

Un modèle conceptuel, pourquoi?

Cet article est un extrait d'une conférence et d'un séminaire présenté en Espagne en mai 2004 dans le cadre du programme de formation des infirmières inscrites aux études supérieures à l'Université de Barcelone.

L'auteure a contribué à cette formation à titre de professeure invitée et de conférencière. Mme Diane Saulnier détient une maîtrise en sciences infirmières de l'Université de Montréal et est actuellement professeure en soins infirmiers au Collège de Bois-de-Boulogne

Un modèle conceptuel, pourquoi?

Introduction

Comment faire le choix d'un modèle conceptuel parmi tous ceux existants ? Quel leadership faut-il assumer pour réussir l'implantation d'un modèle conceptuel en soins infirmiers? Comment s'assurer que les efforts investis dans l'implantation d'un modèle conceptuel et dans l'utilisation des diagnostics infirmiers produiront des effets positifs sur la qualité des soins sans augmenter les coûts de production des services offerts? Quel type d'organisation de soins faut-il instaurer pour assurer une qualité de soins auprès des patients? Certains auteurs ont émis leurs opinions sur le sujet mais très peu de recherches ont pu démontrer des résultats probants.

Cet article dresse un portrait de certaines études réalisées au Canada et à l'étranger relativement à l'implantation et à l'utilisation de modèles conceptuels et de diagnostics infirmiers. Sans négliger l'importance de ces derniers sur la qualité des soins, il demeure que l'organisation des services et la structure en personnel constituent de facteurs très significatifs sur les succès escomptés.

Historique

L'origine des modèles conceptuels ne correspond pas à la naissance de la profession d'infirmière. Il a fallu plusieurs siècles avant de voir émerger des philosophies de soins infirmiers. **(Diapositive # 1)**

Les premiers écrits sur le travail infirmier remontent au 6^e et 7^e siècle avant Jésus-Christ. D'origine hindouiste, les textes répertoriés dans la *Sharaka-Samhita* décrivent l'infirmier idéal. Il faut noter qu'à l'époque la profession était exercée majoritairement par des hommes. Dans ces textes hindouistes, les notions de dévotion au patient, de pureté du corps, des connaissances de l'art de préparer et d'administrer un médicament y sont décrites. Cependant la littérature n'est pas très abondante sur le rôle spécifique des infirmières.

On retrouve toutefois certains textes datant de l'époque pharaonique. Ces textes mentionnent que les médecins recouraient à des *bandagistes*, puis dans la Grèce antique, que les médecins utilisaient leurs élèves comme gardes-malades. Chez les romains, chaque légion militaire avait son médecin et l'on présume que certains soldats agissaient comme infirmier pour soigner leurs compagnons d'armes.

Au Moyen-Âge les communautés religieuses sont vouées au soin des malades et ce n'est qu'au 16^e siècle en Europe que l'État intervient dans les soins. En 1860, la formation des infirmières se structure et s'organise grâce à Florence Nightingale.

Cette infirmière d'origine italienne a fondé la première école d'infirmières en Angleterre. Sa philosophie était certes basée sur le dévouement mais surtout sur les connaissances et le savoir faire. Elle avait réussi lors de la Guerre de Crimée (1854) à convaincre les militaires et le Gouvernement britannique que la formation des infirmières permettrait de réduire le taux de décès des soldats en réduisant les infections. On lui doit ainsi les premières statistiques appuyant ses hypothèses. Pour ma part, je crois qu'elle possédait en plus un solide leadership pour convaincre les autorités gouvernementales!

L'origine de la première conception des soins infirmiers semble donc être attribuée à F. Nightingale. Il aura fallu attendre plus d'un siècle avant que d'autres infirmières se risquent à définir leur pratique. C'est donc à partir de 1950 que les premiers courants de pensée ont commencé à apparaître particulièrement aux États-Unis. Cette vague s'est répandue un peu partout dans le monde et pendant près de 20 ans une prolifération de conceptions de la discipline infirmière s'est produite.

Le Québec, étant situé à la frontière américaine, a suivi ce mouvement. Les infirmières ont adhéré à ces courants de pensée et ont introduit largement dans les hôpitaux et les écoles de formation différents modèles, le plus répandu étant celui de V.Henderson.

Qu'en est-il aujourd'hui ?

Les modèles conceptuels sont toujours enseignés dans les collèges ou les universités mais il faut admettre que leur utilisation en clinique a grandement diminuée. Le même phénomène se produit aux Etats-Unis mais pas pour les mêmes raisons. Comment expliquer cette situation si l'on considère toutes les énergies et les ressources déployées? Vous me permettez d'expliquer brièvement le contexte socioéconomique qui prévaut actuellement au Canada pour expliquer cette diminution qui, espérons le, ne soit que temporaire .

Contexte (Diapositive #2)

Le Canada était reconnu pour la qualité de son système de soins de santé. Ce système est public et universel en ce sens que tous les canadiens peuvent avoir accès aux services de santé quelque soit la province où ils résident. Les frais sont entièrement assumés par l'État et les coûts sont partagés par tous les citoyens selon leur revenu annuel.

Le taux très faible de natalité, la croissance démographique des personnes âgées ainsi que la disponibilité de nouveaux traitements, examens ou médicaments très coûteux ont causé une pression très forte sur le financement de ce système. De plus, au cours des années 90, les différents paliers de gouvernement ont réduit considérablement les budgets dans le domaine de la santé et de l'éducation afin de réduire un déficit accumulé.

Ces décisions politiques ont eu des conséquences importantes sur nos organisations hospitalières et sur l'accessibilité aux services. Pour vous illustrer la situation, la région de Montréal, ville la plus peuplée au Québec a dû fermer 7 hôpitaux, et fusionner une dizaine d'autres. Les budgets ont été réduits de plus de 10% malgré les augmentations des coûts de système. Afin d'équilibrer le budget total de la province, le gouvernement a offert un programme incitatif de départ à la retraite pour les employés de l'État et réduit les places admissibles dans les programmes d'études dans le domaine de la santé. Des départs anticipés à la retraite ont été offerts aux employés et cette mesure a été très populaire. Ainsi plus de 5000 infirmières ont décidé de s'en prévaloir la même année. Nul besoin de vous préciser à quel point ces décisions ont causé une perte de ressources expérimentées et que nous n'avons pas pu former en nombre suffisant la relève pour répondre aux besoins.

Certes ces mesures ont permis d'équilibrer temporairement le budget mais notre système de santé dont nous étions si fiers ne peut plus fonctionner de la même façon. Le besoin d'innover et de faire les choses différemment s'impose.

C'est pourquoi plusieurs hôpitaux expérimentent actuellement de nouvelles approches ou structures telles que la gestion par programmes, les suivis systématiques de clientèles, les groupes de médecine de famille où les infirmières y exercent un rôle élargi . Des changements dans les lois professionnelles ont également été nécessaires. Ainsi la *Loi des infirmières et infirmiers* a été modifiée afin de permettre à certaines infirmières répondant aux conditions de poser des actes médicaux. Cette nouvelle loi a été adoptée et les infirmières intéressées par ce genre de pratique doivent suivre un programme de formation. (Diapositive # 3)

Considérant tous ces changements, les milieux cliniques ont dû prioriser leurs besoins et modifier leur pratique. C'est donc à regret que l'on constate que les modèles conceptuels et même dans certains milieux, la planification des soins ont été mis de côté. Est-ce le signe d'un manque d'intérêt ou d'un sujet passé de mode parce qu'il y a moins d'écrits qu'auparavant ? Ou est-ce dû au fait que le recours à ces concepts et outils cliniques requiert du temps et que les infirmières en nombre insuffisant n'ont plus le temps à y consacrer.

Force nous est de constater que les infirmières se sentent impuissantes à influencer les décisions et que leurs principaux leaders, les infirmières expérimentées, ont en grand nombre quitté la profession pour prendre leur retraite ou pour se voir confier des postes

différents dans les nouvelles structures. Dans certains hôpitaux, il n'y a plus de directrice des soins pour les représenter et nombre d'infirmières chefs doivent gérer plus de trois unités de soins, les rendant moins disponibles pour aider à résoudre les difficultés d'exercice des infirmières .

Dans ce contexte de transformation et d'instabilité des ressources, il n'est pas surprenant de constater le report de certains projets d'implantation ou de mise à jour des diagnostics infirmiers.

Ce contexte de changement a suscité parmi les infirmières québécoises un nouveau besoin de formation. Elles veulent savoir comment influencer les décideurs. Ainsi, au cours des dernières années, plusieurs conférences ou sessions de formation ont porté davantage sur le leadership, les réglementations, l'animation des équipes de travail, ou la tenue d'assemblées que sur les modèles conceptuels et les diagnostics infirmiers.

L'importance de former la relève, c'est-à-dire, les jeunes de demain qui contribueront au maintien de notre système de santé et qui prendront les décisions futures en matière d'organisation des services est devenue la priorité. Espérons toutefois que cette situation contextuelle ne nuira pas à long terme à l'identité professionnelle des infirmières et qu'elles sauront sauvegarder le caractère spécifique de leur pratique.

C'est justement dans un contexte majeur de changement où il faut accorder plus d'importance à l'essence même d'une profession. Ainsi même si les modèles conceptuels et les diagnostics infirmiers sont moins utilisés en clinique, ils deviennent encore plus importants dans un curriculum de formation afin de doter les étudiants de solides bases de connaissances sur la conception même de leur exercice professionnel.

La formation des infirmières

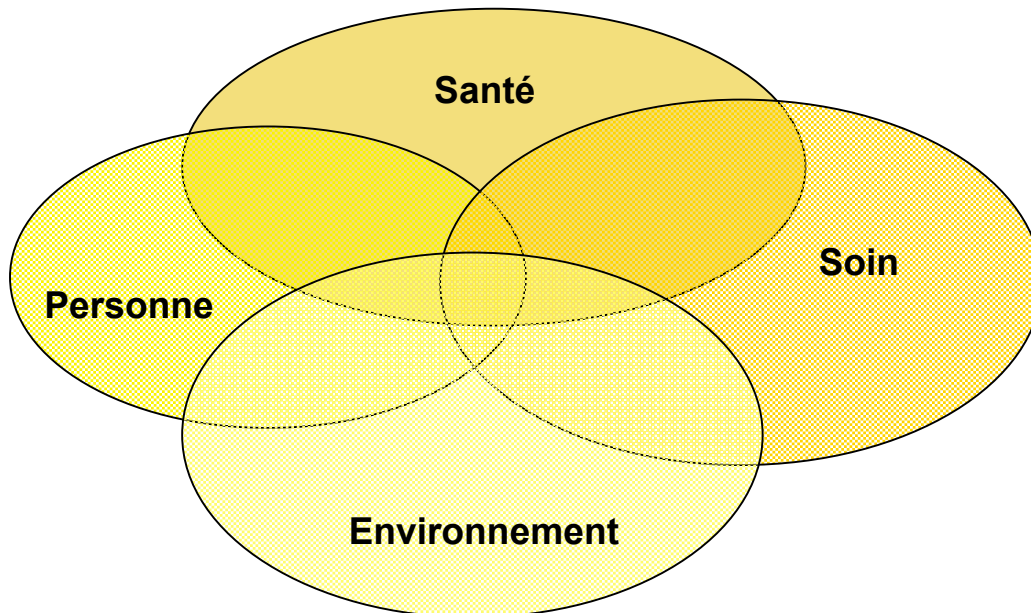
Les nouveaux programmes de formation axent les apprentissages sur la résolution des problèmes plutôt que sur la mémorisation des connaissances. L'illustration ci jointe (**Diapositive #4**) vous donne un exemple d'enseignement des diagnostics infirmiers en lien à la détresse respiratoire.

De plus en plus les étudiantes doivent utiliser leur jugement clinique au lieu d'acquérir des connaissances par mémorisation. Il n'a pas été démontré que cette approche donne de meilleurs résultats scolaires. Elle a cependant l'avantage qu'à long terme, les apprentissages sont mieux intégrés et que les étudiants adaptent leurs interventions aux différents contextes qu'ils rencontrent. Cette approche par résolution de problèmes n'est pas utilisée pour tous les cours mais elle est très utile dans l'enseignement des notions plus abstraites ou lorsqu'il y a plusieurs variables à prendre en considération tels que les modèles conceptuels et la démarche de soins.

Qu'est-ce qu'un modèle conceptuel?

Plusieurs conceptions de la discipline infirmière ont été élaborées par des théoriciennes nord-américaines, particulièrement au cours du 20^e siècle. Ces auteures se sont inspirées de différents courants de pensée, notamment par les physiciens ou les philosophes . Ces différentes façons de voir et de comprendre le monde ont permis à ces infirmières d'expliquer leur champ de pratique. Par analogie on peut référer ici au développement des différentes écoles de pensée en psychologie telles que l'École psychanalytique de Freud, la théorie comportementale d'Érickson ou de Piaget ou le béhaviorisme, etc.

Précisément, les infirmières théoriciennes ont défini en leurs termes leur propre façon d'aborder la relation entre **la personne, l'environnement, la santé et le soin**. (Figure 1) (**Diapositive # 5**)

Figure 1 : Les assises de l'exercice de la profession infirmière

Différentes conceptions de l'être humain ont permis d'influencer les approches de soins et la façon d'entreprendre des recherches dans le domaine des soins infirmiers.

Ces conceptions de la discipline infirmière ont majoritairement été élaborées en se centrant sur les dimensions biopsychosociales de la personne et en insistant sur son caractère global, ce qui les différencie du modèle biomédical.

Ainsi, plus d'une vingtaine de modèles conceptuels ont émergé à différentes époques, certains plus populaires que d'autres. Florence Nightingale a en 1859 élaboré la première conception de la pratique infirmière. Depuis, bien d'autres ont défini leur façon de concevoir les soins .

Trois grands courants de pensée sont donc apparus entre 1850 à aujourd'hui. Kérouac et al. (2003) les ont catégorisés de la façon suivante : **(Diapositive # 6)**

La catégorisation : (Diapositive # 7)

Dans ce courant de pensée ou ce paradigme, les phénomènes sont **divisibles en catégories, classes ou groupes**. Appliqué au domaine de la santé, ce paradigme oriente la pensée vers la recherche d'un facteur causal responsable de la maladie. (Ex. La classification des bactéries). Deux orientations se sont dégagées de ce paradigme, soit;

- la santé publique (1850-20XX)
- la maladie (1900-1950)

Parmi les modèles conceptuels en soins infirmiers qui seraient issus de ce courant de pensée, notons les **modèles axés sur les besoins** tels que le modèle conceptuel de Henderson (1955) , d'Orem (1959) et d'Abdellah (1960).

L'intégration : (Diapositive #8)

Fortement influencée par le paradigme de la catégorisation, la notion d'intégration est un peu son prolongement en ce qu'elle reconnaît les éléments et les manifestations d'un phénomène mais auquel s'ajoute le contexte spécifique dans lequel il se déroule. (Ex. La réaction d'une personne face à un agent infectieux et sa réponse au traitement selon le contexte dans lequel se trouve cette personne au moment du début de l'infection). La majorité des modèles

conceptuels en soins infirmiers se sont inspirés du cœur de ce paradigme soit, **la personne** (1950-20XX)

En plus des modèles axés sur les besoins décrits précédemment, les **modèles axés sur l'interaction** se classent également dans ce courant de pensée, notamment, Peplau (1952), Orlando (1961), Travelbee (1964), Wiedenbach (1965), King (1968), Paterson (1971), Meleis (1991).

Émergent par la suite les modèles portant sur les **effets souhaités** tels que proposés par Johnson (1959), Hall (1961), Levine (1967), Roy (1971) et Neuman (1974).

La transformation : (Diapositive #9)

Dans ce paradigme, le changement est perçu comme perpétuel. C'est un processus dynamique où les interactions sont réciproques et se déroulent de façon simultanée. La conception des phénomènes est donc unique et chaque phénomène ne ressemble jamais à aucun autre. C'est un nouveau mouvement qui se profile où l'on observe l'influence mutuelle de différentes cultures dont, entre autre, la culture occidentale et orientale. C'est **l'ouverture sur le monde** (1970-20XX).

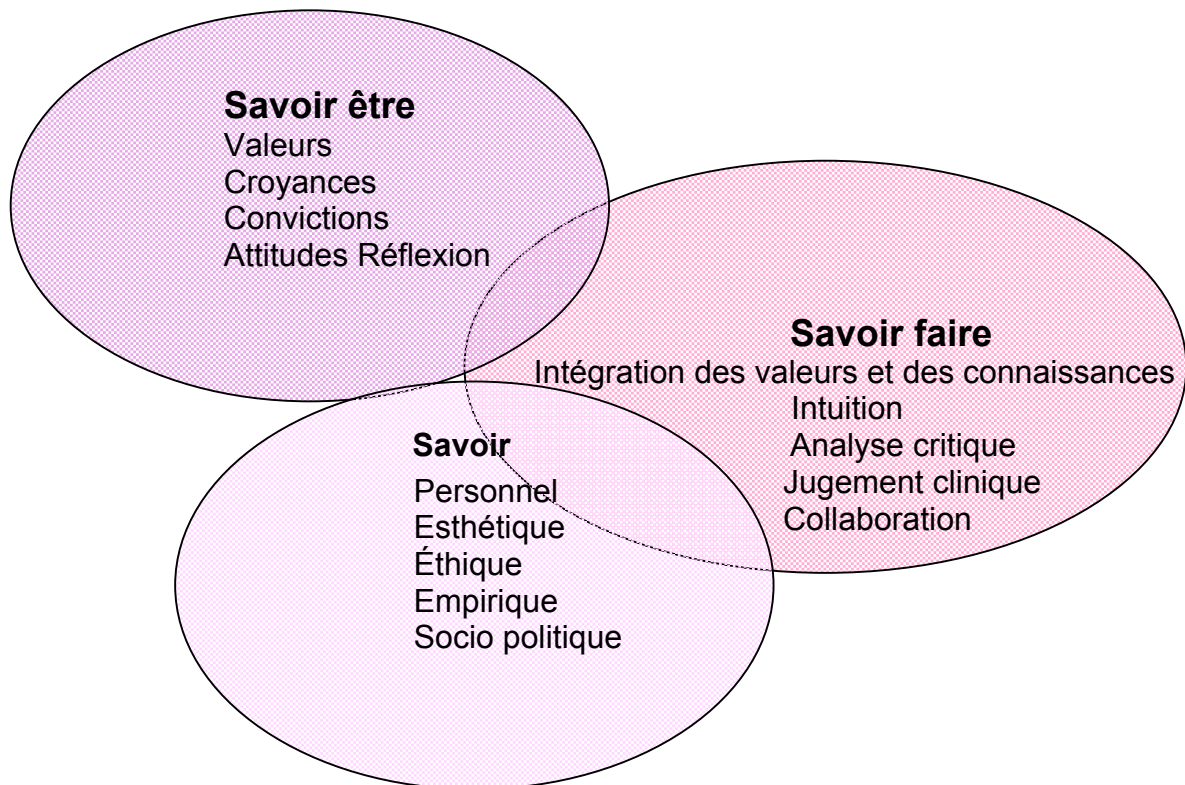
Les modèles en soins infirmiers influencés par ce courant de pensée sont ceux traitant de la **promotion de la santé** élaborés par Allen (1963) et Clark (1986). D'autres auteurs ont plutôt priorisé les **Patterns**, notamment Rogers (1970), Newman (1979) et Parse (1981). Les plus récents traitent du **Caring** tels que décrits par Schoenhofer et Boykin (1993) mais les modèles de Leininger et de Watson conçus respectivement en 1978 et 1979 sont encore très étudiés.

Plusieurs de ces théoriciennes publient encore de nos jours et raffinent leur conception mais aucun nouveau modèle n'est apparu depuis 1993.

La complexité et la difficulté d'application de certains de ces modèles ont découragé grand nombre d'infirmières à recourir à ces concepts en clinique. Ils sont cependant beaucoup utilisés dans le cadre de la formation des étudiantes. Le défi consiste toujours à faire cette transposition des apprentissages à la pratique quelque soit le milieu de travail.

Il est cependant difficile de citer les raisons qui expliquent pourquoi depuis plusieurs années les infirmières américaines ont délaissé les modèles conceptuels au profit de l'utilisation des diagnostics infirmiers. Celles-ci, il est vrai, ont consacré beaucoup d'énergie, au cours des années 80, à l'élaboration d'une taxonomie des diagnostics infirmiers. Ce système de classification s'est même développé en sous-systèmes par une classification sur les interventions (Nursing Interventions Classification, NIC) et l'autre sur les résultats à atteindre (Nursing Outcomes Classification, NOC).

Personnellement, je considère que le développement de ces systèmes de classification, malgré les avantages qu'ils offrent, auraient dû se développer en s'inspirant des modèles conceptuels ou du moins en créant des liens ou des interfaces entre ces concepts. Mes échanges avec les infirmières américaines à ce sujet, lors du dernier congrès sur les diagnostics infirmiers qui s'est tenu à Chicago en mars dernier, me confirment qu'il faut absolument préserver la notion de conception des soins avant d'introduire des listes de diagnostics, d'interventions infirmières ou de résultats surtout si ces listes sont informatisées. L'effet négatif de ces listes se présente sous une forme très réductrice des *savoirs infirmiers* et des *savoirs être*. Le *savoir faire* est certes très explicite dans ce type de classification mais il n'est pas toujours exclusivement réservé aux infirmières. (Figure 2). **(Diapositive # 10)**

Figure 2 : Conception de la discipline**Pourquoi utiliser un modèle conceptuel? Pour qui?**

Tout simplement pour définir notre pratique, pour décrire notre conception de la personne que l'on soigne, pour distinguer ce qui nous caractérise des autres disciplines, pour se donner un guide dans l'application de notre démarche de soins.

La démarche de soins étant un processus de résolution de problèmes, il devient alors plus facile de structurer notre façon d'investiguer les problèmes en se dotant d'une structure pour recueillir les données auprès de notre patient. (**Diapositive # 11.**)

Travailler sans recourir à un modèle conceptuel est très faisable, nombre d'infirmières y parviennent tous les jours. Toutefois, soigner ne signifie pas seulement de poser des actes, il faut aussi savoir pourquoi tel acte est plus approprié qu'un autre et savoir quelle attitude prendre dans le contexte où l'on donne un soin. Cette interrelation constitue l'art de soigner et cet art s'inspire de valeurs, de croyances, de notions éthiques. Le souci de la dignité humaine, l'ouverture aux autres, le respect, la confidentialité, la reconnaissance du libre choix, le sens des responsabilités soulignent l'exigence morale que sous-tend la pratique infirmière.

Les infirmières ont également besoin d'une base solide de connaissances pour travailler en équipe interdisciplinaire. Ce travail de collaboration implique qu'elles puissent mettre à profit leur expertise spécifique, d'anticiper les changements, de faire face aux situations paradoxales, de pouvoir négocier les zones de chevauchement avec les autres professionnels, de contribuer au processus de prise de décision en équipe, enfin, qu'elles soient en mesure d'articuler leur identité professionnelle. Un modèle conceptuel peut les guider et les aider à mieux définir leur rôle.

L'infirmière doit donc être à l'aise avec les concepts qui sont énoncés dans un modèle et avec les valeurs qui y sont préconisées. Dès lors, il est facile d'imaginer pourquoi il est si compliqué d'obtenir un consensus sur le choix d'un modèle lorsque plus d'une centaine d'infirmières travaillent dans un même établissement! Obtenir un consensus dans ce contexte est presque impossible, il faut plutôt viser à satisfaire le plus grand nombre d'entre elles et opter pour un modèle qui rejoindrait les valeurs de l'organisation afin de répondre aux besoins des patients qui recevront les soins de la part de ces infirmières.

Une question de choix...et de leadership...

Il y a beaucoup de variables à prendre en considération avant de choisir un modèle conceptuel. Toutefois, que l'on soit gestionnaires, enseignantes ou chercheuses, la première démarche consistera à analyser et à comparer les différents modèles existants selon les quatre concepts suivants : **(Diapositive # 12)**

Personne
Environnement
Santé
Soin

Kérouac et al.(2003) a élaboré un tableau comparatif des liens entre les orientations et les concepts centraux de la discipline infirmière. Ce tableau peut être très utile dans ce processus d'aide à la décision.

Une fois cette première étude complétée, il faut déterminer si le modèle que nous souhaitons utiliser sera approprié aux champs de pratique auxquels il est destiné, notamment la pratique clinique, la formation, la gestion et la recherche. En effet, certains modèles pourraient davantage rencontrer les objectifs de formation des infirmières mais répondraient minimalement aux besoins des infirmières qui sont en pratique clinique. Il faut donc en mesurer le pour et le contre.

La pensée constructive.....

Il est généralement reconnu que le rôle d'un gestionnaire consiste à planifier, à organiser, à diriger, à gérer et contrôler les ressources financières, humaines et matérielles en vue d'atteindre, avec le plus d'efficacité possible, les objectifs de l'organisation. **(Diapositive # 13)**

Dans un contexte de réduction de durée de séjour, de réduction de déficit budgétaire, de réorganisation majeure impliquant des fusions d'unités de soins ou d'établissements, il devient bien difficile de faire plus avec moins et d'exercer ce rôle traditionnel. Les efforts demandés sont tellement grands qu'ils exigent plus des gestionnaires que leurs excellentes habiletés à résoudre des problèmes.

La majeure partie des problèmes à résoudre sont en fait des dilemmes dont les valeurs sont opposées. C'est ce que Johnson (1996) appelle des *polarités*, c'est-à-dire, le fait d'être en présence de deux ou trois valeurs différentes en opposition entre elles mais qui sont interdépendantes, par exemple, la satisfaction des patients et celle des employés.

La dynamique entre ces deux variables sera toujours présente et ne pourra se résoudre en choisissant l'une au détriment de l'autre. Les deux valeurs doivent être comprises et doivent être gérées ensemble.

L'approche par résolutions de problème est largement utilisée dans le domaine de la gestion en milieu hospitalier et il est habituellement inconfortable de ne pas trouver de solutions. Le processus linéaire utilisé consiste à énumérer les avantages et les inconvénients de chaque solution identifiée et d'opter pour celle qui offre le plus d'avantages. En procédant de cette façon, il arrive fréquemment que l'on favorise un groupe de personnes par rapport à un autre. Cela cause des tensions et nuit au processus de changement.

Selon Johnson, les problèmes devraient être analysés selon une autre perspective, c'est-à-dire, ne pas les analyser avec les expressions *et/ou* mais plutôt par *et /ensemble*. L'exemple suivant illustre très bien ce concept de management par polarité : **(Diapositive # 14)**

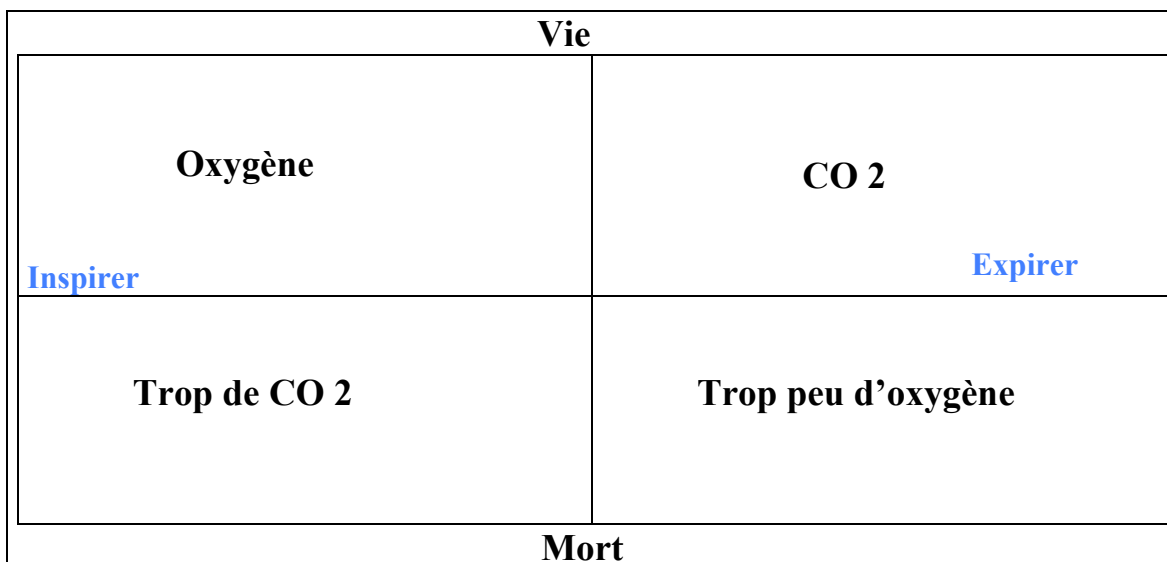


Figure 3 : Traduction adaptée de Johnson, B., *Polarity Management*, 1996

Dans cet exemple, il est facile de constater que pour vivre, il nous faut de l'oxygène. Toutefois, si vous n'inhalez pas suffisamment, vous aurez trop de dioxyde de carbone. De même si vous expirez trop souvent, vos besoins en oxygène seront insuffisants. Il est réaliste de penser qu'un pôle n'est pas préférable à l'autre. Les deux ont des valeurs positives et négatives, il n'y a pas de choix entre les deux, ils sont interdépendants et tous les deux sont essentiels à la vie. L'objectif est de conserver un équilibre entre ces deux pôles. Johnson croit que ce type d'énoncé est valable pour tous les types de polarités.

Utilisons maintenant un autre exemple pour illustrer un processus de changement au travail. (**Diapositive # 15**)

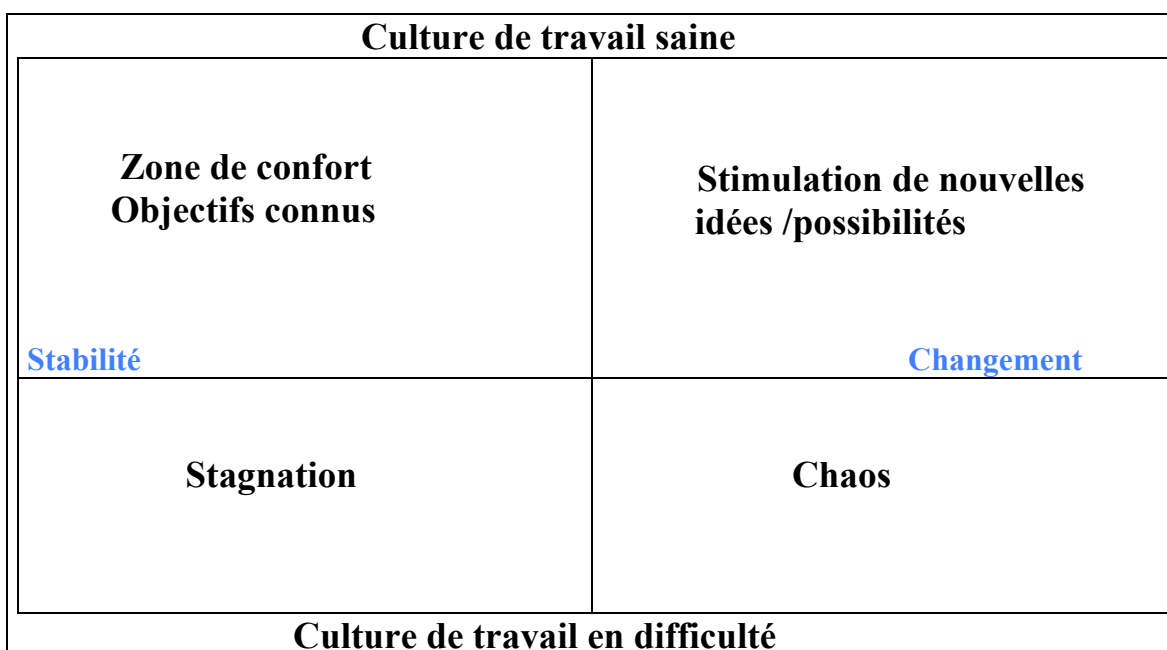


Figure 4 : Traduction adaptée de Johnson, B., *Polarity Management*, 1996

Dans la société, il existe plusieurs personnes avec des cultures différentes et chacune de ces personnes a ses valeurs et ses croyances. Toutes sont valables et chacune a ses vérités. Il ne s'agit pas de savoir si l'une est plus vraie, meilleure ou plus importante qu'une autre mais plutôt de tenter de comprendre les oppositions entre ces valeurs, il faut traiter ces valeurs simultanément. C'est cet effort de compréhension qui créera la synergie nécessaire à la résolution du problème de façon plus soutenue et durable. Si toutes vos énergies sont mises d'un seul côté, il est fort probable que vous expérimenterez les aspects négatifs malgré vos bonnes intentions.

Ainsi, si vous misez uniquement sur le changement comme dans l'exemple décrit à la figure 4, vous obtiendrez le chaos. Vous avez besoin des aspects positifs des deux valeurs pour atteindre une culture organisationnelle saine et en santé. Le management par polarité réduit les tensions et la résistance aux changements car il prend en considération les valeurs qui sont en opposition.

Ce type d'approche nécessite de la part des gestionnaires de penser autrement. Ils disposent ainsi d'un plus large éventail de solutions et développent une plus grande tolérance aux ambiguïtés. Certes ils doivent apprendre à résoudre des problèmes mais ils doivent aussi développer la compétence à gérer les polarités. Les deux compétences sont importantes pour manœuvrer dans des contextes en mouvance et particulièrement difficiles.

Plusieurs exemples peuvent être cités pour illustrer le quotidien des gestionnaires et les difficultés rencontrées dans les prises de décision, notons simplement; **(Diapositive # 16)**

- La rétention du personnel et le recrutement
- Responsabilités individuelles et travail d'équipe
- Les traditions et les innovations
- Le travail et la vie personnelle et familiale
- Les compétences en soins infirmiers et celles des autres disciplines
- La centralisation et la décentralisation
- La hiérarchie et les partenariats
- La gestion participative et directive
- Les soins individualisés et standardisés
- Les processus et les résultats

Se référer à ces concepts ne vous donnent pas qu'une solution mais plusieurs. Cela complexifie la tâche mais les changements qui seront instaurés se feront beaucoup plus facilement et auront un effet plus durable.

Cette approche nécessite de la part des gestionnaires l'acquisition de nouvelles compétences. Certains gestionnaires ont un style de gestion plus directif, d'autres plus participatif. Pour les personnes plus directives la façon d'analyser le problème est considérée comme une perte de temps et l'idée de faire des compromis avec les employés n'est pas bien vue. D'autres peuvent être d'avis qu'il faut absolument consulter le personnel sur le choix d'un modèle conceptuel avant de l'implanter mais que faire si les opinions sont trop divergentes? Toutes les opinions peuvent être valables et la liste des avantages et des inconvénients pourra certes contribuer à clarifier le problème mais quelque soit la ou les solution(s) envisagée(s) pour satisfaire tous les groupes en opposition, il faudra que les gestionnaires se dotent d'indicateurs objectifs pour mesurer les résultats des choix effectués.

Au delà des avantages théoriques décrits dans la littérature, il faut vérifier si le recours à un modèle conceptuel a réellement un effet sur la qualité des soins. Certaines expériences ont été publiées mais il y a très peu d'études démontrant des résultats tangibles. Ainsi très peu d'études ont évalué l'efficacité des modèles conceptuels sur la pratique infirmière. Il faut préciser de plus que ce genre d'études est par ailleurs très difficile à réaliser. Trop de variables s'influencent mutuellement et établir des corrélations entre elles s'avèrent une tâche très complexe.

L'étude de l'University of Colorado (Leenerts, M.H. et al. 1996) **(Diapositive # 17)** a démontré que l'utilisation d'un modèle conceptuel et d'une pratique de soins basée sur le partnership permettait de réduire les coûts hospitaliers. Cette étude s'est déroulée dans un centre pour sidéens (HIV/AIDS). Le modèle conceptuel utilisé était une adaptation de la théorie de Watson (1979). Dans ce centre, les infirmières font participer activement le patient à l'identification de ses besoins de santé. Il est partenaire des décisions. Les résultats de leur étude effectuée auprès de 75 patients ont démontré une réduction des admissions et de la durée de séjour. L'estimation des réductions potentielles des coûts était d'environ 1 590 000 \$US en 1993.

Toutefois cette étude même si elle est intéressante comporte certaines lacunes méthodologiques, il est de plus difficile de généraliser les résultats compte-tenu de l'adaptation du modèle conceptuel utilisé et du type de clientèle puisqu'au Québec, les patients atteints de SIDA sont habituellement hospitalisés dans des milieux de soins généraux et non regroupés dans des unités de soins spécialisées.

Des chercheurs néerlandais ont toutefois effectué un relevé de littérature sur les effets de la démarche de soins sur l'état de santé des résidents vivant dans un centre de soins pour personnes âgées. L'objectif était d'évaluer les effets de l'implantation d'un instrument de collecte de données sur la qualité des soins particulièrement, la qualité des plans de soins, la satisfaction du personnel, les problèmes de santé et la qualité de vie des résidents. Cet instrument intitulé *Resident Assessment Instrument (RAI)* a été développé aux Etats-Unis en 1987.

Neuf études ont été répertoriées par ces chercheurs parmi les recherches effectuées aux Etats-Unis et au Japon. Les résultats de ces études indiquent une amélioration sur certains aspects du processus de soins et sur une amélioration de l'état de santé physique des patients. L'image suivante illustre ces résultats. (**Diapositives # 18,19, 20,21**)

Figure 5 : Études comparatives du Resident Assessment Instrument (RAI)

Recherche	Échantillon	Type de recherche	Effets /processus	Effets/résultat
Hawes et al. (1997)	2100 patients	Quasi-expérimentale	Amélioration de l'information contenue au plan de soins et de la qualité des indicateurs.	
Fries et al. (1997)	idem	idem		Diminution de la prévalence de la déshydratation et des ulcères de pression Diminution des problèmes de vision, de nutrition, de chutes Augmentation de la prévalence de la douleur
Mor et al. (1997)	idem	idem	Diminution du taux d'hospitalisation Pas d'effet sur le taux de mortalité	
Recherche	Échantillon	Type de recherche	Effets /processus	Effets/résultats
Phillips et al. (1997)	idem	idem		Diminution des problèmes physiques (ex. incontinence, activités quotidiennes, lésions de pression , etc) Absence d'information sur les comportements ou humeurs des patients
Phillips et al. (1994)	236 Dir. soins infirmiers.	Post-test	Résistance à l'implantation	

			Meilleure qualité des évaluations et de la planification des soins Meilleure implication des résidents et des familles	
Dorman-Marek (1996)	191 employés et résidents	Post-test	Perception d'une amélioration de la qualité des soins	
Ikegami et al.(1997) Japon	18 établissements	Pré et post-tests	Amélioration de la qualité du processus	Diminution de la prévalence des chutes, des problèmes dentaires et de nutrition Peu de documentation relative aux problèmes psycho-sociaux.

Figure 5 : Traduction adaptée de *Achterberg, Wilco P. (1999)*

Au cours des années 90 beaucoup de recherches ont été effectuées pour valider les diagnostics infirmiers et la nomenclature des interventions infirmières mais très peu ont porté sur l'utilisation des modèles conceptuels.

Comment mesurer les résultats ?

Plus récemment, certaines études ont réussi à démontrer que certains types de modèles d'organisation des soins peuvent contribuer à la qualité des soins. Par contre la littérature est encore très limitée en ce qui concerne les modèles conceptuels.

Au Canada, il existe plusieurs modèles d'organisation des soins. Les diapositives suivantes (**Diapositives # 22, 23, 24, 25**) montrent ces différents systèmes dont le système axé sur la tâche, les système d'équipe, le système de soins intégraux, les soins modulaires et la gestion par programmes. Ce sont les systèmes d'équipe et de soins intégraux qui ont fait l'objet d'études importantes, principalement au Canada.

La Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Toronto a obtenu une subvention importante de la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé pour effectuer une étude évaluative des effets de différents modèles d'organisation des soins tels les systèmes de soins intégraux et les systèmes d'équipe sur les coûts de santé et sur certains paramètres cliniques tels que les chutes, les erreurs de médicaments, les infections des plaies et les infections urinaires. L'étude de Mc Gillis Hall, L. et al., (2004) a été réalisée dans 19 hôpitaux de soins généraux et spécialisés de l'Ontario. Les résultats indiquent que plus la proportion d'infirmières est basse, plus grand est le nombre d'erreurs de médicaments et d'infections des plaies. De plus, le nombre d'infection de plaies est plus élevé si les infirmières ont peu d'années d'expérience. (**Diapositive # 26**)

Les recommandations de cette étude suggèrent aux gestionnaires d'assurer un équilibre dans la composition de leur équipe entre les infirmières expérimentées et les novices. De plus cette étude a démontré qu'une équipe de travail constituée d'une proportion plus grande d'infirmières utilisait moins d'heures totales dans le budget des soins infirmiers. À l'inverse, une équipe constituée de moins d'infirmières avait un taux de roulement de personnel plus élevé, une augmentation des heures supplémentaires et un plus grand taux d'absentéisme.

Aiken LH. et al, (2002), chercheure américaine, a pour sa part démontré que le ratio d'infirmières avait une influence directe sur le taux de mortalité des patients. Plus le ratio est élevé, moins le taux de mortalité est élevé. (**Diapositive # 27**)

Malheureusement, ces études n'ont pas colligé l'information sur l'utilisation ou non d'un modèle conceptuel, information qui aurait été intéressante à recueillir.

Grigsby et al.(2002) considère pour sa part qu'il est très difficile d'identifier les changements dans une organisation suite à l'implantation d'un nouveau programme ou d'un nouveau modèle de référence. Le but de son étude était d'évaluer si son cadre de référence, le *Clinical Practice Model* contribuait à l'atteinte des objectifs et de la mission de l'organisation et si le modèle apportait une valeur ajoutée. Ce modèle est utilisé par plus de 90 établissements de santé aux Etats-Unis et au Canada. Les résultats indiquent que généralement les changements apparaissent 1 à 2.5 ans après les premières étapes d'implantation.

Les principaux changements observés étaient : **(Diapositive # 28)**

- une réduction de plusieurs formulaires
- une amélioration du processus décisionnel
- une diminution de perte de temps
- une amélioration des communications entre les membres des soins infirmiers
- un accroissement de l'ouverture aux changements chez les gestionnaires
- une plus grande implication des patients dans les décisions relatives à leur traitement
- une amélioration de la continuité des soins inter-services.

Il conclut en mentionnant que la clef du succès repose sur l'acquisition de nouvelles compétences chez le personnel dont celle de travailler en partenariat. Il ne suffit pas cependant d'enseigner une fois cette habileté pour être assuré que chaque membre du personnel puisse travailler de concert avec ses collègues. Il précise que cela prend du temps, qu'il faut maintes fois répéter, encourager et donner l'occasion au personnel d'intégrer la nouvelle façon de faire dans leur pratique quotidienne.

Les conclusions de Grigsby confirment celles de Doerge (2000). Cet infirmier gestionnaire du Mercy Hospital Medical Center dans l'Iowa a pris deux ans pour implanter dans son milieu un modèle de gestion basé sur les résultats. Sa philosophie de soins infirmiers était basée sur le *Caring* et le modèle utilisé était une adaptation du *Dartmouth Model*. De son expérience d'implantation de nouveaux rôles au sein du personnel infirmier (coordonnatrice de la gestion des risques, gestionnaire de cas, gestionnaires de programmes) elle recommande les principes suivants ; **(Diapositive # 29)**

- Répétitions des messages (bases du modèle) en utilisant des images, des graphiques, des brochures d'informations, des pages Web etc.
- Mesures de la performance dans les 3er mois d'implantation. Il précise que si l'échéancier n'est pas clairement défini, il est préférable de mesurer quelques résultats, si non, aucun changement n'apparaîtra.
- Ne pas dépendre ou attendre après un système d'informations. Il faut débiter par petites étapes mesurables pour poursuivre avec des éléments plus complexes.
- Planification de la transition. Prévoir de 3 à 6 mois de transition . Choisir des éléments significatifs correspondant à l'analyse des résultats (ex. le 4^e rapport traitant des coûts, de la durée de séjour, du taux de réadmission, etc. pour démontrer les progrès amorcés.)

Je partage entièrement ces conseils et vous invite à les prendre en considération avant d'implanter des changements dans votre milieu. De plus, le soutien aux gestionnaires durant les différentes phases d'implantation demeure indispensable. Si ceux-ci se sentent écoutés, encouragés et ont l'opportunité d'échanger sur leurs difficultés tant personnelles que professionnelles, les probabilités de réussite seront plus grandes.

Il demeure cependant qu'en ne disposant pas d'études pour affirmer qu'un modèle conceptuel améliore la qualité de soins, il faut donc être prudent avant de conclure à une telle hypothèse. Certaines données empiriques permettent toutefois de penser qu'il pourrait y avoir une certaine influence.

Les interventions infirmières sont elles efficaces ? Comment en mesurer les résultats et leur qualité ?

Une des façons d'évaluer l'efficacité de nos interventions infirmières est d'en mesurer les résultats.

Les écrits sont nombreux sur les différents programmes d'appréciation de la qualité et sur les principes d'implantation. Le plus connu est le cadre de référence de Donadébian (1975). Selon cet auteur, la mesure de la qualité s'effectue selon trois éléments, soit ; **la structure, la démarche ou les résultats**. D'autres auteures proposent des approches combinées, notamment au Québec. Mme J. Laurin, (1983) anciennement professeure à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal. Cette dernière avait construit ses instruments de mesure d'évaluation de la qualité des soins infirmiers en se basant sur le modèle conceptuel d'Orem.

Les composantes de l'évaluation de la qualité des soins. (Diapositive # 30)

La structure :

Fait référence au milieu dans lequel les soins sont donnés, à l'environnement, à l'équipement, et aux conditions sous-jacentes à la dispensation des soins.(ex. budget, philosophie, objectifs, etc.) Un critère d'évaluation dans ce cas-ci serait, par exemple, le respect des procédures pour disposer du matériel souillé.

La démarche :

L'accent est mis sur la façon dont sont accomplies les activités de soins (ex .plan de soins, technique de soins, etc.). Le critère qui pourrait être choisi serait d'identifier au plan de soins l'horaire et la fréquence des interventions de soins ou des traitements.

Les résultats :

Porte sur les changements mesurables des comportements ou des réactions des patients. (ex. altération ou amélioration de l'état de santé des patients). Les indicateurs dans ce type d'évaluation reflète l'efficacité et l'efficience des soins. Leur validité est cependant difficile à réaliser car il n'y a pas de certitude absolue que les changements mesurés sont bien attribuables aux interventions des infirmières.

La **structure** des équipes de travail est un prédicteur important de la qualité des soins. C'est ce que Mc Gillis Hall, L. et al. (2003, 2004, id 2004) ont pu démontré dans le cadre de leurs études sur l'impact des différents modèles d'organisation des soins sur l'indépendance fonctionnelle des patients, leur niveau de douleur, les erreurs de médicaments, le taux de chutes et d'infection des plaies et le niveau de satisfaction des patients. Leur étude visait à comparer deux modèles d'organisation ; le système constitué uniquement d'infirmières et l'autre composé d'un mixte d'infirmières et d'aides soignantes. Les résultats (**Diapositive # 31, 32**) indiquent que ;

- Moins grand est le ratio d'infirmières dans une unité de soins, plus élevées sont les erreurs de médicaments et les infections de plaies.
- Une proportion plus grande d'infirmières / membres de l'équipe produit de meilleurs résultats sur les indicateurs de qualité.
- Un personnel **régulier** conduit à de meilleurs résultats des mesures de l'indépendance fonctionnelle et sociale des patients
- Moins les infirmières sont expérimentées, plus le nombre d'infections de plaies est élevé
- Moins grand est le ratio d'infirmières / membres d'une équipe, plus élevées sont les heures travaillées dans le budget des soins infirmiers.
- La satisfaction des patients à l'égard des soins est comparable quelque soit le modèle d'organisation des soins en autant que le personnel soit régulier.

Au delà des structures, le développement des diagnostics infirmiers a permis de son côté l'éclosion d'un grand nombre d'études basées sur des résultats. Plus d'une centaine des diagnostics contenus dans la taxonomie de l'Association Nord-Américaine des Diagnostics Infirmiers (NANDA) ont été validés et ont ouvert le champ à l'exploration de nouvelles pistes de recherche.

Une étude portant sur les diagnostics infirmiers effectuée au Japon en 2002 a permis de mettre en évidence un besoin non comblé par les infirmières soignant des femmes atteintes de cancer .

Cette recherche a été effectuée auprès de 152 femmes hospitalisées dans trois hôpitaux différents. L'un des buts de cette recherche était d'examiner les caractéristiques des diagnostics infirmiers et des interventions infirmières selon les différents traitements médicaux et les différentes raisons d'admission. Les données sont les suivantes.

(Diapositive # 33)

On observe que les infirmières de ces hôpitaux utilisent les diagnostics infirmiers depuis déjà plusieurs années. Pour ces femmes atteintes de cancer, les infirmières ont sélectionné une dizaine de diagnostics infirmiers parmi les centaines de diagnostics disponibles dans la classification de la NANDA.

Lorsque l'on examine les résultats au tableau suivant **(Diapositive # 34)**, certaines données analysées dans une perspective d'évaluation de la qualité des soins sont très préoccupantes. En effet, comment expliquer le choix très fréquent du diagnostic : *Risque d'infection* dans l'Hôpital A ? Est-ce occasionné par le manque de contrôle des infections dans cet hôpital ou parce que les patientes de cet hôpital universitaire sont plus à risque de développer une infection à cause des traitements de chimiothérapie très invasifs utilisés dans ce centre.

Comment expliquer qu'aucun diagnostic d'anxiété n'ait été sélectionné dans l'Hôpital B ?

De plus aucune des infirmières participant à la recherche dans ces trois hôpitaux n'a sélectionné de diagnostics infirmiers reliés à la mort. Cette lacune reflète une caractéristique culturelle. Selon la chercheuse, Dre Ogasawara, il existe plusieurs tabous entourant la mort et ce sujet n'est pas discuté, voire même évité la plupart du temps.

Les recherches nous permettent de mieux comprendre certains phénomènes et nous apportent des éléments de réponse pour modifier nos pratiques. Plusieurs de ces recherches sur l'évaluation de la qualité axées sur les résultats ont réussi à démontrer que plusieurs pratiques de soins utilisées pendant de nombreuses années telles par exemples, l'utilisation de blancs d'œufs pour le traitement des soins de plaies, les humidificateurs dans les chambres des patients pour traiter les problèmes respiratoires des patients, les gavages à la seringue et bien d'autres activités de soins comportaient certains risques et qu'il était préférable de les modifier. Les infirmières ont cessé d'y recourir lorsque les résultats de ces petites recherches cliniques ont été diffusés et que de nouvelles pratiques ont été enseignées.

Conclusion

L'amélioration de la qualité des soins ne repose pas uniquement sur le fait d'adopter un modèle conceptuel. Il faut en plus recourir à d'autres éléments dont un bon mode d'organisation des soins, un ratio d'infirmières plus élevé que le nombre de non professionnels, des ressources compétentes, des outils cliniques bien développés, des instruments de mesure validés et fiables et surtout des leaders convaincus qui sauront comment motiver leurs équipes de travail à modifier leur pratique de soins devenues désuètes ou qui ne correspondent plus aux besoins de la clientèle.

Il y a maintenant tellement d'expériences dans le monde qui démontrent les avantages et les bénéfices d'adopter un modèle conceptuel ou à tout le moins la démarche de soins qu'il serait dommage pour une organisation de ne pas les utiliser. Certes cela demande beaucoup d'énergie, de temps et un certain investissement financier mais les retombées en valent l'investissement.

Diane Saulnier

Bibliographie

- Achterberg Wilco P., Crétien van Campen, Pot Margriet Anne, Kerkstra, Ribbe Miel w., (1999), *Effects of the Resident Assessment Instrument of the Care Process and Health Outcomes in Nursing Homes. A Review of the Literature*, Scand.J.Rehab Med. 31: pp 131-137
- Doerge, Jean, (2000) *Creating an Outcomes Framework*, Outcomes Management for Nursing Practice, Vol.4 (1) January / March , pp 28-33.
- Donadebian, A.(1975) *Some Basic Issues in Evaluating the Quality of Health Care. Issues in Evaluation Research. An invitational conference*. December 10-12 (ANA Publication Code No G-124 , 2M 9/76. p4.
- Grigsby Karen, Wesmoreland Donna, Shiparski Laurie, (2002), *Capacity of Leaders in Healthcare Organizations* ,JONA, Vol 32., no7/8, July/August, pp398-404.
- Johnson,B., *Polarity Management, Identifying and Managing Unsolvable Problems* (1996), Amherst,MA HRD Press, Inc.
- Kérouac Suzanne, Pépin Jacinthe, Ducharme Francine, Major Francine, (2003) *La pensée infirmière*, 2^e édition, Beauchemin, Canada, 21 pages.
- Laurin J. (1983) *Évaluation de la qualité des soins infirmiers* , Maloine Éditeur, Paris, 348 pages.
- Leenerts Mary Hobbs, Koehler Julie.A, Neil Ruth, M.,(1996) *Nursing Care Models Increase Care Quality While Reducing Costs*, JANAC, vol.7, No4, July-August, pp 37-49.
- Mc Gillis Hall Linda, Doran Diane , Baker Ross, Pink George H., Sidani, Souraya, O'Brien Pallas Linda, Donner Gail J., (2003) *Nurse Staffing Model as Predictors of Patients Outcomes*, Medical Care, Vol 41 (9), pp 1096-1109.
- Mc Gillis Hall, Linda, Doran, Diane, (2004) *Nurse Staffing ,Care Delivery Model, and Patient Care Quality* , J.Nurs.Care Qual, vol 19,No 1 , pp 27-33.
- Mc Gillis Hall Linda, Doran Diane , Baker Ross, Pink George H.,(2004) *Nurse Staffing Models, Nursing Hours, and Patient Safety Outcomes*, JONA, Vol 34 (1), pp 41-45.
- Ogasawara, C et al. (2004) *Nursing Diagnoses and Nursing Intervention in Japan for Terminal Stage Breast Cancer Patients Admitted Under Differing Care Aims*, Conférence présentée au Congrès de la NANDA, NIC ,NOC , le 25 mars à Chicago.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (2001) *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, Québec, Canada, 28 pages.
- Petit, A. (1989), *Les infirmières , De la vocation à la profession*. Montréal , Les Éditions du Boréal .
- Wesorick, Bonnie, (2002), *21st Century Leadership Challenge : Creating and Sustaining Healthy, Healing Work Cultures and Integrated Service at the Point of Care*, Nurs. Adm. Q. 26(5) : pp 18-32