés avant de passer à la prochaine étape de la construction d'un instrument de mesure.

Enfin, par oubli de la part de l'investigatrice, disons que la seule norme n'ayant pas fait consensus au niveau de la clarté n'a pas été revue lors du deuxième processus de validation.

#### Résultats obtenus.

Au terme de cette étude, nous retrouvons neuf dimensions, 12 normes et 208 indicateurs de qualité dont la validité repose entièrement sur le jugement et l'expertise de 15 informateurs-clés représentatifs du milieu des soins infirmiers à domicile. Nous considérons que le nombre d'indicateurs de qualité par norme nous assure une couverture suffisante pour développer un instrument de mesure. En effet, pour mesurer une norme nous retrouvons entre six et 40 indicateurs.

#### Recommandations.

L'élaboration et la validation de normes et d'indicateurs de qualité spécifiques à la pratique des soins infirmiers à domicile ne sont que les deux premières étapes qui doivent conduire à la création d'un instrument de mesure applicable à ce secteur. Toutefois, avant de procéder à la création d'un instrument de mesure, nous recommandons qu'un regroupement de certains indicateurs soit fait. À titre d'exemple, on pourrait regrouper des éléments de la collecte des données sous un même indicateur ( ex: 5.1.8 – 5.1.9 – 5.1.10).

Aussi, nous recommandons l'utilisation de ces normes et indicateurs pour la construction d'un instrument de mesure de la compétence du personnel infirmier soit; pour réaliser une démarche d'orientation du nouveau personnel ou pour guider les besoins dans un programme de formation continue.

Enfin, nous ajoutons que pour mener à bien l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, nous suggérons comme le dit Donabedian (1992), de développer dans le futur des indicateurs de structure et de résultats. L'approche tripartite ferait en sorte de mieux identifier les problèmes de qualité dans un processus d'amélioration continue de la qualité.

## **Conclusion**

Les soins infirmiers dispensés à domicile sont spécifiques et de plus en plus présents dans la communauté. L'absence d'instrument de mesure dans ce domaine fait en sorte que les soins infirmiers ne peuvent être évalués.

Cette étude méthodologique, visait à élaborer des normes et des indicateurs de qualité reliés au processus des soins infirmiers à domicile et à établir leur validité de contenu. L'approche processus a été retenue et découle des travaux de Donabedian (1966). Elle visait à démontrer à l'aide de comportements, comment sont donnés les soins infirmiers à domicile.

Le cadre de référence, qui a servi à élaborer les normes et les indicateurs de qualité, comprend neuf dimensions jugées pertinentes par l'investigatrice, à la pratique des soins infirmiers à domicile. Elles ont été choisies à partir des travaux de l'ANA (1886,1991), Grenier et coll. (1989), OIIQ (1986,1996) et Schmele et Allen (1990).

L'objectif de cette étude a été atteint à l'aide d'une technique Delphi . En effet, au cours de deux itérations, neuf dimensions, 12 normes et 208 indicateurs de qualité ont été élaborés et validés par 15 informateurs-clés provenant de 15 régions de la province de Québec.

La réalisation de ces deux étapes rend possible maintenant, la construction d'un instrument de mesure du processus des soins infirmiers pour le secteur des soins infirmiers à domicile offerts par les CLSC.

## Références

- Adam, E. C. (1991). Être infirmière. Un modèle conceptuel, 3 ed , Montréal: Études vivantes.
- A.I.I.C. (1993). Montrer la voie en période de changement, un défi pour la profession infirmière, Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Alderson, M. (1992). Élaboration et validation nominale de normes et critères de qualité des soins infirmiers de longue durée, Mémoire. Université de Montréal.
- Association des hôpitaux du Québec. (1991). Manuel de gestion des risques.
- A.N.A. (1974). Standards for community health nursing practice, Washington: American nurses association.
- A.N.A. (1986). Standards of home health nursing practice. Washington: American nurses association.
- A.N.A. (1991<sub>a</sub>) Standards of clinical nursing practice, Washington: American nurses association.
- A.N.A. (1991<sub>b</sub>) Task force on nursing practice standards and guidelines: working paper. Journal of Nursing Quality Assurance, 5, (3), 1-17.
- A.N.A. (1995). Implementation of nursing practice standards and guidelines, Washington: American nurses association.
- Atwood, J. R. (1980). A research perspective, Nursing Research, 29, (2), 104-108.
- Badouaille, M.L. (1982). L'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Symbiose, 23, 57-61.

Bauman, M. K. (1991). The importance of outcome measurement in quality assurance. Holistic Nursing Practice, 5, (3), 8-13.

Beckman, J, S. (1987). What is a standard of practice? Journal of Nursing Quality Assurance, 1, (2), 1-6.

Benner, P. (1995). De novice à expert, excellence en soins infirmiers. Les Ed. ERPI

Bronfenbrenner, Y. (1977). Toward an experimental ecology of human development, Am Psychology, july, 513-531.

Brunelle, G. (1994). Élaboration et validation nominale de normes et critères de qualité des soins infirmiers en hémodialyse conventionnelle chez la clientèle adulte. Mémoire. Université de Montréal.

Brunelle, Y. (1993). La qualité des soins et des services: un cadre conceptuel. Québec: MSSS.

Chagnon, M., Lange-Sondack, P., Arlot-Tovel, D. (1982). Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers, Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Chu, L. N. & Schmele, J. A. . (1990) Using the ANA standards as a basis for performance evaluation in the home health care setting. Journal of Nursing Quality Assurance, 4, (3), 25-33.

Clément, Y. (1993). La qualité des services dans un petit hôpital. L'infirmière canadienne. Avril, 42.



Connington, M. E. & Dupuis, P. (1990). Unit based nursing quality assurance: a patient centered approach. Rockville-Maryland: An aspen. Publication.

CRSSS 03 (1990) Rapport du comité nursing conjoint CHSLD-CLSC sur les soins infirmiers spécialisés à domicile.

Cormack, D.F.D. & Reynold, W. (1992). Criteria for evaluating the clinical and practical utility of model used by nurses. Journal of advanced Nursing, 17, 1472-1478.

Davis, B. A.& Bush, H. A. (1995) Developing effective measurement tools: a case study of the consumer emergency care satisfaction scale. Journal Nursing Care Quality, 9, (2), 26-35.

Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. Milbank memorial fundation quaterly, 44, 166-206.

Donabedian, A. (1986). Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin, March, 99-108.

Donabedian, A. (1988) Quality assessment and assurance: unity of purpose diversity of means. Inquiry, 25, 173-192.

Donabedian, A. (1992). The role of outcomes in quality assessment and assurance. Quality Review Bulletin, November, 356-360.

Drapeau, J. (1993). L'évaluation de la qualité des soins infirmiers: un processus à respecter, des rôles à préciser. Gésiqualité, 11, (2), 1-6.

Dumonceau, A. (1996). Mémoire présenté par le conseil d'administration du GESIQ lors des états généraux sur le devenir de la profession infirmière en mai 1996. Gésiqualité, 14, (3), 1-3.

F.C.L.S.C. (1989). Des CLSC de qualité : Proposition d'un modèle d'évaluation adapté au réseau des CLSC. FCLSC.

F.C.L.S.C. (1991). Rapport du comité conjoint, FCLSC, CLSC, DSC : document de réflexion numéro 4: le soutien à domicile, FCLSC.

F.C.L.S.C. (1992). Rapport du comité conjoint, FCLSC, CLSC, OIIQ, Université Laval: document de réflexion : les services infirmiers en CLSC, FCLSC.

F.C.L.S.C. (1995). Virage ambulatoire, introduction générale, FCLSC.

Flynn, B. C. & Ray, D. W. (1987) Current perspectives in quality assurance and community health nursing. Journal of Community Health Nursing, 4, (4), 187-197.

Fortin, M. F. (1996). Le processus de la recherche de la conception à la réalisation. Montréal : Décarie.

Gouvernement du Québec (1996). Code de déontologie des infirmières et infirmiers. RRQ. Chapitre 1-8., R-4.

Gouvernement du Québec. (1996). Code des professions. LRQ, Chapitre C-26, Gazette officielle du Québec.

Gouvernement du Québec. (1997<sub>a</sub>). Loi sur les services de santé et les services sociaux. LRQ, Chapitre S-4.2, Gazette officielle du Québec.

Gouvernement du Québec. (1997<sub>b</sub>). Loi sur les infirmières et infirmiers. LRQ, Chapitre -1-8, Gazette officielle du Québec.

Grenier, R. (1992). Optimiser les retombées de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, Gésiqualité, 10, (4), 1-3.

Grenier, R. (1993). Une terminologie à apprivoiser. Gésiqualité, 11, (3), 1-7.

- Grenier, R. (1996). Le processus de gestion de la qualité des soins infirmiers. Journée de formation à l'Université du Québec à Rimouski.
- Grenier, R., Drapeau, J. et Desautels, J. (1989). Normes et critères de qualité des soins infirmiers. Montréal: Décarie.
- Groupe Secor inc. (1994). La qualité de service dans les CLSC et centres de santé. FCLSC.
- Hagan, L., Saillant, F. et Boucher-Dancause, G. (1994). Maintien à domicile et promotion de l'autonomie des clientèles; les enjeux de la pratique des soins infirmiers. L'infirmière du Québec, 1, (5), 35-42.
- Heuse, A. (1983). Naissance et évolution du concept d'évaluation de la qualité. L'hôpital belge / het belzish ziekenhuis, 162, 10-25.
- Jacquerye, A. (1983) Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Paris:Éd. du Centurion.
- Jaffe, M. S. & Skidmore- Roth, L. (1996). Les plans de soins à domicile. Paris: Maloine.
- Joint Commission on Accreditation of Health Organisations (1989). Characteristics of clinical indicators. Quality Review Bulletin, 15, (11), 330-339.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., Major, F. (1994). La pensée infirmière, Laval: Editions Études Vivantes
- Kitson, A., Harvey, G., Hyndman, S. & Yerrel, P. (1994) Criteria formulation and application an evaluative framework. International Journal of Nursing Studies, 31, (2), 155-167.

Laurin, J. (1980). Schème conceptuel et évaluation de la qualité des soins, L'infirmière canadienne, nov.

Laurin, J. (1983) Évaluation de la qualité des soins infirmiers. Montréal: Chenelière et Stanké.

Laurin, J. (1993). Qualité des soins infirmiers : concepts et évaluation. Montréal: Les presses de l'université de Montréal.

Leprohon, J. et Lévesque-Barbès, H. (1997). Direction de la qualité de l'exercice, nouvelles orientations. Montréal : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Lévesque, N. (1995). La qualité des soins infirmiers: la perspective des personnes âgées soignées à domicile. Mémoire. Université Laval.

Lindeman, C. A. (1976). Measuring quality of nursing care, The journal of nursing administration, 6, (7), 16-19.

Lynn, M. R. (1986). Determination and quantification of content validity, Nursing Research, 35, (6), 382-385.

Meisenheimer, C. (1991). The consumer: silent or intimate player in the quality revolution, Holistic nursing practice, 5 (3), 39-50.

Mintzberg, H. (1983). Structure in fives, designing effective organizations. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.

MSSS. (1990). Une réforme axée sur le citoyen. Québec: Gouvernement du Québec.

MSSS. (1992<sub>a</sub>) Politique de la santé et du bien-être, Québec: gouvernement du Québec.

- MSSS. (1994). Les services à domicile de première ligne, cadre de référence. Québec: Gouvernement du Québec.
- MSSS. (1995). La chirurgie d'un jour et son organisation. Québec: Gouvernement du Québec.
- OIIQ. (1986). Normes et critères de compétences des infirmières et infirmiers en santé communautaire au Québec. Montréal: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OIIQ. (1994). L'exercice infirmier en CLSC, constat et recommandations. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OIIQ. (1996). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière. Direction de la qualité de l'exercice. Montréal :Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- OMS. (1978). Les soins de santé primaires. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata URSSS, Genève : Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (1988) Élaboration de normes de pratique infirmière. Rapport d'une réunion de l'OMS. Lyon: Organisation mondiale de la santé, S-9 septembre.
- OMS, Santé et Bien-être social, Association canadienne de santé publique. (1986) Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé.
- Ouellet, S., Bernier, J. et Grenier, R. (1996). L'élaboration et la validation de normes et de critères de qualité de soins et services dispensés en UHRESS aux personnes vivant avec le VIH/SIDA et leurs proches. Gésiqualité, 14, (3), 4-7.

- Perreault, P. (1992). La qualité par la gestion participative: la force du groupe, le pouvoir de l'imagination. Gésiqualité, 10, (3), 1-4.
- Pineault, R. et Daveluy, C. (1986). La planification de la santé: concepts méthodes stratégies. Montréal: Agence d'Arc inc.
- Sale, D. (1990), Quality assurance. Édition inconnue.
- Schmald, J. C. (1979). Quality assurance: examination of the concept. Nursing Outlook, july, 462-465.
- Schmele, J. A. & Allen, M.E. (1990). A comparaison of four nursing process measures of quality in home health. Journal of Nursing Quality Assurance, 4, (4), 26-35.
- Schmele, J. A. & Donabedian, A. (1996). The application of a model to measure the quality of nursing care in home health. In J. Schmele (Ed.) Quality management in nursing and health care, Albany, N.Y: Delmar
- Selltiz, C., Wrightsman, L. S. et Cook, S. W. (1977). Les méthodes de recherche en sciences sociales, Montréal : Les éd. HWR.
- Shiber, S. & Larson, E. (1991). Evaluating the quality of caring: structure, process and outcome. Holistic Nursing Practice, 5, (3), 57-66.
- Soucaret, F. (1992). La qualité totale un outil d'analyse, le diagramme d'Ishikawa. Gésiqualité, 10, (4), 4-6.
- Spadoni, Y. (1982). Évaluation des soins infirmiers, aspect méthodologique. Symbiose- revue des professions de santé, 23, 57-61.
- Vuori, H. V. (1984). L'assurance de la qualité des prestations de santé, Copenhague: Organisation mondiale de la santé.

Watson, A. & Mayers, M. (1976) Planning and evaluating nursing care :  
Evaluating the quality of patient care through retrospective chart review. Contemporary  
Publishing inc.

Youssef, A. (1992). Les sept outils de la qualité, Qualité totale, 13, (4), 10.

Zlotnick, C. & Decker, R. (1991). Home visiting outcomes and quality of live  
measures. Journal of Community Health Nursing, 8, (4), 207-214.

Zotti, M. E., Brown, P., Stotts, R.C. (1996). Community based nursing versus  
community health nursing : What does it all mean ? Nursing Outlook, 44, (5), 211-217.

## Appendices



## **Appendice A**

### **Dimensions et normes de pratique des soins infirmiers selon la littérature**

ANA (1986)	OIIQ (1986)	Grenier et coll. (1989)	Schmele et Allen (1990) SIMP-H	ANA (1991)	OIIQ (1996)
<p>1) Organisation des services des soins à domicile.(39 indicateurs)</p> <p>2) <b><u>Les actions de l'inf. sont basées sur un modèle conceptuel.</u></b> (10 indicateurs)</p> <p>3) L'inf. Collecte des données. (14 indicateurs)</p> <p>4) Détermination d'un diagnostic nursing. (12 indicateurs)</p> <p>5) Planification des soins. (11 indicateurs)</p> <p>6) Intervention. (21 indicateurs)</p> <p>7) Évaluation. (19 indicateurs)</p> <p>8) <b><u>Continuité des soins.</u></b> (23 indicateurs)</p> <p>9) <b><u>Collaboration inter-disciplinaire.</u></b> (10 indicateurs)</p> <p>10) Développement professionnel. (14 indicateurs)</p> <p>11) Recherche. (15 indicateurs)</p> <p>12) Éthique. (4 indicateurs)</p>	<p>1) L'inf. possède une conception des soins. (4 indicateurs)</p> <p>2) L'inf. utilise une démarche scientifique. (6 indicateurs)</p> <p>3) Utilise des méthodes d'éducation sanitaire. (11 indicateurs)</p> <p>4) Établit une alliance thérapeutique avec la clientèle.(6 indicateurs)</p> <p>5) Applique des mesures préventives, curatives et des mesures de rééducation et de réinsertion sociale. (15 indicateurs)</p> <p>6) Améliore le milieu de vie et la sécurité. (5 indicateurs)</p> <p>7) <b><u>Défense des droits.</u></b> (8 indicateurs)</p> <p>8) Continuité et complémentarité des soins (multidisciplinarité et réseau). (5 indicateurs)</p> <p>9) Assume ses responsabilités en tant que membre d'une profession. (9 indicateurs)</p>	<p>1) Le plan de soins est formulé (74 indicateurs).</p> <p>2) Les besoins physiques du bénéficiaire sont pris en considération. (108 indicateurs).</p> <p>3) Les besoins autres que physiques (psychologique, émotionnel, mental, social et spirituel) du bénéficiaire sont pris en considération. (68 indicateurs)</p> <p>4) L'atteinte des objectifs de soins infirmiers est évaluée. (20 indicateurs)</p> <p>5) Les directives au niveau de l'unité visent la protection de tous les bénéficiaires. (19 indicateurs)</p> <p>6) Les soins inf. sont facilités par des services d'ordre administratif et de gestion. (56 indicateurs)</p>	<p>1) Collecte des données. (1 à 15 indicateurs)</p> <p>2) Planification. (16 à 30 indicateurs)</p> <p>3) Intervention. (31 à 45 indicateurs)</p> <p>4) Évaluation. (46 à 60 indicateurs)</p>	<p>1) Collecte des données.</p> <p>2) Diagnostic.</p> <p>3) Identification des résultats.</p> <p>4) Planification.</p> <p>5) Intervention.</p> <p>6) Évaluation.</p>	<p>1) <b><u>Partenariat infirmière-client.</u></b></p> <p>2) <b><u>Promotion de la santé.</u></b></p> <p>3) <b><u>La prévention de la maladie.</u></b></p> <p>4) <b><u>Processus thérapeutique</u></b></p> <p>5) <b><u>Réadaptation fonctionnelle.</u></b></p> <p>6) Qualité de vie.</p> <p>7) Engagement professionnel</p>

**N.B:** Les dimensions qui ont été retenues dans cette étude sont celles écrites en caractère gras dans ce tableau.

## **Appendice B**

### **Proposition de dimensions, de normes et d'indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile**

**Proposition de dimensions, de normes et d'indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile**

**Dimension 1- Adoption d'un modèle conceptuel.**

**Norme 1.1- Les actions de l'infirmière ou l'infirmier à domicile sont basées sur un modèle conceptuel choisi dans le service.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

1.1.1- ...décrit les valeurs, les postulats et les buts du service selon le modèle conceptuel choisi.

1.1.2- ...décrit verbalement sa conception de la personne en tenant compte du modèle conceptuel choisi.

1.1.3- ...décrit verbalement sa conception de la santé en tenant compte du modèle conceptuel choisi.

1.1.4- ...décrit verbalement sa conception de l'environnement en tenant compte du modèle conceptuel choisi.

1.1.5- ...décrit verbalement sa conception des soins infirmiers en tenant compte du modèle conceptuel choisi.

1.1.6- ...utilise des questionnaires, un plan de soins ou d'autres outils de travail élaborés selon le modèle conceptuel choisi.

1.1.7- ...consigne au dossier de la personne des activités de soins infirmiers qui reflètent le modèle conceptuel choisi dans un langage clair.

**Dimension 2- Le partenariat infirmière-client.**

**Norme 2.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile développe une relation de partenariat avec la personne.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

- 2.1.1- ...téléphone à la personne pour annoncer sa visite.
- 2.1.2- ...communique de façon claire, polie et chaleureuse.
- 2.1.3- ...se présente en précisant son nom et son rôle.
- 2.1.4- ...aborde la personne par son nom.
- 2.1.5- ...énonce le but de la visite.
- 2.1.6- ...communique à la personne le temps alloué pour la visite.
- 2.1.7- ...fait connaître ses disponibilités et la façon pour être rejoint.
- 2.1.8- ...informe la personne du pourquoi si la visite à domicile est retardée.
- 2.1.9- ...avise la personne de tout retard inhabituel.
- 2.1.10-...informe la personne des interventions de soins infirmiers à être exécutées.
- 2.1.11-...vérifie la compréhension de la personne face aux interventions.
- 2.1.12-...encourage la personne à verbaliser tout inconfort ou inquiétude.
- 2.1.13-...fait en sorte de concourir à l'accroissement de l'autonomie de la personne.
- 2.1.14-...évalue certaines capacités de communication de la personne, c'est à dire voir, entendre et parler.
- 2.1.15-...démontre une attitude d'écoute.
- 2.1.16-...manifeste son empathie à la personne, c'est à dire elle ou il se met à la place de la personne et perçoit ce qu'elle ressent.
- 2.1.17-...respecte les valeurs de la personne.
- 2.1.18-...communique ce qu'elle ou il comprend de l'expérience de santé de la personne.
- 2.1.19-...encourage la personne à initier les discussions et les questions.
- 2.1.20-...apporte du support psychologique à la personne en discutant avec elle de son anxiété, des résultats des soins ou de ce qu'elle vit.
- 2.1.21-...démontre de la compréhension, de la sensibilité, de la congruence et de la responsabilité.
- 2.1.22-...démontre une capacité à calmer et à rassurer une personne.
- 2.1.23-...donne des encouragements à la personne.
- 2.1.24-...a un temps de réaction qui n'excède pas 24 heures à une demande de la personne.
- 2.1.25-...reconnaît que la personne est responsable des décisions touchant sa santé.

- 2.1.26-...habilite la personne à effectuer certains soins.
- 2.1.27-...élabore les objectifs de soins avec la personne.
- 2.1.28-...discute avec la personne des moyens pour atteindre les objectifs.
- 2.1.29-...tente d'obtenir la collaboration, si nécessaire, de la famille ou des proches concernant les médicaments, la diète, le support moral et les activités sociales.
- 2.1.30-...négocie avec la personne une modification, une poursuite ou une terminaison du plan de soins.
- 2.1.31-...prépare avec la personne la fin de la relation d'aide.
- 2.1.32-...réfère au modèle de communication qu'illustre le processus de décision durant la visite: infirmière ou infirmier ↔ personne.

### **Dimension 3- Promotion de la santé.**

**Norme 3.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile contribue à la promotion de la santé en aidant la personne à se réaliser selon son potentiel.**

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

- 3.1.1- ...aide la personne à donner un sens à son expérience de santé.
- 3.1.2- ...encourage la participation de la personne aux activités reliées aux soins.
- 3.1.3- ...reconnaît l'expérience de la personne comme une forme de savoir.
- 3.1.4- ...assiste la personne à faire face aux émotions et aux comportements associés à son expérience de santé.
- 3.1.5- ...évalue les connaissances acquises sur la santé.
- 3.1.6- ...utilise des méthodes d'éducation à la santé (ex: formation à la personne et sa famille)
- 3.1.7- ...élabore ou participe à l'élaboration des programmes d'enseignement.
- 3.1.8- ...donne une information simple en utilisant un vocabulaire à la portée de toutes et de tous.
- 3.1.9- ...informe la personne des signes et symptômes reliés à l'expérience de santé.
- 3.1.10-...fait de l'enseignement sur les habitudes de vie, les phases de développement et de maturation.

3.1.11-...fait de l'enseignement sur les médicaments utilisés.

3.1.12-...renseigne sur les moyens naturels ou explore si besoin les possibilités de soins avant d'avoir recours à un médicament.

3.1.13-...informe la personne sur les situations de violence dans son environnement.

3.1.14 -...habilite la famille ou les proches à préparer et à administrer les médicaments.

#### **Dimension 4- Prévention de la maladie.**

**Norme 4.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile fait en sorte de prévenir les complications, les accidents et les blessures chez la personne.**

##### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

4.1.1- ...enseigne des moyens de prévention contre la progression de la maladie ou de l'invalidité.

4.1.2- ...informe sur les éléments de surveillance (ex: diète, médication et que faire en cas d'urgence).

4.1.3- ...applique les mesures d'asepsie et de prévention des infections (port de gant, lavage des mains avant et après chaque traitement, désinfection des sites de ponction, protection de la stérilité du matériel et disposition du matériel contaminé).

4.1.4- ...sait comment intervenir en cas de malaises durant le traitement (ex: baisse de T.A., choc vagal ou anaphylactique etc. ).

4.1.5- ...évite la présence d'un animal domestique dans la pièce où se donne le soin.

4.1.6- ...donne des informations sur le milieu physique sécuritaire à domicile pour éviter les accidents et les blessures.

4.1.7- ...rapporte les sources de danger aux instances concernées et aux groupes impliqués dans la protection de l'environnement.

4.1.8- ...rédige un rapport écrit lors d'incident ou d'accident et élabore des recommandations afin d'éviter que l'incident ou l'accident ne se reproduise.

4.1.9- ...intervient dans les situations d'urgence, les situations de crise, les situations de violence selon les besoins de la personne, les priorités et les politiques de l'établissement.

4.1.10-...effectue à chaque visite une vérification et une surveillance de la médication.

4.1.11-...administre les vaccins selon le protocole d'immunisation du Québec (PIQ).

4.1.12-...s'informe de la disponibilité, de la motivation et des connaissances des aidantes ou aidants naturels afin de prévenir l'épuisement.

**Dimension 5- Processus thérapeutique.**

**Norme 5.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile procède à une évaluation de l'expérience de santé de la personne.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile ...

5.1.1- ...début la collecte des données qui est insérée au dossier de la personne dès la première visite.

5.1.2- ...évalue l'expérience de santé de la personne à chaque visite.

5.1.3- ...questionne la personne sur son expérience de santé depuis la dernière visite.

5.1.4- ...collecte des données sur les attentes de la personne.

5.1.5- ...obtient des données pertinentes sur l'expérience de santé par un questionnaire personne/famille.

5.1.6- ...utilise l'entrevue individuelle ou de groupe/famille comme méthode de collecte des données sur l'expérience de santé.

5.1.7- ...collecte des données dans un processus continu et les enregistrent de façon précise, compréhensive et systématique.

5.1.8- ...collecte des données grâce à l'observation.

5.1.9- ...collecte des données en consultant le dossier actuel et antérieur (ex: SMAF "Outil d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle").

5.1.10-...collecte des données en consultant d'autres intervenantes ou intervenants.

5.1.11-...collecte des données sur le niveau de connaissances de la personne sur son expérience de santé.

5.1.12-...collecte des données sur le degré de motivation de la personne.

5.1.13-...collecte des données sur la capacité d'apprentissage de la personne.

5.1.14-...collecte des données au sujet des habilités de la personne à prendre soin d'elle-même.



- 5.1.15-...collecte des données sur la capacité de la personne à se déplacer à l'extérieur du domicile.
- 5.1.16-...collecte des données sur les informations personnelles : nom, prénom, adresse, téléphone, date de naissance, âge, sexe, état civil, langue comprise et parlée, communauté culturelle, personne contact et ses coordonnées, lieu de résidence, numéro d'assurance maladie, milieu de vie, occupation.
- 5.1.17-...collecte des données sur la provenance de la demande, soit de la personne elle-même, d'un proche ou d'une intervenante ou intervenant du réseau.
- 5.1.18-...collecte des données sur l'histoire de santé physique, le ou les diagnostics médicaux actuels, les antécédents médicaux et chirurgicaux.
- 5.1.19-...collecte des données sur les incapacités modérées et graves qui touchent une ou plusieurs activités de la vie domestique, quotidienne, familiale et sociale, ceci inclut: la mobilité, la communication, les comportements et les fonctions mentales, la maladie.
- 5.1.20-...collecte des données sur les signes d'une situation de vulnérabilité ou de danger (ex: âge avancé, exploitation, deuil, risque de suicide, violence, abus).
- 5.1.21-...collecte des données sur l'état physique: signes vitaux, poids, taille, tests, observations.
- 5.1.22-...collecte des données sur les habitudes de vie comme l'alimentation, le sommeil, les activités et les loisirs.
- 5.1.23-...collecte des données sur le tabagisme, la toxicomanie, l'alcoolisme et la surmédication.
- 5.1.24-...collecte des données sur la croissance et le développement de la personne.
- 5.1.25-...collecte des données sur l'état mental et émotionnel de la personne: mémoire, orientation, compréhension, jugement, et comportements.
- 5.1.26-...collecte des données sur la sexualité.
- 5.1.27-...collecte des données sur la dynamique familiale comme: le support naturel peu ou pas existant ou les aidants naturels fatigués et épuisés.
- 5.1.28-...demande si la condition financière affecte la santé de la personne (ex: régime de protection, assurance personnelle, programme gouvernemental).
- 5.1.29-...collecte des données sur l'accessibilité et la condition du domicile.

5.1.30-...collecte des données sur la sécurité du domicile pour y donner des soins.

5.1.31-...collecte des données sur l'environnement comme sur la maison, le quartier et la communauté (ex: présence ou absence de ressources communautaires à proximité).

5.1.32-...collecte des données au sujet de croyances culturelles et religieuses qui affectent la santé de la personne.

5.1.33-...collecte des données sur les capacités de la personne à utiliser les ressources de soins de santé dans la communauté.

5.1.34-...collecte des données sur les ressources actuelles dont bénéficie la personne (ex: ergo., physio., nutrition, soins inf., famille, interv. social, aux. familial).

5.1.35-...collecte des données sur la médication prescrite et non prescrite et les allergies.

5.1.36-...collecte des données si la personne est autonome dans la préparation de ses médicaments.

5.1.37-...collecte des données sur les soins à dispenser à domicile.

5.1.38-...révise et met à jour les données sur la personne à chaque visite.

5.1.39-...communique les données qui sont appropriées aux autres personnes qui sont impliquées dans le plan de soins.

5.1.40-...fait une analyse synthèse écrite des données collectées.

**Norme 5.2- L'infirmière ou l'infirmier à domicile reconnaît les besoins d'aide de la personne.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

5.2.1- ...identifie les besoins d'aide de la personne en utilisant le jugement clinique.

5.2.2-...valide les besoins d'aide auprès de la personne.

5.2.3- ...démontre à l'aide du jugement clinique qu'elle ou qu'il fait le lien entre les données collectées et l'état de santé de la personne.

5.2.4- ...reconnaît que les besoins d'aide peuvent être traités par des interventions infirmières.

5.2.5- ...formule et révisé les jugements cliniques de soins infirmiers de façon continue.

5.2.6- ...communique le jugement clinique obtenu durant l'évaluation aux autres membres de l'équipe.

**Norme 5.3- L'infirmière ou l'infirmier à domicile analyse les besoins de la personne.****Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

5.3.1- ...formule à partir des besoins d'aide un plan de soins personnalisés.

5.3.2- ...enregistre le plan de soins sous une forme standardisée, systématique et concise.

5.3.3- ...utilise un plan de soins standardisé qu'elle ou qu'il adapte s'il y a lieu aux besoins de la personne.

5.3.4- ...note sur le plan de soins ce qu'elle ou qu'il doit faire.

5.3.5- ...note sur le plan de soins ce que la personne doit faire.

5.3.6- ...note sur le plan de soins les particularités à observer (ex: pansement, évolution d'une plaie, etc.) et leur échéancier.

5.3.7- ...élabore un plan de soins qui comprend au moins l'énoncé d'un besoin d'aide, un objectif, une intervention, l'évaluation et sa signature.

5.3.8- ...établit en collaboration avec la personne un ordre de priorité parmi les besoins d'aide identifiés en fonction de la sauvegarde de la vie, la prévention et le soulagement de la souffrance, la prévention et la correction des dysfonctionnements et la recherche du mieux-être.

5.3.9- ...formule avec la personne un objectif clair, réaliste, mesurable qui comprend cinq éléments: le qui, le quoi, le comment, le quand et le où .

5.3.10-...décide avec la personne de la durée nécessaire à l'atteinte de l'objectif (fréquence et durée du traitement et fréquence des visites).

5.3.11-...formule un objectif qui reflète le type d'intervention de soins infirmiers susceptible d'aider la personne (ex: évaluer, améliorer, restaurer, préserver, assister, enseigner, superviser, suppléer, accompagner, traiter, etc.).

5.3.12-...fait la révision de l'atteinte des objectifs à chaque visite.

5.3.13-...réfère à l'objectif du plan de soins en prévision d'une visite.

5.3.14-...vérifie avant chaque interventions s'il y a des changements de besoins auprès de la personne.

5.3.15-...prend en considération la condition physique et psychologique de la personne pour l'application des interventions relatives au plan de soins (degré d'anxiété, réceptivité et priorité des soins).

5.3.16-...s'assure que la personne est apte à participer aux interventions prévues et modifie ses interventions en fonction de son état actuel à chaque visite.

5.3.17-...propose des actions s'il survient des urgences et les inscrit sur le plan de soins.

5.3.18-...discute des ressources (communauté, agence, famille, ressources personnels, etc.) pour exécuter le plan de soins.

5.3.19-...inscrit sur le plan de soins les ressources nécessaires pour accomplir le plan de soins (humaines: ex: physio., ergo., diététiste, int. social, inf. aux., aux. fam., pharmacien; matérielles: ex: fournitures médicales, documentation, compresseur, pompe; et financières).

5.3.20-...discute avec la personne des coûts et des bénéfices reliés aux interventions du plan de soins.

5.3.21-...inscrit la date de la mise à jour sur le plan de soins.

5.3.22-...formule et insère le plan de soins au dossier dans la semaine qui suit l'admission de la personne dans le service de soins à domicile.

5.3.23-...indique sur le plan de soins la méthode d'évaluation de l'atteinte des résultats.

#### **Norme 5.4- L'infirmière ou l'infirmier à domicile intervient auprès de la personne.**

##### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier...

5.4.1- ...vise l'atteinte de l'objectif du plan de soins.

5.4.2-...réfère pour ses interventions aux prescriptions médicales, aux protocoles découlant d'actes délégués et aux méthodes de soins.

5.4.3- ...respecte les procédures ainsi que les politiques du service des soins à domicile.

5.4.4- ...utilise des instruments d'intervention qui sont basés sur l'application de théories scientifiques.

5.4.5- ...réfère à des interventions holistiques selon le changement de l'état de santé souhaité.

5.4.6- ...renforce périodiquement les actions entreprises par la personne.

5.4.7- ...assiste la personne à faire face aux émotions et aux comportements associés à son expérience de santé.

5.4.8- ...prodigue des soins selon le diagnostic médical, les plans de soins standardisés et les méthodes de soins.

5.4.9- ...prodigue des soins à la personne en phase pré-terminale et terminale.

5.4.10-...démontre qu'elle ou qu'il connaît le traitement de la personne, les résultats escomptés et les effets secondaires.

5.4.11-...fournit une justification pour ses interventions.

5.4.12-...administre les traitements et les médicaments selon l'ordonnance médicale (médication per os, sous cutanée, intramusculaire, intraveineux incluant l'antibiothérapie et les médicaments antinéoplasiques parentéraux).

5.4.13-...inscrit sur la feuille de médication, le nom du médicament, la dose administrée, la voie d'administration, l'heure ainsi que l'effet observé si des médicaments sont administrés durant la visite.

5.4.14-...contribue aux méthodes diagnostiques en renseignant la personne sur les tests et examens diagnostics qu'elle doit subir et sur les délais reliés aux résultats.

5.4.15-...fait les prélèvements en respectant la façon de procéder et en appliquant les mesures de sécurité.

5.4.16-...transmet, s'il y a lieu, au professionnel concerné toutes données d'analyse de laboratoire, de tests ou examens diagnostics en rapport avec l'état de la personne.

**Norme 5.5- L'infirmière ou l'infirmier à domicile en collaboration avec la personne procède à l'évaluation des interventions de soins.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

5.5.1- ...mesure les objectifs.

5.5.2- ...évalue l'atteinte des objectifs.

5.5.3- ...évalue à chaque visite l'état de santé de la personne.

5.5.4-...évalue si la personne démontre des habilités à suivre le plan de soins.

5.5.5- ...formule des notes d'observation à chaque visite qui reflètent l'état de santé de la personne durant le traitement.

- 5.5.6- ...informe la personne au sujet de son état de santé.
- 5.5.7- ...vérifie auprès de la personne l'effet de ses interventions.
- 5.5.8- ...invite la personne à verbaliser ses réactions en cours face aux interventions.
- 5.5.9- ...porte son évaluation sur les changements observés chez la personne reliés aux comportements, aux connaissances, aux habilités et à la motivation.
- 5.5.10-... discute avec la personne à chaque visite des progrès vers l'atteinte de l'objectif.
- 5.5.11-...valide les nouvelles données avec la personne.
- 5.5.12-...discute avec la personne des changements apportés au plan de soins.
- 5.5.13-...analyse et interprète les résultats des interventions entre autres: les objectifs atteints et non atteints, les facteurs qui ont contribué à l'atteinte ou non des objectifs, l'effet des interventions, l'effet de la participation de la personne, la satisfaction de la personne.
- 5.5.14-...évalue si les soins reçus procurent les effets désirés tout en minimisant les efforts, les dépenses et les pertes (efficience).
- 5.5.15-...évalue avec la personne la capacité d'auto-administration des médicaments.
- 5.5.16-...évalue les soins fournis à la personne par le personnel auxiliaire.
- 2.1.17-...évalue si la personne a besoin d'un autre professionnel de la santé.
- 5.5.18-...s'informe si les soins sont disponibles lorsque la personne en a besoin.
- 5.5.19-...rédige des notes d'observation qui reflètent la condition de la personne et les soins prodigués durant la visite.
- 5.5.20-...inscrit dans les notes d'observation les plaintes formulées par la personne.
- 5.5.21-...valide les réactions de la personne à la médication, au traitement en cours et intervient selon la situation.
- 5.5.22-...réfère au modèle de communication qui illustre l'évaluation du progrès et de l'atteinte des objectifs: infirmière ou infirmier ↔ personne.

**Dimension 6- Réadaptation fonctionnelle.**

**Norme 6.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile accompagne la personne pour l'aider à recouvrer un nouvel équilibre et un mieux-être.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

6.1.1- ...respecte le rythme de la personne.

6.1.2- ...encourage chez la personne le début précoce des activités.

6.1.3- ...intègre la famille aux soins.

6.1.4- ...signale les progrès à la personne.

6.1.5- ...habilite la personne pour ses auto-soins.

6.1.6- ...encourage la personne à planifier les changements occasionnés par son expérience de santé.

6.1.7- ...utilise des mesures de rééducation et de réinsertion familiale et sociale en participant à l'élaboration d'un programme de réadaptation fonctionnelle selon les besoins.

6.1.8- ...enseigne à la personne des moyens pour récupérer de façon maximale son autonomie dans les AVQ (activités de la vie quotidienne) et les AVD (activités de la vie domestique).

6.1.9- ...aide la personne à utiliser et entretenir les appareils (appareils à succion, à oxygène).

6.1.10-...s'assure du bon fonctionnement de l'équipement et avise immédiatement de toute défectuosité.

6.1.11-...favorise le maintien et le développement de réseaux sociaux de soutien (voisins, amis, parents).

6.1.12-...facilite la réinsertion sociale en donnant de l'information sur les ressources ou organismes d'aide.

**Dimension 7- Défense des droits de la personne.**

**Norme 7.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile se porte à la défense des droits de la personne afin qu'elle reçoive de meilleurs soins, appropriés et avec compassion.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

- 7.1.1- ...traite la personne comme étant unique.
- 7.1.2- ...recherche le consentement éclairé de la personne avant de prodiguer des soins.
- 7.1.3- ...respecte le droit de la personne à participer aux soins.
- 7.1.4- ...respecte le droit à la confidentialité des renseignements donnés par la personne.
- 7.1.5- ...accepte la décision éclairée de la personne.
- 7.1.6- ...exerce aucune discrimination ou racisme auprès de la personne.
- 7.1.7- ...respecte les coutumes et la culture de la personne.
- 7.1.8- ...se fait l'avocate ou l'avocat de la personne lorsque nécessaire auprès des instances concernées pour assurer le respect et la défense des droits des personnes.
- 7.1.9- ...renseigne la personne sur les alternatives, les effets et les impacts de ses interventions.
- 7.1.10-...informe des personnes responsables du service des soins à domicile.
- 7.1.11-...s'assure que la personne connaît le nom des responsables au CLSC à qui il peut formuler son insatisfaction/satisfaction face au service reçu.
- 7.1.12-...informe la personne sur la façon de se procurer un formulaire de plainte ou de satisfaction.
- 7.1.13-...informe la personne de ses droits de recours et d'assistance.
- 7.1.14-...informe la personne de ses droits et obligations en référence au code d'éthique de l'établissement.
- 7.1.15-...décrit à la personne la politique locale d'accès au dossier selon la demande de ce dernier.

**Dimension 8- La continuité des soins.**

**Norme 8.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile assure une continuité des soins.**



**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

8.1.1- ...met à jour ses rapports et ses dossiers.

8.1.2- ...identifie et fait suivre le plan de soins si la personne passe d'un service à un autre.

8.1.3- ...initie la référence appropriée et s'informe du résultat.

8.1.4- ...reconnaît les connaissances et les habilités des autres membres de l'équipe ainsi que celles des aidantes ou aidants naturels.

8.1.5- ...informe la personne des ressources de l'environnement qui peuvent lui être utiles.

8.1.6- ...renseigne la personne sur la façon de rejoindre le centre 24/7 en cas d'urgence en dehors des heures de visites à domicile.

8.1.7- ...procède à l'inscription ou à la mise à jour du nom de la personne au service info-santé 24/7.

**Dimension 9- La collaboration interdisciplinaire.**

**Norme 9.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile assure une collaboration interdisciplinaire.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

9.1.1- ...initie le développement du plan de soins avec la personne, la famille, le médecin et les autres professionnels si besoin.

9.1.2- ...participe à la formulation des buts, des plans et des décisions lors de réunion en équipe multidisciplinaire.

9.1.3- ...clarifie, avec les différentes intervenantes ou intervenants, ses responsabilités en regard de la personne.

9.1.4- ...agit comme ressource auprès des membres de l'équipe de soins.

9.1.5- ...implique la personne dans les activités interdisciplinaires.

9.1.6- ...s'assure que les objectifs des différentes intervenantes ou intervenants sont complémentaires (discussion de cas).

9.1.7- ...reconnaît et respecte les collègues et leurs contributions et s'assure que tous les efforts sont complémentaires.

- 9.1.8- ...consulte les collègues.
- 9.1.9- ...assure l'intégration et la coordination de la contribution des collègues à l'ensemble du plan de soins.
- 9.1.10-...collabore avec les autres disciplines comme l'éducation, la supervision et la recherche.
- 9.1.11-...participe à la coordination des activités interdisciplinaires.
- 9.1.12-...favorise la concertation entre l'équipe d'intervenants, le réseau de distribution des services et les ressources du milieu.
- 9.1.13-...incite la personne à contacter les membres de son réseau familial et social pour obtenir le soutien dont la personne a besoin.
- 9.1.14-...demande aux membres de la famille ou aux proches d'exprimer leurs attentes respectives.
- 9.1.15-...explore l'utilisation des ressources de soins de santé avec la personne.
- 9.1.16-...oriente la personne vers un autre professionnel de la santé lorsque la situation dépasse ses compétences (ex: physio., ergo., médecin etc ...)
- 9.1.17-...informe la personne des ressources communautaires et suscite l'utilisation des ressources d'entraide.
- 9.1.18-...oriente la personne qui bénéficierait de ressources d'entraide vers les ressources appropriées.
- 9.1.19-...prend des moyens pour prévenir les problèmes sociaux dans les différents milieux en collaboration avec les autres professionnels.
- 9.1.20-...transmet au professionnel concerné toute information en rapport avec la condition de la personne.
- 9.1.21-...supervise les soins fournis à la personne par le personnel auxiliaire.

**Appendice C**  
**Régions sociosanitaires du Québec**

Les régions sociosanitaires du Québec

- 01 Bas-St-Laurent
- 02 Saguenay-Lac-St-Jean
- 03 Québec
- 04 Mauricie-Bois-Francs
- 05 L'Estrie
- 06 Montréal-Centre
- 07 L'Outaouais
- 08 L'Abitibi-Témiscamingue
- 09 Côte-Nord
- 10 Nord-du-Québec
- 11 Gaspésie-Iles-de-la -Madeleine
- 12 Chaudière-Appalaches
- 13 Laval
- 14 Lanaudière
- 15 Laurentides
- 16 Montérégie
- 17 Nunavik
- 18 Terres-Cries de-la-Baie-James

Source: MSSS, Division Diffusion, février 1997

**Appendice D**  
**CLSC participants**

CLSC participants

<b>Région 01</b>	Bas St-Laurent	CLSC Rivières et Marées 22, rue St-Laurent Rivière-du-Loup, Qc. G5R 4W5 <b><u>I.C.: Louiselle Caron inf.SAD</u></b> R.S.I.: Lise Pelletier Tél: 1-418-867-2642
<b>Région 02</b>	Saguenay-Lac-St-Jean	CLSC du Grand Chicoutimi 411 rue Hôtel-Dieu Chicoutimi, Qc. G7H7Z5 <b><u>I.C.: Andréanne Tremblay inf. SAD</u></b> D.S.I.: Danielle Boulianne Tél: 1-418-543-2221
<b>Région 03</b>	Québec	CLSC Basse-Ville-Limoilou 50, rue St-Joseph Est Québec, Qc. G1K3A5 <b><u>I.C.: Sylvie Avoine, inf. SAD.</u></b> D.S.P.: Gemma Pelletier (en attendant la nomination de la DSI) D.M.A.D.: Martine Bélanger Tél: 1-418-529-8011 # 506
<b>Région 04</b>	Mauricie-Bois-Francs	CLSC Suzor-Coté 100, rue de L'Ermitage Victoriaville, Qc. G6P9N2 <b><u>I.C.: Jean Provencher inf. SAD</u></b> R.S.I.: France Auger Assis- Coord. Module Âgé: Hélène Hinse Tél: 1-819-758-7281 ext. 274
<b>Région 05</b>	L'Estrie	CLSC CH CHSLD de la MRC D'Asbestos 601, boulevard Simoneau Asbestos, Qc. J1T 4G7 <b><u>I.C.: Johanne Désy inf. SAD</u></b> D.S.I.: Denise LeComte Tél: 1-819-879-7181
<b>Région 06</b>	Montréal-Centre	CLSC Bordeaux-Cartierville 11822, av. Bois-de-Boulogne Montréal, Qc. H3M 2X6

**I.C.: Diane Boutin inf. SAD.**

R.S.I.: Marie Giasson, inf. M. Sc.

Tél: 1-514-331-2572 poste 208

**Région 07** L'Outaouais

CISC de Hull

85, Saint-Rédempteur

Hull, Qc.

J8X 4E6

**I.C.: Lynn Gougeon inf. SAD**

Dir. du Soutien à domicile: Ginette Galipeau

Tél: 1-819-770-6908 poste: 244 ou 314

Fax: 1-819-770-2489

**Région 08** L'Abitibi-Témiscamingue Centre de santé Sainte-Famille

22, rue Notre-Dame Nord

C.P. 2000

Ville-Marie, Qc. J0Z 3W0

**I.C.: Réjeanne Marois, inf. Ass. MAD.**

Chef adm. des progr. MAD.: Manon Paquette

Tél: 1-819-622-2773

**Région 09** Côte Nord

CISC secteur Baie-Comeau

600, rue Jalbert

Baie-Comeau, Qc.

G5C 1Z9

**I.C.: France Houle inf. SAD**

RSI: Johanne Neveu

Tél: 1-418-589-2191

**Région 11** Gaspésie-Îles-de-la-Mad. CLSC des Îles

Point de services du Bassin

C.P. 57, Bassin

Îles de la Madeleine

**I.C.: Estelle Lapierre inf. SAD**

RSI: Mme Deveau

Tél: 1-418-937-2572

**Région 12** Chaudières-Appalaches CLSC Frontenac

17, rue Notre-Dame Sud

Thedford Mines, Qc.

G6G 1J1

**I.C.: Solange Proulx inf. SAD**

RSI: André Leroux

Tél: 1-418-338-3511

<b>Région 13</b>	Laval	CLSC-CHSLD Ste-Rose-de-Laval 280, boul. Roi du Nord Ste-Rose de Laval, Qc. H7L 4L2 <b><u>I.C.: Diane Jetté inf. SAD</u></b> RSI: Pierrette Légaré Tél: 1-450-622-4478
<b>Région 14</b>	Lanaudière	CLSC de Joliette 245, rue Curé Majeu Joliette, Qc. J6E 8S8 <b><u>I.C.: Michelle Lafortune inf. SAD</u></b> RSI: Ghyslaine Dufresne Tél: 1-450-755-2111
<b>Région 15</b>	Laurentides	CISC Arthur-Buies 430, rue Labelle Saint-Jérôme, Qc. J7Z 5L3 <b><u>I.C.: Lorraine Desjardins inf. SAD</u></b> RSI: Francine Laurier Tél: 1-450-431-2221
<b>Région 16</b>	Montérégie	CLSC-CHSLD des Maskoutains 2650, rue Morin Saint-Hyacinthe, Qc. J2S 8H1 <b><u>I.C. : Sylvie Guèvremont inf. SAD</u></b> RSI: Lise Desautels Tél: 1-450-778-2572 poste 702



**Appendice E**

**Lettre d'explication pour les**

**responsables de soins infirmiers en CLSC**

1998 09 14

A/S Direction des soins infirmiers en CLSC

Objet: Demande de collaboration pour valider des normes et des indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile offerts par les CLSC.

Madame, Monsieur.

Dans le cadre d'un projet de recherche touchant la qualité des soins infirmiers, nous désirons connaître votre intérêt à faire partie d'un groupe de validation de normes et d'indicateurs de qualité des soins infirmiers dispensés à domicile.

La qualité des soins est un sujet qui préoccupe les directrices, les directeurs, les responsables et le personnel de soins infirmiers qui œuvrent en CLSC. Toutefois, le manque d'instrument de mesure fait en sorte qu'il est impossible maintenant de procéder à l'évaluation de la qualité du processus des soins infirmiers dans ce secteur. Aussi est-il essentiel, dans un cycle d'évaluation de la qualité, de référer à des normes et des indicateurs valides qui permettent de mesurer et d'évaluer si les soins complexes et diversifiés qui sont dispensés sont adaptés, adéquats et pertinents.

Comme première partie à ce projet, l'investigatrice a déjà élaboré des normes et des indicateurs qu'il s'agit maintenant de compléter et de valider grâce à votre collaboration.

Votre contribution consisterait à choisir une infirmière ou un infirmier volontaire travaillant dans le service des soins à domicile de votre CLSC depuis au moins deux ans. À titre d'informatrice-clé, il s'agirait pour cette personne de vérifier, à deux reprises, pour chaque indicateurs de qualité, sa clarté, sa pertinence et son importance. Pour ce faire, une lettre explicative, l'ensemble des normes et des indicateurs ainsi qu'un formulaire de validation vous seront acheminés.

Deux délais de une et deux semaines seront accordés pour réaliser ce travail. Le nombre de 15 personnes informatrices-clés, représentant 15 régions sociosanitaires différentes du Québec, est retenu pour cette étude.

Votre participation à ce projet reste volontaire. Toutefois, sans votre participation cette étude sera difficile à réaliser. Votre collaboration à ce projet deviendra par conséquent grandement appréciée.

Si ce projet vous intéresse, faites-nous parvenir votre nom, le nom de l'infirmière ou infirmier, votre numéro de téléphone et le nom de votre CLSC d'ici le 25 septembre 1998. Pour toutes informations supplémentaires, n'hésitez pas à communiquer avec moi.

Danielle Poirier, inf. B. Sc.

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Université de Montréal

E-Mail: [REDACTED]

CLSC du Grand Chicoutimi , 411 Hôtel- Dieu,  
Chicoutimi, QC, G7H7Z5.

Tél: Bur:1 (418) 543-2221 poste 2309

**Télécopieur: (418) 543-9495**

## **Appendice F**

**Lettre d'explication pour les informateurs-clés  
pour la première consultation du processus de validation**

## **Informateurs-clés**

**Objet:** Collaboration à titre d'informateur-clé pour la validation de normes et d'indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile.

Madame, Monsieur

Suite à une demande de collaboration effectuée dernièrement auprès de la direction des soins infirmiers de votre établissement, vous avez été retenu à titre d'informateur-clé pour participer à un projet de recherche touchant la qualité des soins.

Ce projet de recherche effectué dans le domaine des soins infirmiers à domicile, vise l'élaboration et la validation de normes et d'indicateurs de qualité auprès d'infirmières ou d'infirmiers ayant, comme vous, au moins deux ans d'expérience dans ce secteur et qui exerce actuellement des fonctions cliniques ou administratives.

Pour cette première consultation, vous trouverez ci-joint, une lettre d'explication, l'ensemble des normes et des indicateurs de qualité à valider et une grille de validation. Deux périodes d'environ deux à trois heures selon le besoin, à chaque semaine, sont suggérées pour effectuer ce travail de réflexion.

Votre participation à ce projet demeure volontaire. Toutefois sans votre contribution cette étude est impossible. C'est pourquoi votre collaboration est grandement appréciée.

Mes meilleures salutations.

Danielle Poirier, inf. B.Sc.

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières.

Université de Montréal

## Lettre d'explication pour les informateurs-clés

### Le titre de l'étude

Élaboration et validation de normes et d'indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile.

### Le contexte de l'étude

La qualité des soins est un sujet qui préoccupe les infirmières et les infirmiers œuvrant dans le secteur des soins à domicile. Plusieurs pressions s'exercent de la part des gouvernements, des gestionnaires et des clients pour l'améliorer, pour augmenter la satisfaction de la clientèle et pour faire mieux et plus avec moins. De là l'intérêt et l'importance dans un programme d'amélioration de la qualité, d'évaluer périodiquement la qualité des soins et des services afin d'identifier les forces et les faiblesses au sein de l'organisation et de corriger ces dernières, s'il y a lieu.

Or, quelques instruments de mesure de la qualité des soins infirmiers ont été développés et validés tant aux États-Unis qu'au Québec. Toutefois, les instruments que l'on retrouve au Québec ne sont pas spécifiques au secteur des soins infirmiers à domicile et ceux des États-Unis qui le sont, demandent à être adaptés et validés selon la réalité des soins infirmiers dispensés à domicile offert par les CLSC au Québec.

Malgré l'importance que revêt la mesure et l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, bien peu d'efforts y ont été consacrés dans le domaine des soins à domicile. C'est pourquoi cette étude méthodologique vise, comme première étape d'un cycle de la qualité, l'élaboration et la validation de normes et d'indicateurs de qualité du processus des soins infirmiers à domicile.

### Mesurer la qualité des soins , c'est quoi ?

Évaluer la qualité des soins infirmiers à domicile nécessite d'abord de pouvoir la mesurer et la quantifier. Car pour pouvoir poser un jugement sur la qualité des soins infirmiers, il faut être capable de la mesurer. C'est donc dire que sans instrument de mesure, il est impossible de se prononcer de façon objective sur la qualité des soins et des services. Or mesurer la qualité des soins consiste à recueillir des informations et à les organiser en vue de leur interprétation.

### Évaluer la qualité des soins, c'est quoi ?

L'évaluation de la qualité des soins infirmiers à domicile consiste essentiellement à comparer de façon objective la réalité des soins infirmiers avec des normes et des indicateurs acceptés. Cette évaluation porte sur les activités reliées aux soins de la part du personnel infirmier ou sur les résultats des soins dispensés et qui sont justement attribuables aux interventions du personnel infirmier.

### Qu'est ce qu'une norme ?

C'est un énoncé général de ce qui devrait être et se traduit plus concrètement par un ensemble d'indicateurs. Elle oriente la comparaison entre la réalité des soins dispensés à domicile et un certain idéal à atteindre.

### Qu'est ce qu'un indicateur ?

C'est un énoncé explicite et observable de ce qui est considéré comme souhaitable. Il sert à observer une situation réelle et à porter un jugement de valeur par rapport à la situation souhaitée.

### L'élaboration de normes et d'indicateurs selon l'approche processus.

Pour cerner la réalité des soins infirmiers à domicile à l'aide d'indicateurs, trois approches peuvent être développées: celle de la structure, du processus et du résultat. Ces approches décrites par Donabedian (1966, 1986) sont les plus courantes. Brièvement, disons que l'approche structure fait référence aux caractéristiques de l'établissement comme les ressources humaines et matérielles, les politiques ou les procédures. L'approche résultat s'intéresse aux indices qui renseignent sur l'effet des soins chez le client et de leur satisfaction à recevoir ces mêmes soins. Quant à l'approche processus retenue dans cette étude, elle est centrée sur le comportement idéal que l'infirmière ou l'infirmier à domicile adopte dans les activités reliées aux soins des clients compte tenu de l'état actuel des connaissances, de la technologie et de l'art des soins infirmiers et compte tenu des contraintes avec lesquelles elle ou il doit normalement composer avec la réalité de tous les jours.

### Pour élaborer les normes et les indicateurs de qualité quel cadre de référence a été utilisé ?

Pour soutenir l'élaboration de normes et d'indicateurs de qualité dans cette étude, neuf dimensions jugées pertinentes au secteur des soins infirmiers à domicile sont retenues. Les dimensions ont été principalement inspirées des travaux de l'ANA (1986) et de l'OIIQ (1986, 1996) et leur choix repose sur l'expérience clinique de l'investigatrice.



Il s'agit de : 1) l'adoption d'un modèle conceptuel; 2) le partenariat infirmière-client; 3) la promotion de la santé; 4) la prévention de la maladie; 5) le processus thérapeutique; 6) la réadaptation fonctionnelle; 7) la défense des droits de la personne; 8) la continuité des soins; 9) la collaboration interdisciplinaire.

À partir de chacune de ces dimensions, des normes et des indicateurs de qualité spécifiques aux soins infirmiers à domicile ont été élaborés et regroupés par l'investigatrice. Pour faciliter cette tâche, une revue de la littérature a permis d'identifier et d'adapter des normes et des indicateurs compte tenu des connaissances, des études et des expériences effectuées par les auteurs suivants: l'ANA (1986, 1991), Grenier et coll. (1989), l'OIIQ (1986, 1996) et Schmele et Allen (1990).

Étant donné la possibilité d'adapter et d'élaborer des normes et des indicateurs de qualité à partir de la littérature et de l'expérience clinique, l'investigatrice n'a pas sollicité votre participation dans cette partie de l'étude. Toutefois, de nouveaux indicateurs peuvent être élaborés si vous le jugez à propos. Un espace peu être utilisé à cette fin à l'endos des formulaires " grille de validation" ci-joints.

#### La validation de contenu de normes et d'indicateurs de qualité, c'est quoi ?

Établir la validité de contenu, consistera pour vous à déterminer le degré de représentativité pour chacun des indicateurs pour mesurer la qualité des soins infirmiers à domicile. En d'autres mots, il s'agit d'effectuer une analyse de chaque indicateur et de sélectionner ceux qui représentent de façon idéale le processus des soins infirmiers à domicile.

Pour valider les indicateurs, vous devez à l'aide d'une échelle de type Likert que l'on retrouve sur la grille de validation qui vous est acheminée, vous prononcer pour chacun des indicateurs sur sa clarté, sa pertinence et son importance.

- La **clarté** fait référence à la netteté de l'énoncé et au vocabulaire utilisé. Aussi la formulation de l'indicateur doit être précise et complète

- La **pertinence** d'un indicateur de la qualité des soins infirmiers constitue sa capacité à mesurer adéquatement la norme ou un aspect de **la norme** qu'il est censé opérationnaliser.
- L'**importance** d'un indicateur, reflète que le comportement du personnel infirmier est plus ou moins essentiel pour assurer la qualité des soins infirmiers à domicile.

À partir de la date de réception du document, un délais de deux semaines vous est accordé pour réaliser cette première tâche et vous êtes invité à répondre directement sur les formulaires.

Les normes et les indicateurs proposés ne peuvent être utilisés comme tels et ne pourront l'être qu'après avoir été validés ce qui permettra la construction d'un instrument de mesure.

Une autre collaboration vous sera demandée dans 2 ou 3 mois pour un deuxième exercice de validation (techn. Delphi) mais cette fois à partir des données venant des autres informateurs-clés des 15 autres régions du Québec.

Vous retournez la grille de validation bien identifiée à votre nom à l'adresse suivante:

a/s Danielle Poirier inf. B.Sc.  
CLSC du Grand Chicoutimi  
411, rue Hôtel-Dieu  
Chicoutimi. (Québec)  
G7H7Z5

### Les avantages de participer à cette étude?

L'existence de normes et d'indicateurs spécifiques, fiables et valides dans votre secteur d'activité permettra la construction d'un instrument de mesure de la qualité. Ainsi, il sera possible de mesurer et d'évaluer la qualité des soins infirmiers dispensés pour en arriver à justifier des stratégies de maintien ou d'amélioration continue de la qualité.

Pour la réussite de cette étude, votre collaboration est grandement importante et appréciée. Votre participation demeure toutefois volontaire et la confidentialité des informations échangées est assurée.

Merci de l'intérêt que vous portez à cette étude.

### Vous avez des questions ?

Si vous rencontrez des difficultés lors de cette première étape de validation des indicateurs ou si vous avez besoin de précision sur certains points contactez :

Danielle Poirier, inf. B.Sc  
Étudiante à la maîtrise en sciences  
infirmières.

Université de Montréal.

E-Mail: [REDACTED]

Tél: CLSC du Grand Chicoutimi:

1(418) 543-2221 poste 2309

Télécopieur: 1(418) 543-9495

**Appendice G**  
**Formulaire pour la première**  
**consultation du processus de validation**

**Formulaire: grille de validation (exemple)**

	<b>Clarté</b>	<b>Pertinence</b>	<b>Importance</b>	<b>Commentaires</b>
	1 incompréhensible 2 ambigu 3 clair 4 très clair	1 non pertinent 2 peu pertinent 3 pertinent 4 très pertinent	1 non important 2 peu important 3 important 4 très important	Écrire au verso si besoin.
<b>Dimension 1</b>				
Norme 1.1	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
Indicateurs :	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
1.1.1	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
1.1.2	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
1.1.3	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
1.1.4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
1.1.5	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
1.1.6	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
1.1.7	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
<b>Dimension 2</b>				
Norme 2.1	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
2.1.1	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
2.1.2	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	
2.1.3	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	

## **Appendice H**

**Lettre d'explication pour les informateurs-clés  
pour la deuxième consultation du processus de validation**

Chicoutimi, le 14 janvier 1999.

Objet : Collaboration à titre d'informatrice-clé pour la deuxième étape de validation de normes et d'indicateurs de qualité du processus de soins infirmiers à domicile.

Bonjour Madame

Votre participation à ce projet de recherche a permis de concrétiser la première étape de validation et je vous en remercie sincèrement. Votre contribution ainsi que celle des 14 autres informateurs-clés des autres régions du Québec a permis de révéler des consensus pour 183 normes et indicateurs sur 240. Pour votre information, vous trouverez ci-joint un document comprenant tous les résultats.

Maintenant comme deuxième et dernière demande de collaboration, je vous invite à revoir les 57 normes et indicateurs qui n'ont pas fait consensus à la première consultation.

Il s'agit pour vous de valider à l'aide des critères : **clarté, pertinence et importance**, les nouvelles propositions qui ont été élaborées à partir des commentaires formulés par l'ensemble des informateurs-clés. Vous remarquerez que seuls les commentaires reliés aux indicateurs qui n'ont pas fait consensus ont été retenus dans le questionnaire. Aussi l'utilisation du caractère gras a été utilisée dans la grille pour faciliter l'identification du critère (clarté, pertinence et importance) qui n'a pas fait consensus.

Une durée de une semaine vous est demandée pour compléter le questionnaire  
que vous retournez à l'adresse suivante :

Danielle Poirier. Inf. B.Sc.

CLSC du Grand Chicoutimi

411, rue Hôtel-Dieu

Chicoutimi (Québec)

G7H 7Z5

Tél : 1-418-543-2221

Télécopieur : 418-543-9495

Si vous rencontrez des difficultés lors de cette dernière étape de validation ou si  
vous avez besoin de précision sur certains points contactez-moi.

Merci de l'intérêt et de la collaboration que vous portez à cette étude.



7.1.10-...informe des personnes responsables du service des soins à domicile.

Commentaire : - Informe de quoi ?

Proposition : -...informe la personne du ou de la responsable du service des soins à domicile au CLSC .

Clarté 1 2 3 4	Pertinence 1 2 3 4	Importance 1 2 3 4
----------------	--------------------	--------------------

### **Dimension 8- La continuité des soins**

**Norme 8.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile assure une continuité des soins.**

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

8.1.3- ...initie la référence appropriée et s'informe du résultat.

Commentaire : S'informe à qui ?

Proposition : ...initie la référence auprès d'un autre intervenant et s'informe auprès de celui-ci si la référence est appropriée.

Clarté 1 2 3 4	Pertinence 1 2 3 4	Importance 1 2 3 4
----------------	--------------------	--------------------

### **Dimension 9- La collaboration interdisciplinaire.**

**Norme 9.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile assure une collaboration interdisciplinaire.**

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

9.1.5- ...implique la personne dans les activités interdisciplinaires.

Commentaire : Pourrait être précisé.

Proposition : ...implique la personne dans les activités interdisciplinaires **comme par exemple, l'informer de discussions avec d'autres intervenants ou favoriser sa présence lors de rencontre interdisciplinaire.**

Clarté 1 2 3 4	Pertinence 1 2 3 4	Importance 1 2 3 4
----------------	--------------------	--------------------

9.1.9- ...assure l'intégration et la coordination de la contribution des collègues à l'ensemble du plan de soins.

Commentaire : Ici c'est difficile de prendre la responsabilité d'assurer l'intégration et la coordination.

Proposition : Rejeter l'indicateur.

D'accord <input type="checkbox"/>	Pas d'accord <input type="checkbox"/>
-----------------------------------	---------------------------------------

Si pas d'accord : Idem

Clarté 1 2 3 4	Pertinence 1 2 3 4	Importance 1 2 3 4
----------------	--------------------	--------------------

9.1.10-...collabore avec les autres disciplines comme l'éducation, la supervision et la recherche.

Commentaire : Pas de commentaire.

Proposition : -...collabore, **s'il y a lieu**, avec les autres disciplines comme l'éducation, la supervision et la recherche.

Clarté 1 2 3 4	Pertinence 1 2 3 4	Importance 1 2 3 4
----------------	--------------------	--------------------

9.1.12-...favorise la concertation entre l'équipe d'intervenants, le réseau de distribution des services et les ressources du milieu.

Commentaire : - Il n'est pas clair que se soit la responsabilité de l'infirmière dans sa tâche.

Proposition : -...**favorise lorsque nécessaire** la concertation entre l'équipe d'intervenants, le réseau de distribution des services et les ressources du milieu.

Clarté 1 2 3 4	Pertinence 1 2 3 4	Importance 1 2 3 4
----------------	--------------------	--------------------

9.1.19-...prend des moyens pour prévenir les problèmes sociaux dans les différents milieux en collaboration avec les autres professionnels.

Commentaire :- Nous sommes peu sollicités par ce travail. – En collaboration avec l'intervenant social.

Proposition : -...prend des moyens pour prévenir les problèmes sociaux chez la personne en collaboration avec les autres professionnels.

<b>Clarté</b> 1 2 3 4	<b>Pertinence</b> 1 2 3 4	<b>Importance</b> 1 2 3 4
-----------------------	---------------------------	---------------------------

## **Appendice J**

### **Normes et indicateurs de qualité valides du processus de soins infirmiers à domicile**

**Normes et indicateurs de qualité valides  
du processus des soins infirmiers à domicile**

**Dimension 1- Adoption d'un modèle conceptuel.**

**Norme 1.1- Les actions de l'infirmière ou l'infirmier à domicile sont basées sur un modèle conceptuel choisi dans le service.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

1.1.1- ...décrit **verbalement** les valeurs, les postulats et les buts du service selon le modèle conceptuel choisi.

1.1.2- ...décrit verbalement sa conception de la personne en tenant compte du modèle conceptuel choisi.

1.1.3- ...décrit verbalement sa conception de la santé en tenant compte du modèle conceptuel choisi.

1.1.4- ...décrit verbalement sa conception de l'environnement en tenant compte du modèle conceptuel choisi.

1.1.5- ...décrit verbalement sa conception des soins infirmiers en tenant compte du modèle conceptuel choisi.

1.1.6- ...utilise des questionnaires, un plan de soins ou d'autres outils de travail élaborés selon le modèle conceptuel choisi.

1.1.7- ...consigne au dossier de la personne des activités de soins infirmiers qui reflètent le modèle conceptuel choisi dans un langage clair.

## **Dimension 2- Le partenariat infirmière-client.**

**Norme 2.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile développe une relation de partenariat avec la personne.**

### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

2.1.1- ...téléphone à la personne pour annoncer sa visite.

2.1.2- ...communique de façon claire, polie et chaleureuse.

2.1.3- ...se présente en précisant son nom et son rôle.

2.1.4- ...aborde la personne par son nom.

2.1.5- ...énonce le but de la visite.

**2.1.6- ...communique à la personne le temps alloué pour la visite, si nécessaire.**

2.1.7- ...fait connaître ses disponibilités et la façon pour être rejoint.

**2.1.8- même indicateur que 2.1.9.**

**2.1.9- ...avise la personne de tout retard inhabituel.**

2.1.10- ...informe la personne des interventions de soins infirmiers à être exécutées.

2.1.11- ...vérifie la compréhension de la personne face aux interventions.

2.1.12- ...encourage la personne à verbaliser tout inconfort ou inquiétude.

**2.1.13- non consensus.**

2.1.14- ...évalue certaines capacités de communication de la personne, c'est à dire voir, entendre et parler.

2.1.15- ...démontre une attitude d'écoute.

2.1.16- ...manifeste son empathie à la personne, c'est à dire elle ou il se met à la place de la personne et perçoit ce qu'elle ressent.

2.1.17- ...respecte les valeurs de la personne.

**2.1.18- ...communique ce qu'elle ou il comprend de l'expérience de santé vécue par la personne.**

**2.1.19- ...demande à la personne si elle a des questions.**

2.1.20- ...apporte du support psychologique à la personne en discutant avec elle de son anxiété, des résultats des soins ou de ce qu'elle vit.

**2.1.21- non consensus.**

- 2.1.22- ...démontre une capacité à calmer et à rassurer une personne.
- 2.1.23- ...donne des encouragements à la personne.
- 2.1.24- ...a un temps de réaction qui n'excède pas 24 heures à une demande de la personne, selon l'urgence de la demande.**
- 2.1.25- ...reconnait que la personne est responsable des décisions touchant sa santé.
- 2.1.26- ...habilite la personne à effectuer certains soins.
- 2.1.27- ...élabore les objectifs de soins avec la personne.
- 2.1.28- ...discute avec la personne des moyens pour atteindre les objectifs.
- 2.1.29- ...tente d'obtenir la collaboration, si nécessaire, de la famille ou des proches concernant les médicaments, la diète, le support moral et les activités sociales.
- 2.1.30- ...négocie avec la personne une modification, une poursuite ou une terminaison du plan de soins.
- 2.1.31- ...prépare avec la personne la fin de la relation de soin.**
- 2.1.32- ...fait participer la personne aux décisions prises durant la relation de soin.**

### **Dimension 3- Promotion de la santé.**

Norme 3.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile contribue à la promotion de la santé en aidant la personne à se réaliser selon son potentiel.

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

- 3.1.1- ...aide la personne à donner un sens à son expérience de santé (état de santé) qu'elle vit présentement.**
- 3.1.2- ...encourage la participation de la personne aux activités reliées aux soins.
- 3.1.3- non consensus.**
- 3.1.4- ...assiste la personne à faire face aux émotions et aux comportements associés à son expérience de santé.
- 3.1.5- ...évalue les connaissances acquises sur la santé.
- 3.1.6- ...utilise des méthodes d'éducation à la santé (ex: formation à la personne et sa famille)
- 3.1.7- ...élabore ou participe à l'élaboration des programmes d'enseignement.

3.1.8- ...donne une information simple en utilisant un vocabulaire à la portée de toutes et de tous.

3.1.9- ...informe la personne des signes et symptômes reliés à l'expérience de santé.

**3.1.10- reporté à 4.1.13.**

3.1.11- ...fait de l'enseignement sur les médicaments utilisés.

**3.1.12- ...explore avec la personne d'autres moyens naturels avant d'avoir recours à un médicament.**

**3.1.13- ...informe la personne sur les situations de violence dans son environnement, s'il y a lieu.**

3.1.14- ...habilite la famille ou les proches à préparer et à administrer les médicaments.

#### **Dimension 4- Prévention de la maladie.**

**Norme 4.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile fait en sorte de prévenir les complications, les accidents et les blessures chez la personne.**

##### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

4.1.1- ...enseigne des moyens de prévention contre la progression de la maladie ou de l'invalidité.

4.1.2- ...informe sur les éléments de surveillance (ex: diète, médication et que faire en cas d'urgence).

4.1.3- ...applique les mesures d'asepsie et de prévention des infections (port de gant, lavage des mains avant et après chaque traitement, désinfection des sites de ponction, protection de la stérilité du matériel et disposition du matériel contaminé).

4.1.4- ...sait comment intervenir en cas de malaises durant le traitement (ex: baisse de T.A., choc vagal ou anaphylactique etc. ).

4.1.5- ...évite la présence d'un animal domestique dans la pièce où se donne le soin.

4.1.6- ...donne des informations sur le milieu physique sécuritaire à domicile pour éviter les accidents et les blessures.

**4.1.7- ...encourage la personne à rapporter les sources de danger à domicile aux instances concernées.**



- 4.1.8- ...rédige un rapport écrit lors d'incident ou d'accident et élabore des recommandations afin d'éviter que l'incident ou l'accident ne se reproduise.
- 4.1.9- ...intervient dans les situations d'urgence, les situations de crise, les situations de violence selon les besoins de la personne, les priorités et les politiques de l'établissement.
- 4.1.10- ...effectue à chaque visite une vérification et une surveillance de la médication.
- 4.1.11- ...administre les vaccins selon le protocole d'immunisation du Québec (PIQ).
- 4.1.12- ...s'informe de la disponibilité, de la motivation et des connaissances des aidantes ou aidants naturels afin de prévenir l'épuisement.
- 4.1.13- ...fait de l'enseignement sur les habitudes de vie, les phases de développement et de maturation. (Réf: 3.1.10)**

#### **Dimension 5- Processus thérapeutique.**

**Norme 5.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile procède à une évaluation de l'expérience de santé de la personne.**

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile ...

- 5.1.1- ...début la collecte des données qui est insérée au dossier de la personne dès la première visite.
- 5.1.2- ...évalue l'expérience de santé de la personne **à la première visite.**
- 5.1.3- ...questionne la personne sur son expérience de santé **au besoin.**
- 5.1.4- ...collecte des données sur les attentes de la personne.
- 5.1.5- **rejeté.**
- 5.1.6- ...utilise l'entrevue individuelle ou de groupe/famille comme méthode de collecte des données sur l'expérience de santé.
- 5.1.7- ...collecte des données dans un processus continu et les enregistrent de façon précise, compréhensive et systématique.
- 5.1.8- ...collecte des données grâce à l'observation.
- 5.1.9- ...collecte des données en consultant le dossier actuel et antérieur (ex: SMAF "Outil d'évaluation de l'autonomie fonctionnelle").
- 5.1.10- ...collecte des données en consultant d'autres intervenantes ou intervenants.

- 5.1.11- ...collecte des données sur le niveau de connaissances de la personne sur son expérience de santé.
- 5.1.12- ...collecte des données sur le degré de motivation de la personne.
- 5.1.13- ...collecte des données sur la capacité d'apprentissage de la personne.
- 5.1.14- ...collecte des données au sujet des habilités de la personne à prendre soin d'elle-même.
- 5.1.15- ...collecte des données sur la capacité de la personne à se déplacer à l'extérieur du domicile.
- 5.1.16- ...collecte des données sur les informations personnelles : nom, prénom, adresse, téléphone, date de naissance, âge, sexe, état civil, langue comprise et parlée, communauté culturelle, personne contact et ses coordonnées, lieu de résidence, numéro d'assurance maladie, milieu de vie, occupation.
- 5.1.17- ...collecte des données sur la provenance de la demande, soit de la personne elle-même, d'un proche ou d'une intervenante ou intervenant du réseau.
- 5.1.18- ...collecte des données sur l'histoire de santé physique, le ou les diagnostics médicaux actuels, les antécédents médicaux et chirurgicaux.
- 5.1.19- ...collecte des données sur les incapacités modérées et graves qui touchent une ou plusieurs activités de la vie domestique, quotidienne, familiale et sociale, ceci inclut: la mobilité, la communication, les comportements et les fonctions mentales, la maladie.
- 5.1.20- ...collecte des données sur les signes d'une situation de vulnérabilité ou de danger (ex: âge avancé, exploitation, deuil, risque de suicide, violence, abus).
- 5.1.21- ...collecte des données sur l'état physique: signes vitaux, poids, taille, tests, observations.
- 5.1.22- ...collecte des données sur les habitudes de vie comme l'alimentation, le sommeil, les activités et les loisirs.
- 5.1.23- ...collecte des données sur le tabagisme, la toxicomanie, l'alcoolisme et la surmédication.
- 5.1.24- ...collecte des données sur la croissance et le développement physique et cognitif de la personne afin de personnaliser les soins.**

- 5.1.25- ...collecte des données sur l'état mental et émotionnel de la personne: mémoire, orientation, compréhension, jugement, et comportements.
- 5.1.26- ...collecte des données sur la sexualité, si pertinent.**
- 5.1.27- ...collecte des données sur la dynamique familiale comme: le support naturel peu ou pas existant ou les aidants naturels fatigués et épuisés.
- 5.1.28- ...demande si la condition financière affecte la santé de la personne (ex: régime de protection, assurance personnelle, programme gouvernemental).
- 5.1.29- ...collecte des données sur l'accessibilité et la condition du domicile.
- 5.1.30- ...collecte des données sur la sécurité du domicile pour y donner des soins.
- 5.1.31- ...collecte des données sur l'environnement comme sur la maison, le quartier et la communauté (ex: présence ou absence de ressources communautaires à proximité).
- 5.1.32- ...collecte des données au sujet de croyances culturelles et religieuses qui affectent la santé de la personne.
- 5.1.33- ...collecte des données sur les capacités de la personne à utiliser les ressources de soins de santé dans la communauté.
- 5.1.34- ...collecte des données sur les ressources actuelles dont bénéficie la personne (ex: ergo., physio., nutrition, soins inf., famille, interv. social, aux. familial).
- 5.1.35- ...collecte des données sur la médication prescrite et non prescrite et les allergies.
- 5.1.36- ...collecte des données si la personne est autonome dans la préparation de ses médicaments.
- 5.1.37- ...collecte des données sur les soins à dispenser à domicile à partir de la formule de référence et/ou la formule de prescription médicale.**
- 5.1.38- ...révise et met à jour les données sur la personne à chaque visite.
- 5.1.39- ...communique les données qui sont appropriées aux autres personnes qui sont impliquées dans le plan de soins.
- 5.1.40- ...fait une analyse synthèse écrite des données collectées.

**Norme 5.2- L'infirmière ou l'infirmier à domicile reconnaît les besoins d'aide de la personne.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

**5.2.1- ...utilise le jugement clinique pour identifier les besoins d'aide de la personne.**

5.2.2- ...valide les besoins d'aide auprès de la personne.

**5.2.3- non consensus.**

**5.2.4- non consensus.**

**5.2.5- ... révisé les jugements cliniques de soins infirmiers, dans les notes d'observation, de façon continue.**

5.2.6- ...communique le jugement clinique obtenu durant l'évaluation aux autres membres de l'équipe.

**Norme 5.3- L'infirmière ou l'infirmier à domicile analyse les besoins de la personne.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

5.3.1- ...formule à partir des besoins d'aide un plan de soins personnalisés.

5.3.2- ...enregistre le plan de soins sous une forme standardisée, systématique et concise.

5.3.3- ...utilise un plan de soins standardisé qu'elle ou qu'il adapte s'il y a lieu aux besoins de la personne.

5.3.4- ...note sur le plan de soins ce qu'elle ou qu'il doit faire.

5.3.5- ...note sur le plan de soins ce que la personne doit faire.

5.3.6- ...note sur le plan de soins les particularités à observer (ex: pansement, évolution d'une plaie, etc.) et leur échéancier.

5.3.7- ...élabore un plan de soins qui comprend au moins l'énoncé d'un besoin d'aide, un objectif, une intervention, l'évaluation et sa signature.

5.3.8- ...établit en collaboration avec la personne un ordre de priorité parmi les besoins d'aide identifiés en fonction de la sauvegarde de la vie, la prévention et le soulagement de la souffrance, la prévention et la correction des dysfonctionnements et la recherche du mieux-être.

- 5.3.9- ...formule avec la personne un objectif clair, réaliste, mesurable qui comprend cinq éléments: le qui, le quoi, le comment, le quand et le où .
- 5.3.10- ...décide avec la personne de la durée nécessaire à l'atteinte de l'objectif (fréquence et durée du traitement et fréquence des visites).
- 5.3.11- ...formule un objectif qui reflète le type d'intervention de soins infirmiers susceptible d'aider la personne (ex: évaluer, améliorer, restaurer, préserver, assister, enseigner, superviser, suppléer, accompagner, traiter, etc.).
- 5.3.12- ...fait la révision de l'atteinte des objectifs à chaque visite.
- 5.3.13- ...réfère à l'objectif du plan de soins en prévision d'une visite.
- 5.3.14- ...vérifie avant chaque intervention si la personne a d'autres besoins.**
- 5.3.15- ...prend en considération la condition physique et psychologique de la personne pour l'application des interventions relatives au plan de soins (degré d'anxiété, réceptivité et priorité des soins).
- 5.3.16- ...s'assure que la personne est apte à participer aux interventions prévues, s'il y a lieu.**
- 5.3.17- ...propose des actions s'il survient des urgences et les inscrit sur le plan de soins.
- 5.3.18- ...discute des ressources (communauté, agence, famille, ressources personnels, etc.) pour exécuter le plan de soins.
- 5.3.19- ...inscrit sur le plan de soins les ressources nécessaires pour accomplir le plan de soins (humaines: ex: physio., ergo., diététiste, int. social, inf. aux., aux. fam., pharmacien; matérielles: ex: fournitures médicales, documentation, compresseur, pompe; et financières).
- 5.3.20- ...discute, s'il y a lieu, avec la personne des coûts qu'elle devra payer et ceux qui sont couverts par le CLSC.**
- 5.3.21- ...inscrit la date de la mise à jour sur le plan de soins.
- 5.3.22- ...formule et insère le plan de soins au dossier dans la semaine qui suit l'admission de la personne dans le service de soins à domicile.
- 5.3.23- ...indique sur le plan de soins le degré d'atteinte des résultats à l'aide d'une échelle de mesure spécifique (ex: acquisition de connaissances, évolution d'une plaie, échelle de la douleur etc...)**

**Norme 5.4- L'infirmière ou l'infirmier à domicile intervient auprès de la personne.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier...

5.4.1- ...vise l'atteinte de l'objectif du plan de soins.

5.4.2- ...réfère pour ses interventions aux prescriptions médicales, aux protocoles découlant d'actes délégués et aux méthodes de soins.

5.4.3- ...respecte les procédures ainsi que les politiques du service des soins à domicile.

**5.4.4- ...utilise des instruments d'intervention (ex: collecte des données, méthodes et techniques de soins, et autres) qui sont basés sur l'application de théories scientifiques.**

**5.4.5- ...réfère à des interventions holistiques qui sont reconnues par l'OIIQ selon la personne et la circonstance.**

5.4.6- ...renforce périodiquement les actions entreprises par la personne.

**5.4.7- ...aide la personne à reconnaître ses émotions et ses comportements qui sont associés à son expérience de santé.**

5.4.8- ...prodigue des soins selon le diagnostic médical, les plans de soins standardisés et les méthodes de soins.

**5.4.9- non consensus.**

5.4.10- ...démontre qu'elle ou qu'il connaît le traitement de la personne, les résultats escomptés et les effets secondaires.

**5.4.11-...explique à la personne de façon verbale et à l'aide de documents, si besoin, le pourquoi de ses interventions.**

5.4.12- ...administre les traitements et les médicaments selon l'ordonnance médicale (médication per os, sous cutanée, intramusculaire, intraveineux incluant l'antibiothérapie et les médicaments antinéoplasiques parentéraux).

5.4.13- ...inscrit sur la feuille de médication, le nom du médicament, la dose administrée, la voie d'administration, l'heure ainsi que l'effet observé si des médicaments sont administrés durant la visite.

5.4.14- ...contribue aux méthodes diagnostiques en renseignant la personne sur les tests et examens diagnostics qu'elle doit subir et sur les délais reliés aux résultats.

5.4.15- ...fait les prélèvements en respectant la façon de procéder et en appliquant les mesures de sécurité.

**5.4.16-** ...transmet s'il y a lieu au **médecin**, toutes données d'analyse de laboratoire, de tests ou examens diagnostics en rapport avec l'état de la personne.

**Norme 5.5- L'infirmière ou l'infirmier à domicile en collaboration avec la personne procède à l'évaluation des interventions de soins.**

**Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

**5.5.1- jumelé avec 5.5.2 non consensus.**

**5.5.2- jumelé avec 5.5.1 non consensus.**

5.5.3- ...évalue à chaque visite l'état de santé de la personne.

5.5.4- ...évalue si la personne démontre des habilités à suivre le plan de soins.

5.5.5- ...formule des notes d'observation à chaque visite qui reflètent l'état de santé de la personne durant le traitement.

5.5.6- ...informe la personne au sujet de son état de santé.

5.5.7- ...vérifie auprès de la personne l'effet de ses interventions.

5.5.8- ...invite la personne à verbaliser ses réactions en cours face aux interventions.

5.5.9- ...porte son évaluation sur les changements observés chez la personne reliés aux comportements, aux connaissances, aux habilités et à la motivation.

5.5.10- ... discute avec la personne à chaque visite des progrès vers l'atteinte de l'objectif.

**5.5.11- rejeté.**

5.5.12- ...discute avec la personne des changements apportés au plan de soins.

5.5.13- ...analyse et interprète les résultats des interventions entre autres: les objectifs atteints et non atteints, les facteurs qui ont contribué à l'atteinte ou non des objectifs, l'effet des interventions, l'effet de la participation de la personne, la satisfaction de la personne.

**5.5.14- non consensus.**

5.5.15- ...évalue avec la personne la capacité d'auto-administration des médicaments.

**5.5.16-** ...évalue les soins fournis à la personne par le personnel auxiliaire, **s'il y a lieu.**

2.1.17- ...évalue si la personne a besoin d'un autre professionnel de la santé.

**5.5.18- rejeté.**

5.5.19- ...rédige des notes d'observation qui reflètent la condition de la personne et les soins prodigués durant la visite.

5.5.20- ...inscrit dans les notes d'observation les plaintes formulées par la personne.

5.5.21- ...valide les réactions de la personne à la médication, au traitement en cours et intervient selon la situation.

**5.5.22- ...fait participer la personne, lors de l'évaluation de l'atteinte des objectifs.**

### **Dimension 6- Réadaptation fonctionnelle.**

**Norme 6.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile accompagne la personne pour l'aider à recouvrer un nouvel équilibre et un mieux-être.**

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

6.1.1- ...respecte le rythme de la personne.

6.1.2- ...encourage chez la personne le début précoce des activités.

6.1.3- ...intègre la famille aux soins.

6.1.4- ...signale les progrès à la personne.

6.1.5- ...habilite la personne pour ses auto-soins.

**6.1.6- ...encourage la personne à s'ajuster aux changements dans ses habitudes de vie occasionnés par son expérience de santé.**

**6.1.7- ...collabore selon les besoins à l'élaboration d'un programme de réadaptation fonctionnelle avec le personnel rattaché à la physiothérapie ou à l'ergothérapie.**

**6.1.8- ...encourage la personne à utiliser des moyens pour récupérer de façon maximale son autonomie dans les AVQ (activités de la vie quotidienne) et les AVD (activités de la vie domestique).**

6.1.9- non consensus.

6.1.10- non consensus.

**6.1.11- ...s'informe du maintien et du développement de réseaux sociaux de soutien (voisins, amis, parents) par la personne.**



6.1.12- ...facilite la réinsertion sociale en donnant de l'information sur les ressources ou organismes d'aide.

### **Dimension 7- Défense des droits de la personne.**

**Norme 7.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile se porte à la défense des droits de la personne afin qu'elle reçoive de meilleurs soins, appropriés et avec compassion.**

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

7.1.1- ...traite la personne comme étant unique.

7.1.2- ...recherche le consentement éclairé de la personne avant de prodiguer des soins.

7.1.3- ...respecte le droit de la personne à participer aux soins.

7.1.4- ...respecte le droit à la confidentialité des renseignements donnés par la personne.

7.1.5- ...accepte la décision éclairée de la personne.

7.1.6- ...exerce aucune discrimination ou racisme auprès de la personne.

7.1.7- ...respecte les coutumes et la culture de la personne.

**7.1.8- ...se fait l'avocate ou l'avocat de la personne pour assurer et respecter la défense des droits des personnes, en référant lorsque nécessaire, aux intervenants concernés.**

7.1.9- ...renseigne la personne sur les alternatives, les effets et les impacts de ses interventions.

**7.1.10- non consensus.**

7.1.11- ...s'assure que la personne connaît le nom des responsables au CLSC à qui il peut formuler son insatisfaction/satisfaction face au service reçu.

7.1.12- ...informe la personne sur la façon de se procurer un formulaire de plainte ou de satisfaction.

7.1.13- ...informe la personne de ses droits de recours et d'assistance.

7.1.14- ...informe la personne de ses droits et obligations en référence au code d'éthique de l'établissement.

7.1.15- ...décrit à la personne la politique locale d'accès au dossier selon la demande de ce dernier.

### **Dimension 8- La continuité des soins.**

**Norme 8.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile assure une continuité des soins.**

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

8.1.1- ...met à jour ses rapports et ses dossiers.

8.1.2- ...identifie et fait suivre le plan de soins si la personne passe d'un service à un autre.

**8.1.3- non consensus.**

8.1.4- ...reconnait les connaissances et les habilités des autres membres de l'équipe ainsi que celles des aidantes ou aidants naturels.

8.1.5- ...informe la personne des ressources de l'environnement qui peuvent lui être utiles.

8.1.6- ...renseigne la personne sur la façon de rejoindre le centre 24/7 en cas d'urgence en dehors des heures de visites à domicile.

8.1.7- ...procède à l'inscription ou à la mise à jour du nom de la personne au service info-santé 24/7.

### **Dimension 9- La collaboration interdisciplinaire.**

**Norme 9.1- L'infirmière ou l'infirmier à domicile assure une collaboration interdisciplinaire.**

#### **Indicateurs:**

L'infirmière ou l'infirmier à domicile...

9.1.1- ...initie le développement du plan de soins avec la personne, la famille, le médecin et les autres professionnels si besoin.

9.1.2- ...participe à la formulation des buts, des plans et des décisions lors de réunion en équipe multidisciplinaire.

9.1.3- ...clarifie, avec les différentes intervenantes ou intervenants, ses responsabilités en regard de la personne.

9.1.4- ...agit comme ressource auprès des membres de l'équipe de soins.

**9.1.5- non consensus.**

9.1.6- ...s'assure que les objectifs des différentes intervenantes ou intervenants sont complémentaires (discussion de cas).

9.1.7- ...reconnait et respecte les collègues et leurs contributions et s'assure que tous les efforts sont complémentaires.

9.1.8- ...consulte les collègues.

**9.1.9- non consensus.**

**9.1.10- non consensus.**

9.1.11- ...participe à la coordination des activités interdisciplinaires.

**9.1.12- favorise, lorsque nécessaire, la concertation entre l'équipe d'intervenants, le réseau de distribution des services et les ressources du milieu.**

9.1.13- ...incite la personne à contacter les membres de son réseau familial et social pour obtenir le soutien dont la personne a besoin.

9.1.14- ...demande aux membres de la famille ou aux proches d'exprimer leurs attentes respectives.

9.1.15- ...explore l'utilisation des ressources de soins de santé avec la personne.

9.1.16- ...oriente la personne vers un autre professionnel de la santé lorsque la situation dépasse ses compétences (ex: physio., ergo., médecin etc ...)

9.1.17- ...informe la personne des ressources communautaires et suscite l'utilisation des ressources d'entraide.

9.1.18- ...oriente la personne qui bénéficierait de ressources d'entraide vers les ressources appropriées.

**9.1.19- prend des moyens pour prévenir les problèmes sociaux chez la personne en collaboration avec les autres professionnels.**

9.1.20- ...transmet au professionnel concerné toute information en rapport avec la condition de la personne.

9.1.21- ...supervise les soins fournis à la personne par le personnel auxiliaire.