## ALGEMENE UNIE DER VERPLEEGKUNDIGEN VAN BELGIË vzw.



UNION GENERALE DES INFIRMIER(E)S DE BELGIQUE asbl.

ALLGEMEINER KRANKENPFLEGEVERBAND BELGIENS vog.

Les normes et la qualité des soins en MRS : proposition	ns
d'indicateurs de suivi et recommandations.	

Cécile Piron, Josiane Fagnoul, Anneleen Baetens, Anne-Marie Solé, Elisabeth Darras, Ellen De Wandeler.

\_\_\_\_

Remerciements

Ce travail n'a été possible que grâce à la collaboration de nombreux acteurs.

Tout d'abord, nous remercions l'Union générale des infirmiers de Belgique (UGIB) pour la confiance en ce projet et le financement de cette recherche. Nous remercions particulièrement les coordinateurs de l'UGIB pour leur participation, collaboration et organisation des Focus Groups ainsi que les différents professionnels de la santé et experts

rencontrés, sans qui cette recherche n'aurait pas été possible.

Ensuite, nos remerciements vont aux membres des associations professionnelles qui, de près

ou de loin, ont participé à ce projet.

Chercheurs

Cécile Piron: R.N., M.P.H., ACN, ComPAs

Josiane Fagnoul, R.N., M.P.H., KPVDB

Anneleen Baetens: R.N., M. Sc., NVKVV

Comité d'accompagnement

Josiane Fagnoul, R.N., M.P.H., KPVDB

Ellen De Wandeler: RN, M.Sc., NVKVV

Anne-Marie Solé: R.N., ACN, ComPAs

Elisabeth Darras: R.N., PhD., ACN

Stakeholders: Marie-Louise Ugiranyina (ACN), Meral Uysal (ACN), Anne-Marie Sautois (ComPAs), Olivier Gendebien (ACN), Françoise Van Enst (ACN), Cynthia Van den Steen (FNBV), François Truffin (KPVDB), Josiane Fagnoul (KPVDB), Ellen de Wandeler (NVKVV), Wilfried de Rijk (Werkgroep Ouderenzorg NVKVV), Hugette Strak (ABIHH), Wouter Decat (UGIB), Deniz Avcioglu (UGIB), Frédéric Gevenois (UGIB).

Date de première publication : Octobre 2020

## **Abstract**

**Objectif :** L'objectif de cette recherche est la préparation d'un dossier sur les normes et la qualité des soins infirmiers dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins afin de définir les valeurs communes qui semblent primordiales aux infirmiers.

Cette recherche vise à établir les indicateurs de qualité utiles dans la pratique infirmière en maison de repos et de soins.

**Design et méthode**: Tout d'abord, une base de travail a été réalisée par la réalisation d'un état des lieux des recommandations belges en matière d'enregistrement et de traitement de données. Ensuite, à travers une analyse de la littérature scientifique, nous avons recherché les recommandations en termes de suivi d'indicateurs de qualité, d'encadrement en personnel, et de gouvernance des institutions résidentielles pour personnes âgées.

**Résultats**: Cette recherche a permis d'identifier les outils de mesure des indicateurs de qualité utilisés à l'étranger ou proposés par les auteurs. Il en ressort une liste de plus de 50 indicateurs de Résultats, Structure et Processus régulièrement employés. Ces indicateurs ont été proposés à un focus group constitué de professionnels se prévalant d'une expertise en MRS. Les indicateurs de la liste ont été adaptés à la pratique clinique en maison de repos et aux besoins des professionnels de la santé.

En ce qui concerne l'encadrement et la gouvernance, nous avons tenté de faire le point sur les normes à atteindre pour les aspects qualitatifs. Malheureusement, la différence d'organisation des soins de santé, l'hétérogénéité des populations de résidents dans les institutions de soins, et les différents niveaux de formations des infirmiers nous en ont empêché.

**Conclusion**: Les éléments influençant la qualité des soins sont multiples. Il est recommandé de recourir à des indicateurs pour assurer le suivi tant de la qualité que de l'encadrement en personnel dans un établissement. Les normes minimales ne sont plus suffisantes et doivent être revues. D'autres éléments importants à retenir également concernent le leadership clinique et hiérarchique de la profession infirmière, ainsi que la formation continue et la présence d'un panel de professions complémentaires au sein des institutions.

## Table des matières

Remerci	ements	2
Abstract		3
Table de	es matières	4
Liste des	tableaux et figures	5
	annexes	
	abréviations	
Introduc	tion	7
Context	e de l'étude	10
Objectifs	5	14
Méthod	ologie	15
Chapitre (a)	2 1: La structuration du personnel et l'organisation des MR/ MRS en Belgique  La Maison de repos et de soins et ses obligations	
(b)	La structuration du personnel	
Chapitre	2: La formation des infirmiers	
(a)	La formation infirmière	
(b)	Les formations spécifiques, QPP et TPP des infirmiers en Belgique	
(c) (d)	La formation des aides-soignants  Les autres professions	
` '	e 3 : La qualité des soins	
-	tions	
	conceptuel de Donabedian	
(a)	La structure	
(b)	Le processus	
(c)	Les résultats	29
Les ca	ractéristiques des indicateurs	29
La mes	sure de la qualité en MRS	30
Chapitre	4 : Les éléments influençant la qualité	<b>3</b> 3
Les ca	ractéristiques des effectifs de soins	34
(a)	Dotation en personnel	
(b)	Qualification du personnel	
(c)	Le management des compétences infirmières	
(d) (e)	La pratique avancée	41
` /		
(a)	re et management	
` ′	s 5 : Vers des indicateurs de mesure de la qualité des soins	
-	tils et questionnaires	



Dossier électronique	59
Qualité et cout	60
Fixer des objectifs à atteindre	60
Résident partenaire	61
La perception des professionnels de la santé concernant la qualité des soins	62
Liste récapitulative des indicateurs de la littérature	64
Chapitre 6: La voix des professionnels: Focus group	69
Focus groupe MR-MRS du 10 décembre 2019	70
Recommandations	75
Proposition d'une liste d'indicateurs	76
Discussion	82
Limites de la méthode des Focus Group	84
Recommandations	85
Conclusion	88
Bibliographie	89
Liste des tableaux et figures	
Liste des tableaux et figures	16
Tableau 1 : Stratégie de recherche	
Tableau 1 : Stratégie de recherche	56 64
Tableau 1 : Stratégie de recherche  Tableau 2 : Analyse des indicateurs proposés par les outils et auteurs	56 64
Tableau 1 : Stratégie de recherche	
Tableau 1 : Stratégie de recherche	
Tableau 1 : Stratégie de recherche	
Tableau 1 : Stratégie de recherche	
Tableau 1 : Stratégie de recherche	
Tableau 1 : Stratégie de recherche	
Tableau 1 : Stratégie de recherche	

## Liste des abréviations

ACN: Association belge des praticiens de l'Art infirmier

ex Association Catholique de Nursing

AIIC : Association des infirmières et infirmiers du Canada

AM: Arrêté ministériel

APN: Advanced Practice Nurse

APRN: Advanced Practice Registered Nurses

AR: Arrêté royal

AVQ: Activité de la vie quotidienne

BelRAI: Resident Assessment Instrument en Belgique

ComPAs : Association belge des Praticiens de l'Art Infirmier exerçant auprès de

Personnes Âgées

EBS: Ergänzender Berufsbildender Sekundarunterricht

ETP: Equivalent Temps plein HAS: Haute Autorité de la Santé

HBO 5: Hoger beroepsonderwijs, 5de niveau van de Vlaamse kwalificatiestructuur

IFIC: Institut de classification de fonction

INAMI: Institut National d'Assurance Maladie Invalidité

IPA: Infirmière en pratique avancée

KPVDB: Krankenpflegevereinigung in der Deutschsprachigen Gemeinschaft Belgiens

LEPS: Loi sur l'exercice des professions de soins

LPN: Licensed practice nurse

MB: Moniteur Belge

MCC: Médecin coordinateur et conseiller

MR: Maison de repos

MRS: Maison de repos et de soins

NVKVV: Beroepsorganisation voor verpleegkundigen - Nationaal Verbond van

Katholieke Vlaamse Verpleegkundigen

PAQS : Plateforme pour l'amélioration continue de la qualité des soins et la sécurité

des patients

QPP: Qualification professionnelle particulière

RN: Registered Nurse

TPP: Titre professionnel particulier

UGIB : Union Générale des Infirmiers de Belgique

WE: Week-End

## Introduction

Selon les chiffres publiés par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la proportion de personnes âgées a considérablement augmenté ces dernières années et devrait continuer à croître pour atteindre 27 % en 2050. En Belgique, les données publiées par le Bureau fédéral du Plan indiquent que 20 % de la population de plus de 18 ans est âgée de 67 ans et plus.

Cette augmentation de proportion s'explique d'une part par une baisse de la natalité, et d'autre part par une augmentation de la longévité. En effet, si dans les années 70, l'espérance de vie (EV) à l'âge de 65 ans était de 13,8 ans, elle est de 20,2 ans en 2017, soit un gain de 6,5 ans.

Si l'espérance de vie d'une personne consiste à déterminer le nombre moyen d'années qu'elle peut espérer vivre, l'espérance de vie en bonne santé (EVBS), quant à elle, est le nombre moyen d'années qu'une personne peut espérer vivre sans limitation d'activité, sans incapacité.

Le vieillissement ne se produit pas au même rythme chez chacun et n'impacte pas tous les êtres humains de la même manière. Mais plus l'âge avance, plus le risque d'institutionnalisation est grand, car la personne est confrontée à des maladies chroniques, à une perte de fonctionnalité, ou à l'apparition de handicap.

Le déclin fonctionnel, la fragilité associée aux syndromes gériatriques et la nécessité d'être accompagné par une tierce personne, influencent non seulement la qualité de vie de la personne, mais réduisent aussi les capacités de résistance et la résilience de la population. Les maisons de repos (MR) et maisons de repos et de soins (MRS) accueillent et encadrent des résidents souffrant de ces troubles.

Les institutions résidentielles pour personnes âgées ont fait face à une évolution considérable ces dernières années. Leur fonction ne se limite pas à un hébergement, mais concerne de plus en plus la prise en soins de personnes présentant des conditions médicales complexes et nécessitant des soins infirmiers ainsi qu'une assistance logistique. Les professionnels de la santé ont la volonté non seulement de fournir des soins de qualité et de contribuer à la bonne santé des résidents, mais aussi de les satisfaire au quotidien. Afin de répondre à leurs besoins, d'assurer leur qualité de vie et la qualité des soins et services offerts, les institutions de soins pour personnes âgées requièrent de la rigueur dans le suivi des résidents, une équipe soignante de qualité, un management spécialisé, et ce, plus particulièrement au sein des MRS.

Selon Pesis-Katz, il n'est pas aisé de choisir une MRS. Le choix se fonde généralement sur ce que la personne peut observer et évaluer facilement, et donc plus aisément sur les qualités hôtelières que sur la qualité des soins.

Surveiller la qualité des soins et mettre à disposition ces indicateurs sont des pratiques de plus en plus courantes dans de nombreux pays quel que soit le milieu de soins. En effet, le résident d'une institution de soins est client d'un établissement, et réclame des soins de qualité. De plus, de nombreuses études ont démontré que la non-qualité représente un coût de Santé publique. D'autres études ont quant à elles montré un lien entre la qualité des soins dispensés en MR/MRS et la qualité de vie de la personne soignée.

La notion de qualité est très souvent liée à des valeurs subjectives et il est difficile de juger la qualité d'une institution ou la qualité des soins qui y sont dispensés.

Dans les domaines de la santé, de la satisfaction du résident ou de la qualité des soins, il est difficile de déterminer quels facteurs relatifs à la prestation de services et de soins sont liés à de meilleurs résultats, d'autant que les soins infirmiers sont complexes et nécessitent la mobilisation de nombreux savoirs, attitudes, normes et valeurs. Le plus important est de comprendre ce qui fonctionne bien et ce qui ne fonctionne pas. Utiliser des indicateurs de qualité qui capturent les résultats des soins infirmiers est un moyen de surveiller la qualité des maisons de repos. Afin de garantir des soins infirmiers de qualité, il est nécessaire de déterminer les aspects des soins infirmiers qui devraient être mesurés.

En Belgique, l'A.R. du 21 septembre 2004 précise, au point 10 « normes de qualité », que les MRS disposent d'un programme de qualité et enregistrent au minimum les données relatives au nombre d'escarres de décubitus, au nombre d'infections nosocomiales, au nombre de chutes, au nombre de personnes incontinentes et au nombre de personnes chez qui des mesures de contention ou d'isolement ont été appliquées. Cependant, ce type d'indicateurs ne semble pas satisfaire le personnel soignant, car il ne sait pas comment interpréter les données récoltées. De plus, une comparaison entre institutions semble difficile au vu de la diversité de la population, du type d'institution, de la composition du staff, de la source de l'indicateur, de l'absence de dossier commun, ou encore de l'interprétation de la définition de soins de qualité.

Depuis la dernière réforme de l'État, et plus particulièrement depuis 2019, ce sont les autorités communautaires qui sont responsables de la réglementation, de la normalisation, et des exigences de qualité et de financement des MR-MRS. Cela signifie que nous risquons d'avoir, en Belgique, des critères de qualité et de financement qui varient d'une région à l'autre.

Afin d'objectiver au mieux la qualité, il est courant de se référer à des données chiffrées, des indicateurs pouvant exprimer cette qualité. En Belgique, s'il existe de nombreuses initiatives pour la collecte d'informations relatives à des indicateurs de qualité au sein des établissements de soins, il n'existe pas encore de benchmark ou de consensus sur ces indicateurs ni sur les normes à atteindre.

Afin de tenter d'apporter une réponse à ces questions et de proposer un panel d'indicateurs de la qualité, un consortium composé de plusieurs associations a répondu à un appel à projets pour mener une recherche sur les expériences étrangères en la matière et préparer un dossier sur les normes et la qualité des soins infirmiers dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins en Belgique.

Afin de confronter les résultats de la littérature avec l'organisation des soins résidentiels en Belgique, un focus group composé d'infirmiers experts des soins en maisons de repos a été organisé. L'objectif de ce focus group était de déterminer les indicateurs cliniques pouvant attester de la qualité d'une institution de soins.

La méthode par focus group a permis de déterminer des indicateurs pertinents selon le personnel de terrain, d'identifier l'importance et la pertinence de chacun d'entre eux et de réfléchir à la manière de mesurer ces indicateurs.

Les résultats de cette étude seront communiqués aux autorités compétentes afin qu'elles en tiennent compte au moment de l'élaboration de leur propre réglementation.

## Contexte de l'étude

Pour être agréées comme maison de repos et de soins, les institutions doivent se conformer à l'AR du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins [centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises] (publié au MB le 28-10-2004), modifié par l'AR du 9 mars 2014 (publié au MB le 10-04-2014).

L'article 5 de l'AR énumère les normes auxquelles l'institution doit satisfaire pour l'obtention et la conservation de l'agrément spécial comme maison de repos et de soins. Ces normes sont détaillées dans l'annexe 1 de l'AR et sont déclinées comme suit :

- A. Normes générales
- B. Normes spécifiques
- 1. Normes architecturales
- 2. Normes fonctionnelles
- 3. Normes d'organisation
- 4. Règlement d'ordre intérieur
- 5. Participation et examen des suggestions et des plaintes des résidents
- 6. Convention entre le gestionnaire et le résident
- 7. Structures mixtes maison de repos maison de repos et de soins
- 8. Comptabilité
- 9. Données statistiques
- 10. Normes de qualité

Dans cette étude, nous nous limiterons aux normes spécifiques, et plus particulièrement aux normes qui concernent précisément les soins infirmiers et la qualité des soins donnés.

Il est évident que les normes architecturales (superficie des chambres, espace sanitaire, système d'appel efficace...) et le règlement d'ordre intérieur (autodétermination des résidents, participation des familles...), entre autres, influencent la qualité des soins, mais ce n'est pas l'objet de la recherche.

Nous avons retenu les normes fonctionnelles, d'organisation, et évidemment, de qualité.

Les maisons de repos et soins sont tenues de communiquer aux ministres des entités fédérées qui ont la Santé dans leurs attributions, dans les délais fixés et selon les modalités prévues, tous renseignements statistiques se rapportant à leurs établissements.

« b) La maison de repos et de soins dispose d'un programme de qualité qui, au minimum, précise la politique de qualité poursuivie visée au point a), de même que les modalités et la périodicité de l'évaluation de la qualité des soins.

Au moins une fois par an, un rapport est rédigé par le médecin coordinateur et conseiller et par le ou les infirmier(s) en chef concernant l'évaluation de la qualité des soins. »

En Belgique, la fédéralisation de l'État a pour conséquence le transfert de compétences aux Communautés et Régions. De ce fait, d'autres textes légaux viennent s'ajouter aux AR et diffèrent d'une région/communauté à l'autre. Un tableau reprenant un résumé comparatif des différents textes est disponible à l'annexe 1.

Actuellement, des indicateurs sont enregistrés, majoritairement sur des résultats de soins, mais aucun retour n'est effectué dans les institutions, et il n'existe aucun benchmark entre institutions.

La plupart du temps, le personnel n'a pas connaissance de ces enregistrements ou ne connait pas la plus-value du suivi de tels indicateurs sur le terrain.

Sur la base d'une analyse de la situation actuelle réalisée par la KPVDB, le groupe de coordination a retenu trois points qui méritent d'être améliorés :

- a. Le profil des infirmiers dans les MR/MRS
  - i. En fonction des pathologies de la population concernée et de la fermeture de lits d'hôpitaux;
  - ii. Structuration du département infirmier.
- b. Les enregistrements obligatoires

Les quels ? Y a-t-il des chevauchements ?
Répondent-ils aux besoins, au paysage actuel ?
Les données enregistrées sont-elles contrôlées ?
Que fait-on avec les données ?
Que faire de plus avec ces données ? Indicateurs de qualité ?
Utilité du BelRAI ?

c. La culture de qualité (direction et responsable infirmier).

Il a également été constaté que la législation actuelle comporte des critères de structure et de procédure, mais pas de résultats.

C'est la raison pour laquelle il a été décidé de se centrer sur les enregistrements obligatoires à savoir :

- « La maison de repos et de soins tient au minimum un enregistrement des données suivantes :
  - le nombre de cas d'escarres de décubitus ;
  - le nombre d'infections nosocomiales ;
  - le nombre de chutes ;
  - le nombre de personnes incontinentes ;
  - l'application de mesures de contention et/ou d'isolement »,

et de compléter ces mesures par tout autre indicateur pertinent dans la pratique en MR/MRS.

Le dernier texte de loi valable dans les 3 Communautés est l'« A.R. du 9 mars 2014 modifiant l'A.R. du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, (M.B. 14.04.14) ». Cependant, des circulaires émises par les Régions ou Communautés viennent compléter les informations relatives aux normes d'organisation des institutions (voir annexe 1).

Au moment de clôturer ce travail, nous avons été affectés par la crise de la COVID-19 qui a eu un impact majeur sur la prise en charge des résidents en MR/MRS.

Sans vouloir faire ou refaire l'analyse de tous les faits, nous pouvons néanmoins relever les problèmes relatifs au manque de matériel de protection au début de la crise, aux difficultés d'approvisionnement en oxygène dans les moments les plus critiques, ou encore à la gestion des déchets.

En l'absence de procédures efficientes en cas d'épidémie, et sans référent en hygiène, les maisons de repos et de soins ont été rapidement touchées. De plus, des « directives » encore peu claires (qui sont actuellement analysées par la commission spéciale de la Chambre chargée d'examiner la gestion de l'épidémie de COVID-19 par la Belgique) concernant la non-hospitalisation des résidents a transformé de nombreuses MRS en hôpitaux de fortune sans équipement suffisant, sans dépistage systématique des résidents et du personnel, avec moins de médecins traitants, et trop peu de personnel suffisamment qualifié. Seules les compétences palliatives encore encouragées par certaines autorités fédérées auront permis à de nombreux résidents une fin de vie plus acceptable.

Le rapport intitulé « Les laissés pour compte de la réponse au COVID-19 » qui consiste en un partage d'expériences sur l'intervention de Médecins Sans Frontières dans les maisons de repos de Belgique jusque mi-juin 2020 résume clairement la situation.

La LEPS (Loi sur l'exercice des professions de soins) du 10 mai 2015 a été maintes fois bafouée par la pratique illégale de l'art infirmier.

Cette crise sanitaire a mis en évidence l'importance du travail effectué dans les institutions, et la nécessité de donner des moyens pour garantir des soins de qualité. L'utilisation systématique d'indicateurs permettra de suivre l'évolution de la qualité et l'investissement nécessaire sur chaque aspect des soins.

## **Objectifs**

Par cette démarche, nous proposons des indicateurs utiles sur le terrain, relativement faciles à enregistrer, et qui ne stigmatisent pas certaines institutions en fonction de la population accueillie. Il s'agit dans un premier temps de proposer un outil utile en interne et différent des indicateurs obligatoires enregistrés aujourd'hui. Le suivi de ces indicateurs vise à proposer des soins de qualité en offrant au résident les soins et l'attention dont il a besoin quelle que soit la situation.

Les objectifs plus spécifiques de l'étude sont les suivants :

- Élaborer une liste d'indicateurs de la qualité des soins infirmiers en MRS (en y intégrant les enregistrements obligatoires) et les transmettre aux autorités compétentes de chaque région ;
- Établir une référence belge en termes de niveau de qualité à atteindre ;
- Déterminer le profil des infirmiers dans les MR/MRS en fonction de la population rencontrée ;
- Proposer une structuration de l'activité infirmière dans les MRS (gouvernance);
- Vérifier la pertinence des indicateurs de qualité de BelRAI : répondent-ils aux besoins ? Quelles actions mettre en place en fonction des données ?
- Établir une ligne de référence claire permettant de développer la différenciation de fonctions.

Les objectifs pour l'employeur sont les suivants :

- Clarifier la gouvernance nécessaire ;
- Offrir un outil commun d'évaluation ;
- Orienter l'évaluation des pratiques professionnelles en soins infirmiers.

## Méthodologie

Cette partie décrit les différentes actions entreprises pour la réalisation de ce travail.

Dans un premier temps, une revue de la littérature a été réalisée afin d'explorer les pratiques et les connaissances dans le périmètre de la qualité des soins en MRS.

La recherche de littérature s'est effectuée d'une part à partir des bases documentaires Medline via Pubmed, Cinhal, Trip database et Web of Science pour la littérature scientifique, et d'autre part à partir du moteur de recherche Google pour la littérature grise. Il s'agit de la recherche de documents d'instances publiques ou d'associations qui ne sont pas référencés dans les bases de données scientifiques. La littérature a ensuite été complétée par des recherches manuelles sur différents sites selon la méthode boule de neige.

Afin de rendre la recherche dans les bases de données performante, un filtre de recherche a été appliqué pour la sélection des documents. Les mots clés relatifs à la qualité et à l'activité infirmière ont été introduits dans les différentes bases de données susmentionnées et une limite de temps de 10 ans a été fixée.

La stratégie de recherche utilisée dans chacune des bases de données est illustrée dans le tableau 1.

## **TABLEAU 1 : STRATÉGIE DE RECHERCHE**

Base de Données	Termes de recherche	Limites	Nombre
MEDLINE (via Pubmed)	(("Quality Improvement"[Mesh] OR "Quality Assurance, Health Care"[Mesh] OR "Program Evaluation"[Mesh] OR "Outcome and Process Assessment (Health Care)"[Mesh] OR "Quality Indicators, Health Care"[Mesh]) OR "quality of health care"[MeSH Terms]) AND ("Homes for the Aged"[Mesh] OR "Nursing Homes"[Mesh])	Dates: 01/01/2007 - 31/12/2017 Langues: Anglais, Français, Néerlandais, allemand	1098
	AND ("Nursing"[Mesh] OR "Nurses' Aides"[Mesh] OR "nursing"[Subheading] OR "Nurse's Role"[Mesh] OR "Nursing, Supervisory"[Mesh] OR "Nursing, Team"[Mesh] OR "Geriatric Nursing"[Mesh] OR "Nurses"[Mesh])	Présence d'abstract	
CINHAL et PRE-CINHAL	(MH "Quality Improvement") OR (MH "Evaluation and Quality Improvement Program") OR (MH "Quality of Health Care") OR (MH "Quality Management, Organizational") OR (MH "Quality Assessment") OR (MH "Quality of Nursing Care") OR « outcome assessment » OR « quality indicators » OR « quality of health care »	Dates: 01/01/2007 - 31/12/2017	1253
	AND (MM "Nursing Homes") OR (MH "Home Nursing, Professional")  AND (MH "Nurses") OR « nursing » OR « supervision nursing »	Langues : Anglais, Français, Néerlandais, allemand	
	("quality of care" OR "quality indicator") AND "nursing homes" AND ("nursing" OR "nursing	Présence d'abstract	
TRIP DATABASE	team")	Dates: 01/01/2007 - 31/12/2017 Langues: Anglais, Français, Néerlandais, allemand	557
WEB of SCIENCE	(TS="Quality Improvement")OR (TS= "Quality of Health Care") OR (TS= "Program Evaluation") OR (TS="Process Assessment") OR (TS= "Quality Indicators) OR (TS= outcomes assessment) OR (TS="quality assurance") AND (TS="Homes for the Aged") OR (TS="Nursing Homes")	Dates: 01/01/2007 - 31/12/2017	768
	AND (TS="Nurs*") OR (TS="Nurses' Aides") OR (TS="nursing team") OR (TS="Nurse's Role") OR (TS="Nursing, Supervisory") OR (TS="Geriatric Nurs*)	Langues : Anglais, Français, Néerlandais, allemand	

Afin d'affiner la recherche et de diminuer le nombre de références, une première sélection a été opérée sur la base des titres et abstracts.

Deux reviewers indépendants ont travaillé sur la recherche d'articles dans les bases de données scientifiques. Des critères d'inclusion et d'exclusion ont été fixés pour leur sélection. Un article était sélectionné si son abstract mentionnait clairement le terme « indicateur de qualité », des outils ou méthodes d'évaluation de la qualité, la gouvernance nécessaire, ou les ressources minimales pour des soins de qualité dans le contexte des maisons de repos/maisons de repos et de soins.

Ensuite, les articles apparaissant à plusieurs reprises dans les bases de données (doublons) ont été supprimés

Les articles complets ont été recherchés dans toutes les sources mises à disposition (accès aux bases de données des universités, accès gratuit aux articles sur le net...) sachant qu'aucun budget n'a été dédié à l'achat d'articles. Les articles payants ou non disponibles dans nos ressources ont été exclus de la recherche.

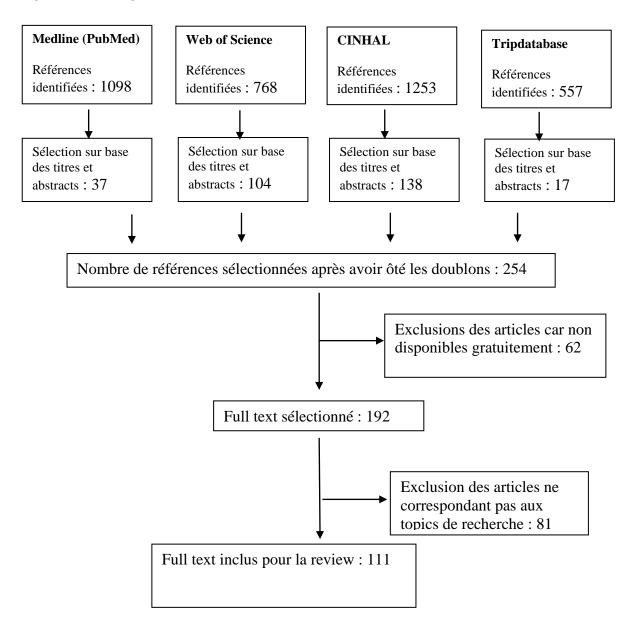
Enfin, une lecture plus approfondie a permis de sélectionner définitivement l'article sur base de la pertinence de son contenu.

Une fois sélectionné, chaque article a fait l'objet d'une analyse approfondie des éléments recherchés, c'est-à-dire des exemples d'indicateurs de qualité, des éléments de gouvernance essentiels à la qualité des soins... Les différents éléments ont été rapportés dans une table d'évidence.

Afin de faciliter l'analyse, deux tables d'évidence ont été créées. L'une reprenant les articles dans lesquels il est fait référence aux indicateurs de qualité, l'autre reprenant les articles dans lesquels un lien entre qualité et staff/compétence est fait. Cet exercice a permis soit de mettre en évidence les points nécessaires à la gouvernance et à l'encadrement, soit de recueillir des informations sur le type d'indicateurs de suivi.

Finalement, 111 articles ont été sélectionnés, dont 93 ont fait l'objet d'une analyse dans les tables d'évidence. (Voir figure 1)

Figure 1: Flow diagram



Dans un second temps, après avoir dressé la liste des indicateurs de qualité proposés dans la littérature, un focus group a été organisé afin de vérifier auprès des personnes de terrain la possibilité d'application de ces indicateurs dans les soins courants.

Quinze participants composaient le panel d'experts. Ils ont été sélectionnés suite à un appel à candidatures organisé par l'UGIB. Chaque association affiliée à l'UGIB était invitée à poser la candidature de l'un de ses membres pour participer au groupe de réflexion. L'appel s'adressait aux infirmiers et infirmières jouissant d'une expertise dans les soins aux personnes âgées, et plus spécifiquement en MR-MRS.

L'objet du focus group était de discuter de la pertinence des indicateurs de qualité en maison de repos et d'identifier les axes d'amélioration.

Afin de faciliter la restitution des données, la réunion a été enregistrée, après avoir reçu l'accord verbal de chaque participant.

Les questions suivantes ont été abordées lors de ce focus group :

- Quel est l'état actuel des indicateurs de soins de santé et comment fonctionnent-ils ?
- Quel feedback les infirmiers reçoivent-ils par rapport à ces indicateurs ?

Ensuite, sur base de la liste des indicateurs recensés dans la littérature, il a été demandé au groupe d'experts de juger la pertinence de chaque indicateur, d'identifier ceux qui pourraient être supprimés, modifiés ou ajoutés. En un mot, quels sont les indicateurs intéressants et ceux jugés inutiles ?

Dans un troisième temps, le groupe d'experts a été invité à juger l'importance de la mesure de ces indicateurs et la facilité d'obtention des informations.

En raison de l'ampleur du sujet, le focus group s'est déroulé en trois étapes. Les deux premières rencontres ont été organisées en présentiel alors que la dernière réunion s'est tenue par vidéoconférence.

# Chapitre 1 : La structuration du personnel et l'organisation des MR/MRS en Belgique

## (a) La maison de repos et de soins et ses obligations

Les normes d'agrément en tant que maison de repos et de soins sont fixées par Arrêté royal du 21 septembre 2004 qui a été modifié par l'Arrêté royal du 9 mars 2014.

Ces A.R. reprennent les normes de structure et de processus dans les Maisons de repos. Il s'agit notamment de l'obligation de tenir un dossier individuel pour le résident ainsi que les éléments minimaux qui le constituent (dossier administratif, informations relatives à la sécurité sociale, fiche de liaison et dossier médical...), mais il y est aussi question des normes minimales d'encadrement, de la mission des infirmiers en chef...

## (b) La structuration du personnel

La structuration du service infirmier s'appuie actuellement sur différents textes légaux : la législation sur l'exercice de la profession d'infirmier et d'aide-soignant, ainsi que les principaux décrets d'application (liste des actes infirmiers...), qui exigent un contrôle et une responsabilité au sein du groupe et de la hiérarchie professionnels pour mettre en œuvre le cadre juridique. Cette loi stipule également que seul un infirmier peut confier à un aidesoignant des soins infirmiers spécifiques.

#### Les infirmiers en chef

L'A.R. du 09 mars 2014 modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 stipule dans ses normes qu'un infirmier en chef doit être désigné au sein de la résidence dès la présence de 30 résidents (places en maison de repos et de soins). Un infirmier en chef supplémentaire est obligatoire lorsque l'établissement dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de 30 résidents, donc un deuxième infirmier en chef pour 45 résidents ou plus, etc. La partie E1 du forfait INAMI prévoit le financement du supplément de fonction pour cet infirmier.

Si la maison de repos et de soins compte plus de 75 lits, l'un des infirmiers en chef sera infirmier en chef coordinateur, le financement de cette fonction est dans le forfait E2 de l'INAMI.

Les missions des infirmiers en chef sont définies par l'A.R. et consistent en la coordination du travail pluridisciplinaire, la gestion journalière du personnel infirmier et soignant, l'organisation de l'admission des résidents, l'actualisation du dossier du résident, la collaboration avec le médecin coordinateur et conseiller (MCC) pour la politique nutritionnelle, l'approche du patient dément ainsi que l'assistance au MCC dans l'exercice de sa fonction.

La Région flamande a supprimé la fonction d'infirmier coordinateur par un arrêté du gouvernement flamand du 27 novembre 2015 qui est entré en vigueur le 22 janvier 2016. Dans ce même arrêté sont abrogés les articles décrivant les fonctions de l'infirmier en chef, notamment les responsabilités en matière d'organisation de l'admission des résidents, de collaboration avec le médecin coordinateur et conseiller (MCC) pour la politique nutritionnelle, d'approche du patient dément, ainsi que son rôle dans la coordination du travail pluridisciplinaire.

En 2019, un décret flamand sur les soins résidentiels a été publié, selon lequel l'infirmier en chef peut être remplacé dans la norme en personnel par un chef d'équipe en-dehors de la norme. En outre, le rôle explicite d'un infirmier en chef dans le cadre des soins palliatifs a été supprimé et remplacé par un chef d'équipe. L'implication d'un infirmier dans ce rôle de gestion et de coordination n'est plus une exigence, à condition que cette décision soit prise. D'autre part, les infirmières et infirmiers du « Werkgroep ouderenzorg » de la NVKVV ont explicitement demandé de placer l'infirmier en chef hors norme de telle sorte qu'il puisse s'occuper de manière optimale de l'accomplissement de ce rôle. Par la suite, la norme applicable aux infirmiers devrait également être adaptée en fonction des activités infirmières nécessaires, conformément aux pouvoirs statutaires et aux compétences acquises. (Décision du gouvernement flamand du 28 juin 2019¹)

#### Le personnel infirmier, soignant, paramédical et de réactivation

La grande majorité des employés en maisons de repos et maisons de repos et de soins sont des infirmiers et des aides-soignants. Ce sont eux qui doivent assurer la continuité des soins 24 heures sur 24 (assurée impérativement par un infirmier dans le cadre des MRS).

L'infirmier doit coordonner les soins dans le cadre d'une planification holistique, les déléguer en partie à des aides-soignants et contrôler leur exécution. La coopération avec les professions paramédicales se fait en concertation avec la planification holistique des soins.

L'A.R. prévoit un minimum de 5 équivalents temps plein (ETP) infirmiers pour 30 résidents et 5 ETP aides-soignants.

21

<sup>1</sup> Besluit van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers van 28 juni 2019

Un ETP est consacré aux professions de kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède. Des normes sont aussi prévues pour le personnel de réactivation, dont la qualification ne dépend pas nécessairement de la LEPS entre autres, pour le soutien aux patients en phase terminale (0.10 ETP).

La loi prévoit qu'un ETP infirmier peut être remplacé par du personnel de réactivation pour autant que la permanence infirmière soit respectée.

Voici la liste des professions considérée comme pouvant relever du personnel de réactivation (AM du 5 décembre 2012, art. 4, 2°) :

- graduat ou licence ou master en kinésithérapie ;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie ;
- graduat ou baccalauréat en ergothérapie ;
- graduat ou baccalauréat en thérapie du travail ;
- graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation ;
- graduat ou baccalauréat en diététique ;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en pédagogie ou en orthopédagogie ;
- graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité ;
- licence ou master en psychologie ;
- graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie;
- graduat ou baccalauréat d'assistant social ou « in de sociale gezondheidszorg » ou d'infirmière sociale ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire ;
- « bachelor of master in het sociaal werk »;
- « graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen » ;
- licence ou master en gérontologie ;
- graduat ou baccalauréat d'éducateur. –

#### Le médecin coordinateur

Le médecin coordinateur a notamment pour mission de :

- Organiser la réunion de consultation multidisciplinaire, qui a lieu au moins tous les deux mois. Les prestataires de soins appartenant à l'institution participent à cette réunion et les médecins de famille sont invités;
- Introduire des lignes directrices concernant le contrôle des infections causées par les soins infirmiers, la prévention des escarres de décubitus et des plaies chroniques, l'hygiène bucco-dentaire, les problèmes d'incontinence et les soins palliatifs;
- Établir des procédures relatives aux mesures de contention et/ou d'isolement;
- Adapter les locaux, étendre ou diversifier les activités et acheter de l'équipement ;
- Mettre en œuvre le programme de qualité...

## **Chapitre 2 : La formation des infirmiers**

## (a) La formation infirmière

En Belgique, la formation nécessaire pour porter le titre d'infirmier est fixée au niveau fédéral alors que l'organisation de la formation est une matière qui dépend des entités fédérées.

La formation requise pour pratiquer l'art infirmier est définie à l'Art. 45 de la LEPS. La dernière modification a été introduite par l'A.R. du 27 juin 2016 et répond ainsi aux directives européennes en matière d'harmonisation des formations (directive 2013/55/UE).

Il y est prévu que la formation d'infirmier comprenne au minimum 4600 heures d'enseignement théorique et clinique, la durée de l'enseignement théorique représentant au moins un tiers et la durée de l'enseignement clinique au moins la moitié de la durée minimale de la formation.

On y définit également les connaissances et les aptitudes nécessaires ainsi que les compétences qui doivent être acquises.

Jusqu'en 2016, cette formation durait 3 ans, peu importe le niveau de formation et l'endroit où elle se déroulait.

Depuis la modification de la LEPS, une réforme des études a été nécessaire afin de répondre aux directives européennes. Certaines formations infirmières ont subi des modifications. L'enseignement étant une compétence communautaire, chaque Communauté propose un programme sur une durée différente, entre 3 et 3,5 ans pour le brevet ou HBO5 et 4 ans pour le bachelier. Tous les programmes de formations doivent cependant répondre aux règles minimales décrites dans la loi coordonnée (AR 10 mai 2015) et il est recommandé de répondre aux exigences européennes afin d'assurer la mobilité de ces infirmiers. Ceci n'étant pas encore le cas pour tous, la Belgique a été mise en demeure par l'Europe à plusieurs reprises.

Il existe deux types de diplomation d'infirmier, le niveau bachelier et le niveau brevet/HBO-5/EBS. Il n'y a pas de restriction de pratique en fonction des diplômes, mais les possibilités de formations complémentaires sont limitées pour les porteurs du brevet ou HBO-5/EBS ainsi que les possibilités d'évolution dans la profession.

Après l'obtention de son diplôme, l'infirmier doit introduire une demande de visa auprès du SPF Santé publique et obtenir ce visa avant de pouvoir exercer légalement sa profession.

## (b) Les formations spécifiques, QPP et TPP des infirmiers en Belgique

Après une formation de base et l'obtention du titre d'infirmier, de nombreuses formations sont proposées afin d'apporter aux soignants des connaissances complémentaires dans des domaines spécifiques.

Toutes ces formations ne donnent cependant pas de titre particulier ni de reconnaissance particulière.

De plus, certaines formations ne sont pas accessibles aux infirmiers brevetés ou de niveau HBO5/EBS.

La liste des formations complémentaires reconnues a été publiée dans un AR du 27 septembre 2006. Il en résulte la reconnaissance de onze spécialisations (titres professionnels particuliers) et de 6 domaines d'expertises (qualifications professionnelles particulières) pouvant être portés par les infirmiers. Cependant, toutes les spécialisations n'ont pas encore fait l'objet d'un arrêté d'exécution.

L'infirmier doit introduire une demande d'agrément pour être autorisé à porter un titre professionnel particulier ou une qualification professionnelle particulière en fonction des critères d'agrément établis dans les arrêtés d'exécution. Ensuite, des conditions de maintien du titre ou de la qualification sont déterminées par Arrêtés ministériels (AM). Il s'agit du maintien d'une activité professionnelle dans le secteur concerné ainsi que d'une formation continue.

Jusqu'en 2018, certaines de ces spécialisations et qualifications donnaient droit, dans certaines conditions, à l'obtention d'une prime unique et annuelle (AR du 28 décembre 2011). Toutefois, lors de la réforme de l'État, certaines Régions ont décidé de modifier les conditions d'accès à ces primes, et notamment d'annuler cette possibilité dans certains milieux de soins tels que les institutions non hospitalières. La prime n'est plus octroyée à toutes les personnes qui ont obtenu leur titre et qualification après septembre 2018.

De plus, le passage à l'IFIC dans les institutions privées et dans certains services organise la rémunération en fonction du lieu de pratique, et non plus du niveau de qualification.

Au vu de ces dispositions, il est difficile pour les institutions de recruter du personnel possédant une formation professionnelle complémentaire ou de motiver leur personnel à maintenir leurs connaissances à jour.

Les soins à la personne âgée nécessitent de nombreux savoirs et domaines d'expertises qui ne sont pas repris dans la liste des titres et qualifications reconnus, tels que les soins aux

patients dialysés, la prise en charge des états végétatifs, la revalidation, la gestion du diabète... alors que ces savoirs sont nécessaires pour la prise en soins des personnes âgées.

Par ailleurs, de nombreuses institutions de soins créent des programmes de formations en interne ou en collaboration avec des hôpitaux partenaires pour assurer la formation continue spécialisée des praticiens de l'art infirmier. Les formations sont dispensées, mais aucune reconnaissance particulière n'est possible.

## (c) La formation des aides-soignants

Les aides-soignants représentent une part importante des professionnels exerçant au chevet des personnes âgées dans les institutions de soins.

De nombreuses filières de formation technique et professionnelle donnent accès à l'exercice de cette fonction, mais depuis quelques années, la pratique de l'aide-soignant en Belgique n'est possible que s'il a obtenu un visa autorisant l'exercice professionnel. Le maintien de ce visa est lié à certaines conditions telles qu'une formation continue d'un minimum de 8 h/an, agréée par un organisme reconnu.

L'aide-soignant travaille dans un milieu structuré et sous la supervision d'un infirmier qui lui délègue des tâches dans le respect d'une liste définie dans un AR du 12 janvier 2006.

Un AR du 27 février 2019 propose une extension de la liste des actes autorisés en délégation moyennant une formation complémentaire de 150 h actuellement peu prisée, tant par les employeurs que par les aides-soignants eux-mêmes.

## (d) Les autres professions

#### a. Personnel paramédical:

Sous cette appellation, la loi sur les normes de personnel en MRS entend aussi bien les kinésithérapeutes que les ergothérapeutes ou encore les logopèdes. Il s'agit donc bien ici de professionnels des soins de santé avec une fonction propre définie dans la LEPS. Chaque MRS doit pouvoir fournir à ses résidents les soins spécifiques à chaque catégorie professionnelle qui leur sont nécessaires même si les normes ne permettent pas d'engager un praticien de chacune d'elle.

## b. Personnel de réactivation :

La législation permet d'engager sous cette appellation les porteurs des titres d'une quinzaine de disciplines dont certaines sont régies par la LEPS. Il semblerait que le travail confié au

personnel de réactivation soit laissé à l'appréciation de chaque MRS, car la législation ne précise pas le rôle de ces personnes. Les diplômes admis pour l'engagement en tant que personnel de réactivation sont les suivants :

- graduat ou licence ou master en kinésithérapie ;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie ;
- graduat ou baccalauréat en ergothérapie ;
- graduat ou baccalauréat en thérapie du travail ;
- graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation ;
- graduat ou baccalauréat en diététique ;
- graduat ou baccalauréat ou licence ou master en pédagogie ou en orthopédagogie;
- graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité;
- licence ou master en psychologie;
- graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie;
- graduat ou baccalauréat d'assistant social ou « in de sociale gezondheidszorg » ou d'infirmière sociale ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire;
- « bachelor of master in het sociaal werk »;
- « graduaat of bachelor in de gezinswetenschappen » ;
- licence ou master en gérontologie;
- graduat ou baccalauréat d'éducateur. AM du 5 décembre 2012, art.
   4, 2°)

#### c. Autre personnel

Sans vouloir citer ici tous les professionnels présents en MRS, il nous semble néanmoins important de rappeler que les acteurs qui participent à la qualité de la prise en charge des résidents sont nombreux :

- Les techniciens de surface, qui en plus de veiller à la propreté et à l'hygiène, sont aussi des interlocuteurs privilégiés pour les personnes âgées ;
- Le personnel de cuisine qui par son travail assure une alimentation équilibrée et appétissante ;
- Le personnel technique qui veille au bon fonctionnement de l'éclairage, du chauffage, des appels infirmiers, etc. ;
- Le personnel logistique grâce auquel les soignants peuvent consacrer plus de temps à leurs tâches propres ;
- ...

## Chapitre 3 : La qualité des soins

## **Définitions**

Bien que la qualité des soins soit une notion primordiale dans les soins de santé, il n'existe pas de définition universelle. Il s'agit d'une approche multidimensionnelle, difficile à définir du fait de l'influence de nombreux facteurs intrinsèques et extrinsèques. De plus, la qualité des soins est une notion subjective de caractéristiques techniques ou de caractéristiques relationnelles qui peuvent avoir une signification différente en fonction de l'individu qui évalue cette qualité. La difficulté réside dans les perceptions différentes que les individus (professionnels ou non) ont de la définition de la qualité des soins.

Dans son rapport 313B, le KCE définit la qualité des soins comme « La mesure dans laquelle les services de santé offerts aux individus et populations augmentent la probabilité d'obtenir les résultats de santé souhaités et rejoignent les connaissances professionnelles du moment ». Cette définition prévoit l'évolution du concept de qualité en fonction de l'acquisition des connaissances.

Le champ d'évaluation de la qualité peut être très large. En effet, elle peut être évaluée tant au niveau individuel qu'à celui du fonctionnement d'une institution ou du système global de santé.

Castle et Engdberg stipulent que la qualité des soins ne correspond pas seulement à ce qui est réalisé en termes de quantité, mais bien à la consistance du soin, à ce qui est réalisé et au processus de réflexion autour de cette réalisation, au professionnel qui a réalisé le soin, à la coordination et la supervision, au respect de la procédure, à l'importance du leadership de l'infirmière et du personnel d'encadrement... (Castle & Engdberg, 2008)

Le grand défi est de pouvoir mesurer la qualité des soins du fait de son aspect multidimensionnel et de la notion de subjectivité. L'un des moyens consiste à suivre différents aspects et domaines de la qualité par l'intermédiaire d'indicateurs de qualité. Le suivi d'indicateurs de qualité est défini par Baily et al. 2006 comme une activité systématique, guidée par des données, conçue pour apporter des changements positifs immédiats dans la prestation des soins de santé (Baily, 2006).

Il est nécessaire de considérer un indicateur comme un paramètre qui peut être mesuré. Un indicateur de qualité peut être défini comme une « mesure quantitative reflétant une norme de soins professionnels qui sert de guide pour surveiller et évaluer la qualité des services de soutien et de soins au patient » (Nakrem et al., 2008 cité par Dumoulin et al., 2010).

Autrement dit, les indicateurs de qualité sont utilisés comme alternative à la mesure de la qualité.

La PAQS reprend une définition de Jacques J. (2013) définissant l'indicateur qualité comme « une mesure quantitative d'un phénomène qui caractérise une situation en évolution. Il permet de l'évaluer et de la comparer à différents moments afin d'aider à la prise de décisions et à la fixation d'objectifs ».

La revue systématique réalisée par Nakrem et al. conclut que le développement d'indicateurs valides et fiables doit venir compléter la connaissance à leur sujet. En effet, bien que leur utilité soit reconnue, de nombreux indicateurs présentent des faiblesses statistiques dans les critères de validité et fiabilité.

## Cadre conceptuel de Donabedian

La littérature fait référence à plusieurs cadres conceptuels développés dans diverses industries ou organisations pour définir et évaluer la qualité. Un des modèles les plus connus dans les soins de santé est le cadre de Donabedian publié dans les années 80.

Donabedian a utilisé plusieurs variantes du modèle, mais la constante réside en la présence de trois composantes différentes que sont : la structure, les processus et le résultat. Ces trois domaines sont interreliés par un lien de causalité.

Pour chaque dimension, des indicateurs sont choisis pour « mesurer » la qualité du soin ou du service tout en distinguant la qualité liée à une activité, à une (bonne) pratique de soins ou à un résultat.

#### (a) La structure

L'analyse des indicateurs de qualité de « structure » fait référence aux caractéristiques institutionnelles, au contexte de la dispensation des soins (ressources humaines, caractéristiques organisationnelles, architecturales...) et à la mise en œuvre des processus (présence d'une procédure...).

La qualité structurelle peut être mesurée par des indicateurs tels que le nombre d'employés par résident, la prévalence d'un emploi à plein temps ou l'accès à une cuisine.

Ces indicateurs sont faciles à mesurer et les données sont souvent disponibles. L'inconvénient est que la présence d'attributs structurels n'implique pas nécessairement leur meilleure utilisation.

#### (b) Le processus

Les indicateurs de qualité processuels (indicateurs de « processus ») concernent la mise en œuvre des différentes activités, dont les soins directs prodigués par le personnel tels que la fréquence des revues de médicaments, l'évaluation du risque de dénutrition et autres (traitement, actes techniques, prévention...).

Ils sont généralement faciles à interpréter car ils donnent des informations sur la disposition d'un traitement particulier, mais ils ne peuvent déterminer si le traitement fourni est ou non approprié.

#### (c) Les résultats

Enfin, les indicateurs de « résultats » concernent la performance mesurable résultant de la mise en œuvre des différents processus (prévalence des chutes, taux d'infection...). Ils mesurent l'évolution de la santé des résidents. Le principal problème de ces indicateurs est qu'il est extrêmement difficile d'isoler l'effet des soins et des changements dans la santé. Les fluctuations dans les résultats des soins peuvent être dues à différents facteurs incluant les changements de processus de soins infirmiers.

Pour que les mesures de résultats deviennent des outils efficaces d'amélioration de la qualité, les prestataires doivent pouvoir établir un lien entre les résultats des soins et les processus ou la structure afin d'en déterminer l'incidence et l'influence. Nous pouvons dès lors observer l'influence du compromis entre coût et qualité et comprendre qu'une approche uniquement et directement axée sur les résultats des soins rend certains objectifs difficiles à atteindre.

Le rapport du KCE, bien que non spécifique aux MR/MRS, propose cinq sous-dimensions de la qualité : *efficacité, adéquation, sécurité, continuité et approche centrée sur la personne.* 

## Caractéristiques des indicateurs

Un indicateur est un outil qui permet de donner une image d'une situation à un temps donné. Il sera considéré comme une aide pour le suivi et la mise en œuvre d'actions d'amélioration afin de garantir des soins de qualité. Pour pouvoir être fiable, un indicateur doit présenter certaines caractéristiques. Selon l'HAS, il doit être valide, fiable et reproductible, mais surtout réalisable.

Tout d'abord, il s'agit de vérifier la fiabilité de l'indicateur, qui doit être clair et sans aucune ambiguïté ni possibilité d'interprétation, sans quoi les comparaisons entre institutions ne seront pas possibles.

La validité consiste à vérifier que l'indicateur mesure bien la dimension ou l'aspect des soins que l'on veut évaluer à travers lui.

Ensuite, les données doivent être facilement accessibles (réalisables) et ne pas nécessiter de collectes complémentaires excessives.

En outre, il est nécessaire de vérifier que l'indicateur apporte bien une notion de qualité. Par exemple, mesurer le nombre de chutes et veiller à la diminution de celui-ci ne signifie pas nécessairement que des actions adéquates aient été mises en place pour éviter les chutes. Enfin, un seul indicateur n'est pas suffisant, et il s'avèrera souvent nécessaire de définir plusieurs indicateurs complémentaires afin de pouvoir cerner la dimension évaluée.

## La mesure de la qualité en MRS

Les maisons de repos doivent pouvoir s'évaluer afin d'avoir une idée des ressources à déployer pour améliorer leurs performances. Cependant, le choix des indicateurs de qualité à inclure dans un suivi n'est pas facile et est dans une certaine mesure arbitraire. L'obtention d'indicateurs de suivi de la qualité est rendue difficile tant par la complexité de la collecte d'informations que par la subjectivité de la mesure et l'étendue des possibilités. En effet, il est impossible de suivre à long terme un grand nombre d'indicateurs et des choix doivent être faits.

En Belgique, il n'existe actuellement aucune obligation d'utiliser un dossier commun à l'ensemble des institutions. Les sources d'informations pour les indicateurs doivent être rentrées annuellement, elles peuvent être multiples, il existe peu de possibilités de contrôle des aspects qualitatifs de la prise en charge. Pourtant, si les indicateurs étaient mesurés de la même manière, des comparaisons entre institutions pourraient être réalisées facilement. En effet, les institutions devraient pouvoir se comparer entre elles pour être incitées à tendre vers une qualité optimale. Il faut toutefois que d'une part les indicateurs soient identiques, et que d'autre part, l'information provienne d'une source de données fiable afin d'éviter les problèmes de corrélation entre les indicateurs de qualité et de validité des données récoltées.

En effet, en fonction des indicateurs choisis, une MRS pourrait obtenir d'excellents résultats alors que sur base d'autres indicateurs, la qualité pourrait être définie comme médiocre. Le choix des indicateurs peut donc affecter la perception de la qualité de la maison de retraite.

Dans cette optique, il est impératif de se tourner vers des outils efficients de mesure et d'aide à la prise en charge (aide à la décision, suivi des patients...).

Il est proposé de créer, pour les institutions, des audits internes fondés sur des critères spécifiques. Ces audits pourraient se baser sur différents domaines de soins importants et structurés en fonction des besoins des résidents, tels que ceux présentés dans les modèles conceptuels en soins infirmiers (Henderson, Krohwinkel,...). Il pourrait s'agir d'évaluer les soins et les services médicaux, la prise en charge des résidents souffrant de démence, les soins sociaux et les activités de la résidence, le logement, les repas, la satisfaction des résidents...

Des indicateurs plus spécifiques sont aussi proposés comme la prévention des escarres, la dénutrition, les chutes, la gestion de la douleur, la gestion des médicaments, l'autonomie, les AVQ, le traitement des plaintes, l'attitude du personnel, le traitement respectueux et la protection de la vie privée.

Les indicateurs doivent être fondés sur des preuves obtenues par la recherche, être applicables à la pratique quotidienne, être adaptés aux normes en vigueur dans le pays ou la région et ils doivent pouvoir être vérifiés et comparés entre institutions. L'un des problèmes majeurs est la diversité des profils des résidents de ces institutions.

En raison de cette diversité, certains indicateurs (par exemple les escarres) peuvent ne pas être statistiquement fiables pour une comparaison entre établissements. Il est donc nécessaire de prendre en compte le profil des résidents de l'institution lorsque l'on veut comparer des indicateurs de résultats. Certains résultats peuvent aussi être contradictoires, par exemple un bon score pour la prévention des chutes, mais un score médiocre pour la contention physique des présidents. Les indicateurs doivent donc être interprétés avec une très grande prudence.

Pour assurer la transparence, une évaluation externe de la qualité serait nécessaire, mais elle peut s'avérer difficile à mettre en œuvre.

Il est néanmoins nécessaire d'améliorer les méthodes de gestion des établissements afin de proposer des systèmes de mesure de la qualité (système de relevé des événements indésirables, satisfaction du résident...).

L'importance de la qualité dans les maisons de repos doit prendre en compte de nombreux paramètres et implique de baser l'élaboration des lignes directrices sur les résultats de la littérature et de développer des normes minimales pour l'amélioration de la qualité.

Il existe peu d'expériences en Europe concernant le type d'indicateurs axés sur la qualité des soins à mettre en place et son suivi. La plupart des informations fournies par la littérature par rapport à ces pratiques proviennent des États-Unis, où bon nombre d'études publiées ont été réalisées et consistent en l'analyse de données d'OSCAR (Online Survey Certification and Reporting). Dans le cadre de l'assurance soins de santé américaine, les maisons de repos

ont l'obligation de recueillir des données (Minimal Data Set) sur les bénéficiaires depuis 1991. Elles sont généralement issues du RAI-MDS, qui consiste en l'enregistrement de données dans un dossier informatisé spécifique.

D'autres pays ont développé leurs propres outils d'évaluation ou ont intégré certaines parties d'autres instruments de mesure desquels sont extraits les indicateurs. Citons la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Danemark, la Norvège et la Suède.

Certains articles parlent d'indicateurs différents selon qu'il s'agisse de courts ou de longs séjours. La réhospitalisation dans les 30 jours et la présence d'escarres (prévalence stade 1/stade 4) sont d'autres critères trouvés.

En ce qui concerne les indicateurs de qualité, dans les outils particuliers cités, on retrouve principalement le RAI. Il faut constater en parallèle que beaucoup d'articles sont d'origine américaine et que le RAI y est bien établi. Le RAI a été adapté aux États-Unis et dans d'autres pays, comme le Canada, la Suisse et la Finlande pour surveiller la qualité, mais aussi pour déterminer le niveau de financement (Moret et al., 2008). L'Angleterre a également développé son propre processus d'évaluation des personnes âgées basé sur le RAI-MDS (Glasby, 2004).

Le RAI retient des prévalences dans une vingtaine d'items. Dans la plupart des articles, nous constatons la répétition des mêmes critères d'évaluation de la qualité, à savoir la prévalence des plaies, des chutes, des infections, les symptômes de dépression...

Si le RAI part plutôt de critères de résultats, d'autres outils proposent des indicateurs de qualité de structure et/ou de processus tels que la qualité de la transmission de données, la liberté de choix du résident ou de sa famille...

Dans les critères relatifs au personnel, on retrouve la continuité des soins, le turnover élevé au niveau des supérieurs hiérarchiques qui a une influence négative sur la qualité des soins, la proportion de personnel moins qualifié au chevet du patient (même si le nombre absolu augmente), l'atmosphère dans la MRS...

## Chapitre 4 : Les éléments influençant la qualité

Les indicateurs peuvent être utiles pour mesurer l'évolution de la qualité des soins dans les maisons de retraite, être bénéfiques pour la surveillance de celle-ci et faciliter l'amélioration dans les soins. Cependant, la qualité des soins peut être influencée par différents facteurs, notamment la qualité de la collecte de données, le profil des résidents et les caractéristiques des institutions.

Kaplan et al. proposent un modèle explicitant comment le cadre extérieur, comprenant le contexte économique, politique et social d'une organisation, exerce une influence sur cette organisation (macrosystème) et comment le cadre interne, couvrant les caractéristiques structurelles, les réseaux/communications, la culture, le climat de mise en œuvre, les ressources disponibles, le leadership de la direction et la motivation au changement, influence un microsystème.

Les caractéristiques des individus se réfèrent à des facteurs tels que les connaissances, l'efficacité personnelle, l'identification à l'organisation et à d'autres attributs personnels (par exemple, la motivation, les valeurs...).

Les caractéristiques organisationnelles se réfèrent à la taille de l'infrastructure, sa composition et le leadership de la direction.

Certaines études ont montré que le profil de la clientèle, et donc du résident, pouvait interférer sur la qualité des soins offerts. Ainsi, lors d'une étude réalisée en Islande (Hjaltadottir) sur les indicateurs de qualité, il a été remarqué une modification de la qualité durant la période de l'étude (de 2003 à 2009) ne pouvant être attribuée à la mauvaise qualité des soins offerts, mais partiellement au profil des résidents. La modification du profil des résidents peut modifier la tendance, telle qu'une augmentation de la prévalence des indicateurs comme les chutes, la présence d'escarre, le taux de mortalité...

Lors de l'utilisation des données liées à la santé du résident, les relations complexes entre la qualité des soins, la santé et le statut fonctionnel des résidents doivent être prises en compte.

Backhaus et al. (2017) proposent, sur la base d'une revue de littérature, un modèle théorique des relations entre les soins apportés par l'équipe, les caractéristiques de l'environnement, les processus de soins et la qualité rapportée par les membres du staff. Malheureusement, leur étude n'a pu démontrer que partiellement l'existence du lien entre ces différentes variables.

WARD ENVIRONMENT CHARACTERISTICS

CULTURE

TEAM CLIMATE

WORK PROCESSES

COMMUNICATION/
COORDINATION

NURSING ROLE MODEL

COLLABORATION

STAFF-REPORTED
QUALITY OF CARE

RESIDENT
CHARACTERISTICS

Figure 2 : Modèle théorique de Backhaus et al.

## Les caractéristiques des effectifs de soins

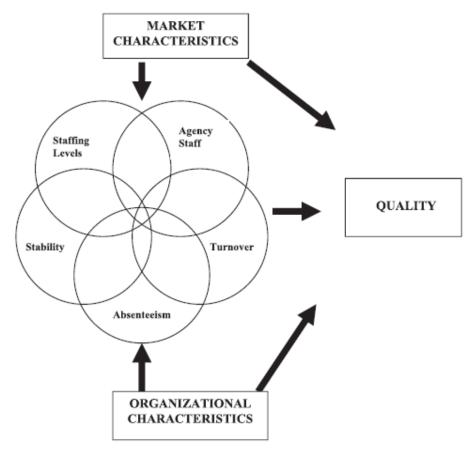
De nombreux auteurs indiquent une relation positive entre la qualité des soins et la qualification du personnel ou du nombre d'heures d'infirmier par résident. Des données empiriques suggèrent qu'un niveau de staff élevé (nombre d'heures par résident par jour) et un haut niveau de compétence au sein de l'équipe de soins (proportion d'infirmiers en comparaison à l'ensemble du staff) sont associés à une meilleure qualité des soins (Carter & Porell, 2003; Castle, 2000; Harrington, Zimmerman, Karon, Robinson, & Beutel, 2000; Weech- Maldonado, Meret-Hanke, Neff, & Mor, 2004).

Selon Castle et al., 2007 (Health research and economics), les caractéristiques du staff influencent la qualité des soins. Pour cela, il a effectué une étude basée sur 4 critères :

- Dotation en personnel;
- Turnover du staff;
- Stabilité du staff : en effet, les soignants, en raison de leur expérience, sont en mesure de transmettre aux nouveaux employés les habitudes de travail et les protocoles essentiels ;
- Personnel intérimaire.

L'étude de 2007 montre que les *caractéristiques du personnel* doivent être prises en compte simultanément pour améliorer la qualité des soins en maisons de repos. Les interactions entre les caractéristiques du personnel ont plus d'influence sur les soins que chaque caractéristique prise séparément. Plus tard, une dimension supplémentaire, celle de l'absentéisme sera ajoutée à ce modèle par Castle et Fergusson (2015).

Figure 3 : Modèle conceptuel de Castle : relation entre le niveau de staff, les caractéristiques du staff et la qualité.



A contrario, une étude d'Arling et al., publiée en 2007, montre les effets indépendants de la dotation en personnel ou des variables de temps de soins. Aucune des variables de dotation de l'unité n'était liée de manière significative aux indicateurs de qualité du processus ou des résultats.

L'absence de relations cohérentes suggère dans cette étude que le rôle de la dotation en personnel est plus important et complexe que prévu.

Selon Katz et al. (2011), l'organisation médicale est aussi un élément de structure de l'organisation qui influence la qualité des soins.

Si une ligne de conduite ne peut être retirée de ces études contradictoires, l'on constate malgré tout que la qualité des soins est associée à de nombreuses caractéristiques de dotation en personnel et que les interrelations entre les différentes caractéristiques sont très complexes. Il est recommandé que l'effectif total d'une unité soit adapté au temps consacré aux soins directs aux résidents et au niveau de complexité des soins.

## (a) Dotation en personnel

Différentes approches sont possibles pour mesurer le niveau de staff dans les maisons de soins pour les personnes âgées. En général, la littérature propose l'une des 2 mesures suivantes :

- ✓ Le temps de présence d'infirmier/résident (sur 24 h);
- ✓ Le ratio en ETP d'infirmiers pour 100 résidents.

Aux États-Unis, le nombre d'heures de soins au résident par jour est variable d'un état à l'autre. Allant de 1,62 heure en Oregon à 3,6 heures en Floride (Castle, 2008, review). Cependant, un panel d'experts recommande d'établir un niveau d'effectif minimum pour garantir une présence de 4,5 heures par résident pour les soins directs (cité par Castle, 2008).

Selon Lee (2014), les normes recommandées sont de 0,75 heure d'infirmière diplômée par jour et par résident en longs séjours.

Peu d'études donnent des précisions quant au nombre d'infirmiers recommandé. Cela reste à l'appréciation du directeur des soins. Cependant, il est suggéré d'avoir en permanence un infirmier (24h/24) et ce, à moduler en fonction de la taille de la résidence.

Collier et al., dans une revue de littérature de 2008, indiquent que la loi réformée concernant les « Nursing Home » (NHRA) aux États-Unis ne précise pas les effectifs exacts pour le personnel infirmier, mais exige que les soins infirmiers fournis aux résidents atteignent ou maintiennent le plus haut niveau possible du fonctionnement physique et psychosocial.

La loi réformée stipule que la gouvernance des soins infirmiers soit organisée de la manière suivante :

- Un infirmier comme directeur des soins infirmiers (DON) et un infirmier comme adjoint à la direction des soins pour assurer la coordination de la formation continue et le développement des initiatives d'équipes ;
- Présence d'au moins un infirmier en service pendant au moins 8 heures par jour,
   7 jours par semaine. Dans les établissements comptant moins de 60 résidents, le directeur de soins peut être considéré comme un infirmier en service;
- Présence d'un infirmier pour le soir et la nuit ;
- Du personnel auxiliaire en suffisance (non précisé);
- Des travailleurs sociaux, des infirmiers et des infirmiers auxiliaires (CNA), pour assurer que les résidents conservent le plus haut niveau possible de santé physique, mentale et psychologique.

Easton et al. en 2016 publient une revue systématique de l'évaluation économique de la structure des forces de travail dans les soins résidentiels. Ils indiquent que l'amélioration de la dotation en personnel, en augmentant le temps de soins infirmiers par résident, offre,

malgré les coûts, un potentiel d'économies dans d'autres domaines. Par exemple, 30 à 40 minutes de temps de soins directs par un infirmier et par résident réduisent l'incidence des plaies de pression, les hospitalisations et les infections urinaires entraînant un avantage social net de 3 191 USD par résident et par an.

L'étude réalisée par Lin en 2014 fait le constat d'un lien étroit entre la dotation en infirmiers et la qualité des soins, ce qui renforce la nécessité d'établir des exigences minimales en matière de dotation infirmière. Par contre, elle ne met pas en évidence le fait qu'une augmentation du niveau de dotation des aides-soignantes conduirait à une amélioration de la qualité des soins.

*Une étude réalisée au Japon* (Shin, 2015) met en exergue l'intérêt de la présence d'infirmiers dans la prévention des chutes, la diminution des alimentations par sonde, la stabilité de l'état émotionnel des résidents, la diminution des comportements agressifs. A contrario, un turnover important a pour conséquence la déshydratation, l'alitement des résidents et l'utilisation d'antipsychotiques.

L'étude rapporte aussi les résultats d'autres auteurs concernant les aspects positifs liés à la présence d'infirmiers, tels que la diminution de l'utilisation des contentions physiques, la diminution du nombre de fractures et d'escarres, de meilleurs soins liés à l'incontinence, la diminution des infections urinaires...

Théoriquement, un nombre d'heures de travail plus élevé chez les infirmiers pourrait être associé de manière significative à de meilleurs indicateurs de qualité liés aux processus et aux résultats.

Certaines données probantes indiquent que le ratio infirmier/aide-soignant a une incidence sur la qualité des soins (Spilbury, Castle 2012), mais la complexité de la dotation en personnel soignant nécessite des recherches supplémentaires.

Lee et al. (2014), dans leur article, ont démontré que la présence d'infirmiers n'avait pas un impact sur tous les indicateurs de qualité. Ainsi, la présence d'infirmiers (en heures) était significativement associée à des taux plus faibles de plaies de pression, mais pas aux infections urinaires. Les heures estimées de travail des infirmiers n'étaient pas liées à la perte de poids ou à l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Par contre, le profil des résidents est corrélé avec les indicateurs sélectionnés dans l'étude, ce qui montre l'influence du case mix et donc du profil du résident sur les résultats mesurant la qualité des soins dans l'institution.

Bien que de nombreuses études montrent une corrélation entre la dotation en praticiens de l'art infirmier et la qualité des soins, d'autres études bien menées ont montré une corrélation défavorable entre la dotation en infirmiers et la qualité des soins (Zimmerman et al., 2002). Une des explications concernerait l'intervention d'autres variables, telles que la qualité et la performance du matériel médical mis à la disposition du personnel soignant. Une autre explication est que si l'institution compte plus d'aides-soignants ou d'infirmiers

moins qualifiés, les soins directs (donner à boire... ) sont réalisés par ces professions, ce qui explique le manque de corrélation. Selon Konetzka, les aides-soignants réalisent la plupart des soins directs au patient, notamment l'aide à la réalisation des activités de la vie journalière, tandis que les infirmières réalisent les évaluations, observent les patients, enregistrent les données et collaborent avec le médecin pour la dispensation du traitement, l'administration des médicaments et l'élaboration du plan de soins.

Dans une revue systématique de la littérature, Bachaus et al. en 2014 indiquent que l'ensemble des études réalisées ne permettent pas d'établir une relation positive entre le personnel infirmier et la qualité des soins. Il est nécessaire de prendre en compte d'autres facteurs, tels que la rotation du personnel et le recours au personnel intérimaire, pour évaluer la qualité des soins dispensés dans les maisons de repos.

Un autre élément concerne le fait que certaines études ne tiennent pas compte de *l'expérience du personnel, du taux de turnover ou du nombre d'intérimaires,* facteurs dont l'influence a été démontrée par Castle et Engberg (2007a, 2008a). D'autres explications sont possibles pour étayer le manque de relation entre la dotation en personnel et les indicateurs de qualité, par exemple *la taille de l'institution, la standardisation des soins...* 

# (b) Qualification du personnel

Aux États-Unis, une modification des normes en personnel dans les institutions de soins a eu lieu entre 1998 et 2001. Alors que d'aucuns prédisaient une modification de la qualité des soins associée à la modification des normes minimales d'effectif établies par l'État, les études ne montrent *pas de corrélation entre les résultats et les normes*, à l'exception du taux d'utilisation de la contention physique (Park et al., 2008).

Selon Hurtado et al., dans une revue systématique, le *mix de staff* est lié à une meilleure qualité des soins (plus d'infirmiers qualifiés que de personnel non qualifié). Cette meilleure qualité est exprimée par une prévalence *moins importante d'escarres*. Cependant, les soins aux résidents sont aussi influencés par *l'environnement de travail exprimé dans l'organisation, un leadership qui encourage la prise de décision par le soignant, l'esprit d'équipe...* 

Konetzka rapporte une étude de Cohen & Spector (2006) indiquant qu'un taux élevé d'infirmiers est associé à un taux de mortalité plus faible et qu'un nombre plus élevé d'aides-soignants n'a pas d'impact sur la qualité (residents outcomes). Il rapporte aussi une étude de Horn et al. (2005) concluant qu'un plus grand nombre d'heures d'infirmier par

résident diminue le risque d'escarres, les hospitalisations, les infections urinaires, la perte de poids, le cathétérisme, et la détérioration des ADL. Par contre, un ratio plus important d'aides-soignants agit uniquement sur une diminution des escarres.

Le même type d'observation est relayé par Lee et al. (2014) qui montrent l'absence de corrélation réelle entre le nombre d'infirmiers dans les institutions de soins et la qualité des soins. En effet, seul le nombre d'escarres est diminué lorsque le ratio d'infirmiers est plus important. Pour les infections urinaires, la consommation d'antipsychotique, la perte de poids et l'utilisation de sonde, aucune corrélation n'apparaît clairement.

Selon Kim et al. en 2009, il y a un manque de consensus concernant le mix d'infirmiers nécessaire dans les institutions. Si l'obligation d'une présence permanente d'infirmiers est établie, le nombre de résidents et d'heures consacrées au résident n'est pas déterminé.

Une étude de Corazzini a montré la différence entre les différents niveaux de formation des infirmiers (LPN versus RN) à travers l'étude de la réalisation d'actes infirmiers auprès de résidents et l'impact sur 6 indicateurs de qualité (douleur, sonde urinaire, infection urinaire, perte de poids, contention physique, diminution de la mobilité). Les LPN effectuent des évaluations ciblées des résidents, mais il a été constaté que des décisions prises uniquement sur une évaluation sans expertise clinique peuvent conduire à des activités néfastes telles que l'augmentation de l'utilisation des mesures de contention.

Au Canada, des « nurses practionners » sont introduites dans les MRS afin de soutenir l'activité médicale de ces institutions et apporter leurs compétences spécifiques pour la qualité des soins. Les Nurses Practionners ont un rôle de collaborateur, clinicien, coordinateur, gestionnaire de cas, éducateur, conseiller et communicateur (Klassen et al). Ils ont un rôle de soins directs au patient, participent au développement des guidelines sur des problèmes spécifiques (management du transit intestinal par exemple), font le relais avec le médecin,...

L'emploi de *Nurse Practionners a montré une réduction des coûts liés aux médicaments ainsi qu'une diminution du transfert des patients aux urgences.* 

## (c) Le management des compétences infirmières

En complément de son nombre et de ses qualifications de base, l'entraînement et l'expérience du personnel influencent la qualité des soins. Il est essentiel d'identifier les compétences nécessaires aux infirmiers dans les institutions de soins, car elles influencent la satisfaction des patients et de leur famille.

Il est nécessaire de comprendre comment les services de soins infirmiers sont organisés et les soins répartis entre les différents types d'infirmiers plutôt que de compter uniquement sur les niveaux de dotation en personnel. En effet, préciser les modes de collaboration

efficace, stimuler la supervision clinique et experte au niveau infirmier permet une collaboration efficace entre les niveaux de formation des infirmiers.

Un autre aspect est l'amélioration de la qualité des soins infirmiers dans les soins de longue durée en *s'axant sur les compétences cliniques gériatriques des infirmières*. Il est important d'avoir un *personnel infirmier spécialisé et compétent* parce que la recherche montre que le personnel infirmier compétent et adéquat dans les maisons de retraite réduit les conséquences négatives pour les résidents, telles que le nombre d'infections des voies urinaires, d'ulcères de pression et d'hospitalisations. (Cramer et al., 2014)

Dans une Review JBI de Kiljunen et al., 2016, 5 compétences sont identifiées pour les infirmières en MRS :

- Compétences « *attitude* » *et éthique* nécessaires pour résoudre les dilemmes éthiques et respecter l'autonomie, la dignité humaine, et la personne ;
- Compétence dans les « *interactions* » pour la coopération avec le résident, les familles et les membres de l'équipe pluridisciplinaire ;
- Compétence en « Communication, interaction et collaboration » dans le rôle d'information des familles, les conversations dans des situations sensibles...;
- Compétence en « Evidence Based Care » : promotion à la santé, évaluation (assessment), gestion du risque, activités cliniques ;
- Compétence « pédagogique » pour la supervision et l'enseignement aux patients, familles et collègues;
- Compétence en « *leadership et développement des compétences* » pour assurer des soins de haute qualité. L'infirmier a un effet modèle dans l'équipe. Créativité et innovation sont nécessaires pour la prise en charge des personnes âgées.

Une étude de Cramer et al. de 2014 démontre que les infirmiers qui ont suivi un programme de certification montrent des améliorations statistiquement significatives dans leurs soins infirmiers cliniques pour les soins de la personne âgée, et ces résultats ont été validés par les réponses du superviseur. La recherche souligne toute l'importance de disposer d'un personnel infirmier compétent et adéquat dans les maisons de retraite, car leur présence réduit les conséquences négatives pour les résidents, telles que le nombre d'infections des voies urinaires, d'ulcères de pression et d'hospitalisations. Les résultats ont également montré que l'éducation augmente la responsabilisation des infirmiers, leurs compétences et, dans une moindre mesure, leur satisfaction au travail.

Les *infirmiers qui participent à la prise de décision et au leadership* expriment également un plus grand contrôle de leur pratique infirmière et se sentent habilités lorsque leur expertise est reconnue par les autres. Les employeurs qui investissent dans la formation des infirmiers diminuent les taux de roulement et améliorent les résultats de qualité en soins infirmiers. Il est important que les infirmiers puissent détenir la compétence technologique leur permettant d'accéder aux ressources documentaires pour une pratique fondée sur des

données probantes et une formation continue donnant les opportunités nécessaires à la recertification. (Cramer et al., 2014)

Selon Easton, la mise en œuvre de formation du personnel basée sur des résultats probants et centrée sur la « Sensibilisation à la vision » a permis de réduire l'incidence des chutes et de réaliser un gain estimé de 26 000 USD sur un an. Selon Castle 2015, le niveau de formation de l'administrateur est également positivement associé à une meilleure qualité des soins.

Une formation efficace améliore l'empowerment des infirmiers, la compétence et la satisfaction au travail et diminue le taux de rotation. Il est nécessaire d'investir dans la formation continue des infirmiers pour le maintien et l'amélioration de l'expertise clinique, tout comme il est important que les infirmiers aient accès aux ressources électroniques et aux informations concernant la pratique informée par les résultats de la recherche (EBN).

## (d) La pratique avancée

Il est primordial de reconnaitre la fonction des infirmiers en soins résidentiels. Les praticiens doivent accéder à des opportunités de développement professionnel, augmenter leur confiance, leurs connaissances et compétences pour prendre le meilleur soin possible de nos ainés.

Le Missouri Quality Initiative (MOQI) est un modèle interprofessionnel dans les MRS avec *l'intervention des infirmières de pratique avancée (APRN)*. Dans le projet évalué par Rantz et al. en 2017, il s'agissait de l'évaluation de l'intervention d'une équipe gériatrique pluridisciplinaire composée d'un médecin, d'une infirmière praticienne, d'un travailleur social coach et d'un coordinateur. Cette équipe collabore avec l'équipe de la maison de repos et met en œuvre des services de prévention et de détection précoce des problèmes de santé.

Les hospitalisations ont été réduites (40 % toutes causes confondues, 58 % potentiellement évitables), les visites aux urgences (54 % toutes causes confondues, 65 % potentiellement évitables), les dépenses de Medicare relatives aux hospitalisations (34 % toutes causes confondues, 45 % potentiellement évitables) et les dépenses de Medicare pour les visites d'urgence (50 % toutes causes confondues, 60 % potentiellement évitables). Le succès du modèle MOQI montre que les soins fournis par les APRN sont rentables, sûrs et associés à des résultats positifs.

De nombreuses recherches ont investigué la plus-value de l'infirmier en pratique avancée par rapport à la prise en soins classique. Il a été démontré que lorsqu'un APRN intervenait auprès des résidents, une diminution du taux d'hospitalisation était observée.

Rantz (2012) nous a appris qu'il est possible de renforcer la capacité organisationnelle, d'améliorer les soins dans les MRS, notamment pour les escarres et la perte de poids, grâce à des consultations mensuelles effectuées par des infirmiers en pratique avancée dans la prise en charge gériatrique au sein des institutions de soins.

Le même constat a été fait concernant l'instauration d'une équipe compétente en soins gériatriques. Cette équipe a eu pour effet de faciliter la transition des résidents vers l'hôpital, d'améliorer la communication entre les acteurs de soins (hôpitaux, soins à domicile, maison de repos...), de participer à la révision des médicaments (utilisation réduite de psychotropes ainsi que d'autres médicaments inappropriés), et d'aider le personnel de l'établissement et les résidents à rédiger des directives pour les soins de fin de vie.

Les Advance Practice Nurses (APRN) apportent des compétences essentielles en matière d'évaluation, de capacité à gérer efficacement les résidents malades, de capacité à guider le personnel moins expérimenté pour s'occuper des résidents et de pilotage d'un changement de pratique. L'efficacité des APRN a été démontrée par la mise en œuvre d'un programme d'hydratation, par la prévention des chutes et l'amélioration de la mobilité chez les personnes âgées fragiles ou encore par l'application de méthodes d'amélioration de la qualité qui entraînent des changements de pratique dans les domaines particulièrement difficiles à gérer chez les personnes âgées fragiles.

Donald et al. en 2013, indiquent que les infirmières en pratique avancée (IPA) sont associées à plusieurs mesures de l'état de santé et du comportement des personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée. Les IPA jouent un rôle positif dans la réduction des taux de dépression, d'incontinence urinaire, d'ulcères de pression, de contraintes et de comportements agressifs, ainsi que dans l'amélioration de la capacité des résidents à atteindre leurs objectifs personnels et dans la satisfaction des familles quant aux services médicaux.

## (e) Stabilité et absentéisme du staff

De nombreuses études montrent un turnover élevé des soignants en MRS et plus particulièrement chez les aides-soignants. L'une des causes invoquées est l'intensité du travail dans ces institutions de soins (Castle, 2007).

Afin de confirmer l'hypothèse que le turnover influence la qualité des soins offerts, Castle et collègues ont analysé les données de nombreuses MRS et mis en relation le taux de rotation

des soignants et 14 indicateurs de qualité. Cette étude a démontré que la relation entre les 2 phénomènes n'était pas claire, mais que la réduction du turnover de haut à moyen augmente la qualité. Ils estiment qu'en général, une rotation élevée des effectifs (> 60 % par an) est associée à une mauvaise qualité des soins. Pour les infirmiers, un turnover moyen (30-59 %) et haut (60 % et plus) est associé à de très mauvais indicateurs de qualité.

Dans le contexte américain où l'absentéisme est évalué à 9,2 %, Castle et Ferguson (2015) indiquent qu'il existe une corrélation entre l'absentéisme des aides-soignants et la gestion de la douleur, l'utilisation de contention physique et de cathéter urinaire et la prévalence d'escarres. Afin d'assurer les soins, les institutions font appel à du personnel intérimaire, mais une autre étude de Castle (2009) indique qu'il existe une différence de qualité de 1 à 2 % entre les institutions qui n'emploient pas de personnel intérimaire et celles qui en emploient à concurrence de 25 % de leur personnel.

Selon Castle, 2010, de nombreux auteurs ont aussi mis en évidence l'impact du turnover des directeurs (directeurs administratifs et directeurs des soins) sur la qualité des soins. En effet, un taux de rotation élevé serait corrélé avec une faible qualité des soins. L'étude révèle qu'un turnover important du directeur administratif est corrélé avec une maigre qualité des soins alors que le taux de rotation du directeur des soins l'est avec une meilleure qualité des soins.

Pour Rantz, 2012, le turnover du personnel d'encadrement est un élément négatif pour la qualité des soins, car il entraîne de l'incertitude chez les soignants et la qualité en est affectée. La rétention du personnel d'encadrement a un effet positif sur la qualité des soins et le maintien de celle-ci.

Selon Hunt (2014), la rotation des directeurs de soins infirmiers est liée au roulement élevé des effectifs infirmiers à tous les niveaux et à la piètre qualité des soins dans les maisons de repos. Cependant, les mécanismes de ces relations sont peu connus. Des recherches récentes indiquent que les relations entre la gestion et le roulement du personnel et la qualité des soins ne sont pas linéaires et que leur influence sur la qualité des soins est beaucoup plus néfaste qu'on ne le pensait auparavant (Castle et al., 2007; Castle et Lin, 2010).

L'étude de Hunt et al. constate qu'il existe un lien entre la rotation du personnel de direction et administratif et la qualité des soins aux résidents. En effet, *la coordination, la supervision* et le travail d'équipe nécessaires à la qualité des soins s'érodent lors des transferts de personnel d'encadrement. Cette situation a engendré de l'épuisement professionnel tant chez les gestionnaires que chez les prestataires de soins par son impact sur le roulement du personnel de soins.

# Culture et management

Une revue menée par André et al. en 2014 montre qu'il est primordial de prendre en considération la culture du travail pour l'amélioration de la qualité des soins dans les maisons de repos.

Il est nécessaire d'augmenter la satisfaction professionnelle du personnel de santé, de favoriser l'autonomie et la responsabilisation afin d'améliorer sa situation de travail. En effet, des travailleurs plus engagés et plus impliqués prodiguent les meilleurs soins possibles aux résidents.

La place de la communication et les bonnes relations entre les travailleurs, le leadership des équipes d'encadrement ainsi que la reconnaissance au travail sont primordiaux dans la qualité des soins.

Les infirmières auxiliaires qui ont participé à l'étude de Davilla et al. ont signalé que le fait de participer au projet qualité avait pour corolaire une plus grande reconnaissance pour leur contribution de la part des infirmières diplômées au sein de l'organisation.

Un exemple est cité dans un article de Abrahamson et al. en 2013. Il décrit à travers le partage d'expériences de professionnels de la santé les conditions de réussite d'un projet qualité de prévention de chute et d'amélioration de la mobilité. La communication et la flexibilité ont été utilisées pour gérer les changements de charge de travail. En effet, un changement d'organisation dans le travail de routine a été nécessaire pour intégrer des séances d'exercices pour les résidents. L'adaptation au changement a été particulièrement difficile pour ceux qui n'ont pas participé à la conception du programme. La communication et la confiance entre les chefs de projet et les chefs d'établissement sont devenues un aspect important de la mise en œuvre. L'auteur tire de cette expérience que *la participation de chaque membre du personnel, quel que soit son niveau d'implication, constitue un défi majeur pour le succès du projet*.

La plupart des études suggèrent qu'un manque de collaboration du personnel est associé à de piètres résultats pour les résidents. Le rôle des infirmiers dans les maisons de repos serait aussi un levier pour favoriser la participation de l'ensemble des collaborateurs aux initiatives concernant l'amélioration de la qualité. Une étude de Colon-Emeric et al. (2017) a évalué l'impact de la mise en place d'interventions d'amélioration de la communication dans les soins et plus particulièrement sur les chutes. L'étude n'a pas pu mettre en évidence l'impact de la communication dans les interventions complexes de soins liées à une réduction du risque de chute.

En général, il a été démontré que les *MRS à but non lucratif ont des effectifs plus importants, un taux de rotation du personnel moins élevé et un personnel mieux formé. Ils* ont également des résultats de meilleure qualité, tels qu'une prévalence plus faible des ulcères de pression, une moindre utilisation des moyens de contention physique, et moins

de lacunes dans les évaluations réglementaires gouvernementales. On suppose généralement que les entreprises à but lucratif sont davantage incitées à s'efforcer de réduire les coûts que les organisations publiques ou à but non lucratif et que cela pourrait nuire à la qualité de la prestation des services publics.

Une étude réalisée en Suède par Winblad et al. indique la relation entre le type de gestion (public versus privé) et la qualité des soins en maison de retraite. D'une part, les maisons de retraite « publiques » affichaient de meilleurs scores de qualité en ce qui concerne des facteurs structurels de qualité tels que la dotation en personnel et le logement ou la cuisine, mais étaient moins performantes que les institutions « privées » en ce qui concerne les autres mesures de la qualité liées au processus. Cette étude fait le constat que la motivation du profit ne semble pas jouer un rôle dans la qualité des soins offerts et que la qualité des services n'est pas influencée par une gestion à but non lucratif ou à but lucratif en Suède.

### (a) Leadership

Différentes interprétations peuvent être faites lorsque l'on parle de leadership infirmier. Pour certains, il s'agit de l'autorité exercée par un infirmier en chef sur une équipe de soignants, il s'agit d'un *leadership lié au management*. Pour d'autres, le leadership est présent dans la pratique infirmière et constitue un *leadership clinique*. Il s'agit d'un infirmier qui possède des compétences particulières et peut exercer un leadership auprès de son équipe afin de mobiliser ses collègues.

L'association des infirmières et infirmiers au Canada (AIIC) en 2002 explique que « Le leadership infirmier joue un rôle pivot dans la vie des infirmières diplômées, c'est un élément essentiel pour assurer au client les résultats de qualité. »

Aanderson, 2014, a étudié l'influence des pratiques de gestion sur la sécurité, la santé et la satisfaction relative aux soins. Il apparait que les pratiques de gestion axées sur les relations au sein du personnel, par exemple l'établissement de liens et le développement des atouts existants en tant que ressources pour résoudre les problèmes, sont plus efficaces que les méthodes traditionnelles de gestion hiérarchique. Par exemple :

- o participation du personnel à la prise de décision,
- diversité des pensées et des actions,
- o informations, échanges entre le personnel et les responsables, et
- o reconnaissance d'efforts et de récompenses pour la performance.

Cette étude a constaté que lorsque les gestionnaires se concentrent sur l'amélioration des relations, des répercussions positives importantes sont constatées sur les résultats de soins tels que la prévention des ulcères de décubitus, l'incontinence urinaire réduite, la diminution

du nombre d'erreurs médicales et une meilleure adoption des pratiques fondées sur des preuves.

Cependant, Colon Emeric, qui a mesuré la qualité de la communication et le climat de sécurité, a montré qu'une intervention ciblant les lacunes dans la communication du personnel et la coordination n'a pas influencé le programme d'amélioration de la qualité des chutes.

Une étude de Vogelsmeier et al. indique que les *infirmières en chef jouent un rôle essentiel* pour améliorer la qualité en facilitant la communication ouverte et le travail d'équipe. Pour ce faire, le leadership de deux infirmiers en chef a été étudié. Alors qu'un infirmier en chef travaillait en collaboration avec les membres de l'équipe pour établir un objectif commun d'amélioration des pratiques, un autre influençait certains membres de l'équipe pour qu'ils travaillent à atteindre leur objectif individuel d'efficacité. La création d'un environnement propice à la communication ouverte et au partage des connaissances personnelles a permis d'établir un objectif commun et une certaine efficacité pour la résolution des problèmes. Par conséquent, les membres du personnel se perçoivent comme étant valorisés, impliqués et responsabilisés.

Comme le suggère cette étude, un leadership infirmier qui favorise un environnement propice à la communication ouverte et à l'établissement de relations en encourageant les membres de l'équipe à partager leurs diverses perspectives permet de créer plus efficacement des stratégies d'amélioration. De plus, le leadership infirmier a facilité le travail d'équipe et l'amélioration de la qualité, non pas en contrôlant l'équipe, mais plutôt en la responsabilisant par la recherche continue de commentaires et par la rétroaction de ses membres pour la résolution des problèmes.

Les responsables des soins infirmiers et les responsables des soins de longue durée peuvent encourager l'amélioration de la supervision infirmière afin de réduire le turnover et d'améliorer les résultats des résidents (integrative review de McGilton, 2016). Les compétences nécessaires sont liées aux capacités managériales, au recrutement, à l'évaluation et au développement des compétences.

Un infirmier en chef efficace peut être décrit comme un infirmier qui donne des directives, est respectueux, équitable, solidaire, et qui encourage les membres de son équipe. Une supervision efficace des infirmiers semble être associée à un grand nombre de résultats positifs pour eux-mêmes, pour les organisations et pour les résidents en matière de soins de longue durée.

Cependant, les problèmes médicaux et les problèmes liés à la qualité des soins ne peuvent être réglés par une seule personne. Une coordination et une collaboration interprofessionnelle sont nécessaires, particulièrement dans les soins aux personnes âgées qui nécessitent des interventions multifactorielles. Pour une bonne cohésion, une collaboration efficace entre les membres de l'équipe est nécessaire. Les personnes douées de leadership clinique et celles dotées de compétences managériales doivent se compléter.

Il est nécessaire que les infirmiers fassent preuve d'autonomie, c'est-à-dire qu'ils doivent respecter le cadre et discuter avec la hiérarchie pour la mise en œuvre d'un projet.

Une étude de Rantz, 2010, a testé durant 5 années l'implémentation d'une équipe d'amélioration des processus. Cette expérience a montré l'efficacité du suivi et de l'accompagnement du personnel. Elle a également mis en évidence l'importance de l'implication du directeur des soins, mais aussi de la gestion de la résistance au changement. La résistance au changement était une réaction normale des équipes, mais la persévérance de l'équipe d'amélioration a aidé à gagner la bataille. L'éducation sur le processus et les normes cliniques ont fourni un langage commun à partager avec leurs collègues lorsqu'ils font la promotion des changements dans les pratiques dans la MRS.

Les progrès réalisés dans cette étude confirment que les pratiques de gestion des soins infirmiers peuvent entraîner de nouveaux comportements bénéfiques pour l'amélioration de la qualité

Le leadership est essentiel à l'amélioration de la qualité en MRS. En 2011, Castle indique qu'un style de leadership transformationnel, tant de la part du directeur administratif que du directeur des soins, permet une meilleure qualité des soins. En effet, à travers ce style de management, ils « poussent » le personnel à s'impliquer dans les soins de qualité.

#### Chapitre 5 : Vers des indicateurs de mesure de la qualité des soins

Le suivi des indicateurs est reconnu comme un outil pertinent pour l'amélioration et le suivi de la qualité des soins. Dans de nombreux pays, des initiatives ont été prises pour proposer des indicateurs de suivi extraits des dossiers des patients ainsi que des outils d'aide à l'audit des services de santé.

L'utilisation d'outils communs permet non seulement la vision de sa propre institution, mais aussi une comparaison avec des institutions similaires.

Cependant, il n'est pas aisé de trouver des indicateurs pertinents illustrant uniquement la qualité des soins. En effet, certains indicateurs de qualité marqueront les différences dans les caractéristiques du patient plutôt que dans la qualité des soins.

Les indicateurs de qualité des soins infirmiers sont donc constitués par la mesure d'un changement de l'état de santé sur lequel les soins infirmiers ont une influence directe, sachant que d'autres paramètres inhérents au patient, au contexte de soins, ou à l'intervention d'un élément extérieur peuvent influencer les résultats.

La littérature propose différentes pistes pour la constitution d'une liste d'indicateurs fondée sur des données récoltées dans les dossiers de soins. Toutefois, certaines thématiques reviennent dans plusieurs outils de collecte de données. De plus, pour juger de la qualité mesurée par un indicateur, il serait nécessaire de fixer une "norme standard", ce qui n'est pas souvent le cas, ou encore de vérifier l'impact d'un « bon résultat » à un indicateur sur un autre indicateur, comme les liens pouvant être établis entre les chutes et la mise en œuvre de contention.

Ci-dessous, une liste non exhaustive d'outils trouvés dans la littérature ou chez des auteurs ayant réalisé une liste d'indicateurs de qualité en MRS.

RAI-MDS Resident assessment instrument - Minimum Data Set

OSCAR Online Survey Certification and Reporting

PSRACS Public Sector Residential Aged Care Services Resources

OINHQ Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument

ACOVE Assessing Care of Vulnerable Elders quality indicators.

Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des

PAQS patients

HCI Humanistic Care Indicators for Residents in Nursing Homes

CQI Consumer Quality Index

Nurse Staffing and Quality of Care of Nursing Home Residents in Korea, journal of

Hyun Shin J. et al. Nursing scholarship, 2015; 47:6, 555-564

Is Higher nursing home quality more costly? European journal of health economy,

Di Giorgio L. et al. 2016;17:1011-1026

How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of

Kieft R. et al. care: a qualitative study, BMC Health services Research 2014, 14:249

Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers?

Wimblad U. et al. Evidence from Sweden. BMC Health services research, 2017, 17:487

### Les outils et questionnaires

#### Observable Indicators of quality

L'outil « Observable Indicators of Nursing Home Care Quality » (OIQ) est développé par Rantz et al. depuis le début des années 2000. L'outil, composé de 30 indicateurs, est destiné aux chercheurs, aux consommateurs et aux organismes de réglementation qui souhaitent évaluer les multiples dimensions de la qualité des soins dans les institutions de soins. Pour chaque item, une échelle de Likert à 5 points permet de répondre à des questions types. Chaque point est ensuite repris dans une feuille récapitulative donnant un aperçu de la qualité dans l'institution évaluée.

L'outil évalue 7 dimensions de la qualité : le personnel, les soins, la participation de la famille, la communication, l'environnement, la maison et les coûts. Il évalue la structure (dont l'environnement, les notions de base et les odeurs) et les processus (dont la prestation des soins, les soins d'hygiène, la communication interpersonnelle et l'environnement).

Cet outil est fiable et possède un caractère discriminant. Plus le score est élevé, plus la qualité est jugée bonne. La validité de contenu a été jugée bonne par un panel d'experts. La mesure de la cohérence interne a révélé une association entre chaque sous-échelle et le score total de l'instrument. Cela a été mesuré par un alpha de Cronbach allant de 0,74 à 0,93. Les fiabilités interévaluateurs et test-retest sont acceptables pour le processus, la structure et les échelles totales vont de 0,64 à 0,76 et de 0,75 à 0,77 respectivement. Cela montre la stabilité de l'instrument de mesure. Le temps de passation est d'environ 30 minutes.

#### PSRACS: Public Sector Residential Aged Care Services

Ce système est proposé en Australie, il s'agit d'indicateurs de qualité dans les services de soins aux personnes âgées d'établissements du secteur public.

Il propose de collecter cinq indicateurs de qualité couvrant les domaines de soins à haut risque :

- plaies de pression,
- chutes et fractures,
- recours à la contention physique,
- utilisation de neuf médicaments ou plus,
- perte de poids imprévue.

*Le RAI (Resident Assessment Instrument)* 

L'InterRAI Collaboration a été fondée en 1992 avec la vision de « rassembler des renseignements cliniques précis dans un format commun au sein des secteurs de services et pays qui améliore à la fois le bien-être des personnes fragiles et la répartition efficace et équitable des ressources » (Fries et al., 2003).

L'InterRAI, dossier d'évaluation des besoins en soins pour un bénéficiaire, regroupe des données à partir de la pratique clinique de plusieurs intervenants de santé. En effet, la complexité des populations en MR/MRS signifie que ces données doivent être multidimensionnelles et fournir une vue d'ensemble de la personne.

L'information peut être utilisée à des fins de planification pour déterminer la nature et l'intensité des services de santé et des services sociaux qui sont nécessaires, et peut aussi servir aux décideurs politiques, organismes financiers et prestataires de soins et de services. Les données fournissent des renseignements sur les modèles de pratique et les décisions stratégiques.

Aux États-Unis, le Resident Assessment Instrument (RAI) est utilisé dans les maisons de repos et permet l'évaluation multidimensionnelle de tous les résidents. L'outil recueille des informations à partir de 200 à 300 questions, réparties en 21 sections. Il est composé d'instruments d'évaluation standardisés permettant l'enregistrement structuré des informations sur un individu. Ces échelles mesurent, par exemple, les capacités physiques (activités de la vie quotidienne ou ADL), les troubles cognitifs et la qualité de vie. D'autres éléments et données administratives complètent ces informations. L'évaluation réalisée avec cet instrument permet de détecter les forces, les besoins et les risques potentiels des résidents afin de guider la planification et le suivi individualisé des soins. Cet instrument est intéressant, car un tableau d'alarme est généré après l'enregistrement des données. Il indique les situations problématiques où l'infirmier peut intervenir.

Outre l'évaluation du résident, son utilisation est rendue obligatoire dans les programmes Medicare/Medimaid pour son rôle dans le financement.

Bien que le RAI-MDS n'ait pas été conçu à l'origine comme un instrument de mesure de la qualité, l'outil permet le monitorage des activités et produit des indicateurs cliniques de la qualité des soins fournis au niveau individuel et au niveau de l'établissement. En effet, les données, également appelées *minimum data set* (MDS), sont utilisées pour développer des indicateurs de qualité via des algorithmes et des croisements de données permettant l'obtention d'informations fiables sur le profil des résidents et sur la qualité des soins offerts dans chacune des institutions. La collecte des données est effectuée à l'admission, puis périodiquement, et lors d'un changement important dans l'état de santé du résident.

Les travaux de Zimmerman et de ses collègues ont permis, à partir des données introduites dans l'InterRAI, de créer un set de 24 indicateurs qui reflètent la qualité des soins dans les institutions par rapport à 11 domaines d'intervention. Certains indicateurs, tels que l'alitement, sont calculés en fonction de leur prévalence tandis que d'autres, sont calculés en fonction de leur incidence. Les indicateurs ne sont pas des mesures absolues de la qualité, mais sont des marqueurs des pratiques de soins. Ainsi, ils offrent un outil unique pour

mesurer et comparer la qualité des maisons de soins infirmiers dans différents domaines de soins.

Les données de qualité des institutions sont publiées sur internet afin que les consommateurs et les prestataires de soins aient accès à ces mesures.

Les preuves de la validité et de la fiabilité des indicateurs qualité du RAI-MDS sont mitigées (revue systématique de Hutchinson, 2010). En effet, certaines études font montre d'une bonne fiabilité et validité, tandis que d'autres ont révélé la possibilité de données systématiquement biaisées avec une sous-déclaration de certains problèmes tels que la douleur, les chutes et la dépression, et la sur-déclaration d'autres, comme la prévalence des infections urinaires. Des travaux complémentaires devraient être réalisés pour confirmer la bonne validité de ces indicateurs de qualité.

Il est néanmoins recommandé d'utiliser des indicateurs pour identifier des problèmes de qualité potentiels, en analyser l'étendue et l'impact, initier l'amélioration, suivre la réaction aux initiatives en matière de qualité, comparer la performance de leur installation avec moyennes régionales, provinciales et nationales.

Selon Hjaltoddir, dix des indicateurs de qualité développés par Zimmerman et al. à partir du MDS se sont révélés plus sensibles que d'autres dans la classification des établissements comme bons, moyens ou mauvais :

- chute;
- dépression;
- dépression sans traitement;
- utilisation de plus de 9 médicaments différents ;
- infection des voies urinaires ;
- perte de poids ;
- déshydratation;
- résident alité;
- diminution des activités de la vie quotidienne ;
- plaie de pression de stade 1-4.

Les études ont montré que les indicateurs de qualité du MDS sont des marqueurs de qualité valables, de grande précision et fiabilité, stables sur une courte période. D'autres ont souligné que la fiabilité et la validité des tests des indicateurs de qualité sont limitées et doivent donc être interprétées avec prudence.

Dans de nombreux pays, l'introduction du MDS-RAI dans les institutions de soins chroniques a été associée à des améliorations mesurables de la qualité des soins, en particulier lorsque les indicateurs de qualité dérivés de l'instrument ont été introduits. Il existe différentes variantes de l'outil permettant de l'adapter au type de population. Jusqu'à présent, des

instruments d'évaluation ont été conçus pour : les soins aigus, les soins post-aigus, la santé communautaire, les soins à domicile, les établissements de soins de longue durée, le dépistage psychiatrique d'urgence, les soins psychiatriques hospitaliers et communautaires, les soins palliatifs...

Le RAI est un instrument de mesure dynamique mis à jour régulièrement et permettant une photographie de l'état de la personne soignée En outre, il met à disposition des guidelines, des protocoles, des alertes... (Dellefield). Cet outil ne se limite plus seulement aux États-Unis, et connait une expansion dans certains pays européens via l'InterRAI Collaboration fondé en 1992 avec la vision de « rassembler des renseignements cliniques précis dans un format commun au sein des secteurs de services et pays qui améliore à la fois le bien-être des personnes fragiles et la répartition efficace et équitable des ressources " (Fries et al., 2003).

La Belgique a aussi opté pour le RAI (BelRAI en Belgique) pour fournir aux prestataires et aux résidents un outil informatique puissant qui offrirait également un plan de soins adapté et serait capable de s'adapter à différents contextes de soins. Le BelRAI est actuellement disponible dans ses variantes « Home Care (HC) », « Long Term Care Facilities (LTCF) », « Acute Care » (AC), « Palliative Care » (PC), « Mental Health » (MH) et « Community Mental Health » (CMH).

Le BelRAI propose aussi des versions simplifiées appelées « screeners » pour l'évaluation rapide des bénéficiaires.

En Communauté germanophone, le BelRAI Screener remplace l'échelle de Katz pour la catégorisation du résident à l'entrée en MRS, cette évaluation étant réalisée par la *Dienststelle für Selbstbestimmtes Leben*. À terme, les MRS doivent implémenter le BelRAI pour tous les résidents, mais le Ministère permet une mise en œuvre progressive, la formation de l'ensemble du personnel ayant débuté fin 2019.

### Online Survey and Certification and Reporting System (OSCAR)

Le rapport en ligne (OSCAR) est un réseau de données américain géré par les services Medicare et Medicaid. Il s'agit de l'extraction de données recueillies lors de l'enquête d'inspection dans les institutions de soins. La majorité des informations récoltées provient des Minimum Data Set Assessment (MDS), extraits des dossiers de résidents, auxquels sont annexées des données complémentaires relatives à la structure de la MRS.

#### Assessing Care of Vulnerable Elders (ACOVE)

Il s'agit d'un ensemble d'indicateurs de qualité permettant l'évaluation des soins fournis aux personnes âgées vulnérables et l'identification des domaines de soins devant être améliorés. Cependant, les indicateurs proposés ne sont pas spécifiques aux maisons de repos et de

soins. Ils ont évolué au fil du temps et sont adaptés en fonction de la condition médicale du résident. La version 3 du projet propose plus de 392 indicateurs pour 26 conditions de soins.

#### Humanistic Care Indicators for Residents in Nursing Homes (HCI)

Il s'agit d'une liste d'indicateurs de soins humanistes qui a vu le jour grâce au consensus de 23 experts via une technique Delphi pour le développement de ces outils. Quarante-quatre indicateurs sont proposés et regroupés en huit éléments : l'environnement convivial, les soins holistiques, l'empathie, l'individualisation des soins, l'autonomie, la participation à la prise de décision, l'utilisation appropriée des outils et l'évaluation sérieuse de l'opinion des clients.

#### Consumer Quality Index (CQI)

Cet outil consiste en un questionnaire destiné au patient afin qu'il puisse exprimer son point de vue sur la qualité des soins. L'outil est proposé dans plusieurs pays et est notamment utilisé aux Pays-Bas pour mettre en évidence la voix du client.

L'outil dans sa version spécifique aux soins de longue durée reprend les informations concernant le bien-être de la personne, la qualité des repas, la qualité et la sécurité des soins prodigués par les soignants, le respect, la fiabilité des soignants, les conditions de vie dans l'institution, la qualité de l'organisation, le bien-être mental et la participation aux activités sociales.

#### La liste éditée par PAQS

La Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) a proposé un set d'indicateurs de qualité dans le cadre de la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité dans les institutions de soins de santé à Bruxelles et en Wallonie. Il est basé sur le set proposé par « Welzijn, volksgezondheid and gezin » qui est l'aboutissement d'une recherche coordonnée par LUCAS KULeuven.

Les indicateurs de qualité de soins et sécurité sélectionnés sont : la prévalence d'escarres, la perte de poids involontaire, les chutes, la contention physique, les incidents liés aux médicaments, la vaccination du personnel contre la grippe, l'usage des médicaments, le taux de décès et le plan de soins en fin de vie. S'ajoutent à cette liste des indicateurs des professionnels et des organisations de soins tels que le taux d'absentéisme, le taux de roulement, la formation et le bénévolat.

#### Les indicateurs proposés par des auteurs

En dehors des outils cités plus haut, des auteurs ont limité l'utilisation d'indicateurs précis liés à un contexte particulier.

Ainsi, Stefanacci en 2016 propose une liste de mesures de la qualité tant pour les résidents en long séjour qu'en court séjour. Il propose de relever les indicateurs suivants :

- Le pourcentage de résidents « court séjour » pour lesquels la sortie de l'hôpital s'est faite avec succès ;
- Le pourcentage de personnes qui ont été réadmises à l'hôpital après une admission en MRS;
- Le pourcentage de résidents « court séjour » qui ont effectué un séjour aux urgences depuis leur admission ;
- Le pourcentage de résidents en « long séjour » qui reçoivent un anxiolytique ou une médication hypnotique;
- Le pourcentage de résidents « court séjour » qui se sont améliorés dans les activités de la vie quotidienne (AVQ);
- Le pourcentage de résidents « long séjour » pour lesquels la capacité de se mouvoir indépendamment s'est aggravée.

Un autre auteur, Shin (2015), propose quant à lui les indicateurs suivants :

- Prévalence des résidents qui ont expérimenté plus d'une chute ou un glissement au cours des trois derniers mois;
- Prévalence des résidents avec des plaies de pression ;
- Prévalence des résidents avec des comportements agressifs ;
- Pourcentage de résidents avec dépression ;
- Pourcentage de résidents avec déclin cognitif;
- Pourcentage de résidents avec incontinence (urinaire ou fécale);
- Pourcentage de résidents prenant des antibiotiques prescrits en raison d'infection des voies urinaires;
- Pourcentage des résidents présentant une perte de poids de plus de 5 % en un mois ou 10 % dans les 6 derniers mois;
- Pourcentage de résidents présentant une déshydratation ;
- Pourcentage d'alimentation par sonde gastrique ;
- Pourcentage de résidents restant au lit ;
- Pourcentage de résidents dont le besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne a augmenté;
- Pourcentage de résidents dont l'aire de mouvement a diminué;
- Pourcentage de résidents qui se sont vu prescrire des antidépresseurs ou des somnifères;
- Pourcentage de résidents qui étaient contentionnés.

Di Giorgio (2016), quant à lui, propose une série d'indicateurs reposant sur la structure de Donabedian à laquelle il ajoute une catégorie spécifique à la « voix du client » :

- **Structure** : Taille de la chambre, équipement, niveau de staff ;
- **Processus**: Informations reçues par le personnel, taux d'erreurs, indicateurs de qualité du RAI;

- Résultats: Taux de mortalité, hospitalisation et indicateurs de qualité du RAI;
- Voix du client : satisfaction du résident ; satisfaction de la famille ;
   identification des situations de carence.

Kieft (2014) propose des éléments tels que l'évaluation de la participation aux décisions et respect des préférences du client, des informations et un soutien clairs et compréhensibles pour la réalisation des soins autogérés, le soutien émotionnel, l'empathie et le respect, un accès rapide à des conseils de santé fiables, l'efficacité du traitement, la réponse aux besoins physiques et environnementaux, l'implication et le soutien de la famille et des aidants, la continuité des soins et la transition en douceur.

Wimblad (2017) propose des indicateurs en fonction de la structure ou du processus. Pour les éléments de structure, il relève les éléments suivants : le nombre d'employés par résident ; le taux de rotation et les compétences du personnel, les services offerts... Pour les éléments de processus, il reprend la mise à jour du plan de soins, l'intervention du résident dans son plan de soins, la revue médicamenteuse, l'évaluation des chutes, l'évaluation des escarres et l'évaluation de la malnutrition.

Les différents outils relevés dans la littérature traitent d'indicateurs différents même si bon nombre d'entre eux sont similaires. La table ci-dessous reprend les différentes thématiques traitées par les différents auteurs ainsi que les indicateurs proposés dans l'AR de 2004.

Tableau 2 : Analyse des indicateurs proposés par les outils et auteurs

Tableau 2 : Analyse des mulcateurs prop	oscs par ies oui	115 6	ı aul	cuis	1	ı		- 1	1	1	<del></del>		
		RAI-MDS2	OSCAR	Hyun Shin	PSRACS	Di giorgio	Kieft	HCI, Lee et al.	Wimblad	ľζ	OINHQ	Welzijn, volksezondheid and gezin (relayé par PAQS)	A.R. 21 septembre 2004
Problèmes de santé													
Troubles du comportement		Χ											
Dépression/anxiété		Χ		Χ									
Déclin cognitif		Χ		Χ									
Déclin de la communication		Χ											
Délirium		Χ	Χ										
Comportement agressif				Χ									
Bien-être mental										Χ			
Incontinence urinaire		Χ	Χ	Χ									Х
Incontinence fécale		Χ	Χ	Χ									
Chute		Χ		Χ	Χ				Χ			Х	Х
Infection	Urinaire	Χ											
	ВРСО	Χ											
	Pneumonie	Χ											
	Septicémie	Χ											
	MST	Χ											
	UTI	Χ	Χ	Χ									
	Hépatite virale	Χ											
Infections nosocomiales													Χ
Alimentation par sonde		Χ		Χ									
Perte de poids / BMI bas		Χ		Χ	Χ				Χ	Х		Χ	
Douleur		Χ	Χ										
Escarre		Χ	Χ	Χ	Χ				Χ			Χ	Χ
Brûlures, plaies ou coupures		Χ											
Déshydratation				Χ		Х							
Accident / fracture					Χ								
Fécalome						Х							
Soins du corps										Х			
Traitement et procédure													
Alitement / pas / peu d'activité		Χ	Χ	Χ									
Antipsychotique sans diagnostic de psychose		Χ											
Antidépresseur		Χ		Х									
Médicaments pour dormir				Χ									
Vaccination grippe	1												1
vaccination grippe		Χ									$\longrightarrow$		

1		ĺ	ĺ								ĺ		
Contention physique/isolement		х	х	Х	х	Χ				х		Х	x
Antibiotique		\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \		Х									
Nombre de médicaments					Х							Х	
Nombre de medicaments					^								
Aide pour le grooming et les AVQ											Х		
Communication appropriée											Х		
Fonction physique													
Déclin ADL		Х	Х	Х						Х			
Activité locomotrice		Х	Х							Х			
Structure													
Environnement physique (équipement,													
luminosité, taille des chambres)						Χ	Χ	Χ		Χ	Χ		
Niveau de staff (nb employé/resident,													
qualification,)						Χ			Χ	Χ			
Staffing information						Χ				Χ			
Taux d'erreur						Χ							
Absence pour maladie de courte durée												Χ	
Personnel vacciné contre la grippe												Х	
Turnover												Х	-
Présence de bénévoles												Х	
Patient partenaire													
Satisfaction du résident						Х		Х		Х			
Satisfaction de la famille						Х		Х					
Partenariat avec le patient/ la famille							Х	Х			Х		-
Information pour le self-care							Х			Х			
Command for this word was a to a second by							\ ,	V		\ ,	\ \		
Support émotionnel, respect, empathie							Х	Х		Х	Х		
Plan de soins de fin de vie												Х	
Outcome divers													
Taux de mortalité						Х						Х	$\vdash$
Taux d'hospitalisation		<del>                                     </del>				X							
Accès facilité vers les structures de soins							Х						
Continuité des soins							X						
Appropriation des soins								Х		Х			
Revue des médicaments								^	Х			Χ	
nevae des medicaments	<u> </u>	1		l			İ		_ ^	İ		^	

	RAI-MDS2	OSCAR	Hyun Shin	PSRACS	Di giorgio	Kieft	HCI, Lee et al.	Wimblad	CQI	OINHQ	Welzijn, volksezondh eid and gezin (relayé par PAQS)	A.R. 21 septembre 2004
Fonction physique												
Déclin ADL	Х	Х	Х						Х			
Activité locomotrice	Х	Х							Х			
Structure												
Environnement physique (équipement, luminosité, taille des chambres,)					х	х	х		х	Х		
Niveau de staff (nombre d' employé/résident, qualification,)					Х			Х	Х			
Staffing information					Х				Х			
Taux d'erreur					Х							
Absence pour maladie de courte durée											Х	
Personnel vacciné contre											.,	
la grippe											Х	
Turn-Over											Х	
Présence de bénévoles											Х	
Patient partenaire												
Satisfaction du résident					Х		Х		Х			
Satisfaction de la famille					Х		Х					
Partenariat avec le												
patient/ la famille						Х	Х			Х		
Information pour le self												
care						Х			Х			
Support émotionnel						.,	.,		.,	.,		
respect, empathie						Х	Х		Х	Х		
Plan de soins de fin de vie											Х	
Outcome divers												
Taux de mortalité					Х						Х	
Taux d'hospitalisation					Х							
Accès facilité vers les						,.						
structures de soins						Х						
Continuité des soins						Х						
Appropriation des soins							Х		Х			
Revue des médicaments								Х			Х	

À la lecture du tableau, nous remarquons que certains indicateurs sont plus souvent cités par les différents auteurs que d'autres. En effet, les thématiques telles que les chutes, la contention physique, la prévention des escarres, la perte de poids ou la diminution des activités de la vie quotidienne sont fortement documentées.

L'exercice physique est excellent pour la prévention des chutes, mais aussi pour l'amélioration de la santé physique et de la fonction mentale et pour la prévention du déclin chez les personnes démentes.

Les exercices mentaux contribuent eux aussi au maintien de la fonction et améliorent la qualité de vie des résidents.

Le suivi de ces indicateurs peut être critiqué, car pour les chutes, par exemple, si on ne prend en considération que la prévalence, on peut voir que certains résidents tombent fréquemment, mais en fonction de leur état de santé, les chutes sont difficiles à prévenir. D'autre part, suivre ces indicateurs sans les mettre en relation avec d'autres peut parfois prêter à confusion quant à la qualité des soins donnés. En effet, la contention physique et parfois chimique est inefficace, non-sécure, et viole les droits humains. Or, elle est régulièrement utilisée dans la prévention des chutes. Il y a donc plusieurs explications possibles pour un même résultat.

Il ne s'agit donc pas de se focaliser sur un indicateur en termes de résultats, mais bien considérer un ensemble d'indicateurs, tant du niveau des résultats que de la structure ou du processus.

Un autre exemple est donné par Van Nie et al. concernant l'intérêt des indicateurs structurels de la prise en charge nutritionnelle et l'influence de leur enregistrement sur la prévalence de la malnutrition.

Par exemple, la prévalence de la dénutrition peut être l'outcome mesuré, mais l'utilisation de guidelines, la présence d'une équipe de conseils nutritionnels, l'éducation à la santé (patients et professionnels de la santé), le screening, la politique d'enregistrement... sont autant d'indicateurs structurels et procéduraux qui interviennent dans la qualité des soins nutritionnels.

Les interventions complexes et multifactorielles constituent la référence pour la prévention des effets indésirables, notamment le délire, l'incontinence urinaire et les chutes chez les personnes âgées. Cependant, du fait de la caractéristique multifactorielle, la littérature ne peut apporter la preuve de l'efficacité des interventions. D'autres éléments doivent aussi être pris en compte comme la gestion de la douleur pour le bien-être, l'environnement physique, l'espace des locaux, le confort, et l'impression d'être chez soi, un indicateur de structure qui semble de plus en plus documenté.

### Dossier électronique

Les systèmes électroniques d'information sont désignés pour assurer la délivrance des soins, les apports, la gestion des soins au patient ainsi que les aspects administratifs et financiers. Ils semblent potentiellement intéressants pour mesurer l'efficience des soins en MR particulièrement lorsqu'ils aident à collecter les informations quotidiennes. Bien que les systèmes cliniques d'information soient de plus en plus utilisés en MRS, il n'existe pas nécessairement d'extraction de données ou de paramètres utiles à l'évaluation de la qualité des soins ni de système d'aide à la décision clinique informatisé. Dans leur étude, Rantz et al. (2010) ont montré les effets bénéfiques du dossier électronique. L'outil informatique au chevet du patient est efficace pour l'encodage des soins directs prodigués, mais aussi pour la consultation des guides de bonne pratique. La consultation du dossier est plus efficace que l'utilisation du dossier papier. Des tendances à l'amélioration ont été détectées dans les

AVQ, l'amplitude des mouvements et les plaies de pression à haut risque. Toutefois, l'implémentation du dossier électronique augmente les coûts de fonctionnement.

Rantz (2011) indique que l'outil permet une meilleure communication entre les infirmiers et les médecins. L'information contenue dans le dossier est aussi plus claire et plus compréhensible pour les infirmiers. Cet outil apparaît comme bénéfique dans une perspective de qualité de soins.

### Qualité et coût

Une étude de Di Giorgio (2016) réalisée en Suisse a permis l'évaluation de la relation entre les coûts et la qualité. Si une relation entre les coûts et la qualité est généralement attendue, la situation s'avère bien plus complexe. En effet, des niveaux de qualité plus élevés peuvent être obtenus par des améliorations structurelles et procédurales, comme l'obtention de matériel plus coûteux ou l'emploi de personnel supplémentaire. A contrario, l'amélioration des procédures peut entraîner une augmentation des coûts, et l'application de mesures de prévention des effets indésirables peut réduire les coûts. Il est risqué de lier l'aspect « coûts » à des indicateurs uniques de qualité sans prendre en compte la relation entre les différentes dimensions de qualité.

Régulièrement, on suppose que les coûts des soins sont en relation directe avec leur qualité, raison pour laquelle certaines analyses examinent la relation entre la qualité des soins et les coûts en MRS.

Cependant, Augurzky et al. (2010) ont étudié la relation entre les offres des prestations de soins de bonne qualité dans les maisons de repos onéreuses en Allemagne. Ils ont constaté que des prix plus élevés sont plutôt associés à des conditions structurales qu'à la qualité des soins.

## Fixer des objectifs

Comme dans de nombreux cas de figure, la fixation d'un objectif permet de déterminer la cible à atteindre et d'aider à la mise en œuvre d'actions correctrices. Baier et al. 2008 abordent l'utilisation d'un outil d'enregistrement STAR (Nursing Home Setting Targets-Achieving Results), qui a pour but de fournir aux dirigeants des maisons de repos la possibilité de former le personnel sur la simplicité et l'importance de fixer des objectifs de performance. Cet objectif devient le standard de la pratique des soins en maison de retraite. L'étude démontre l'amélioration relative plus importante chez les infirmiers. Un exemple est donné par rapport à deux cibles :

- (1) la proportion de résidents de long séjour subissant quotidiennement un moyen de contention ;
- (2) la proportion de résidents de long séjour présentant un risque élevé d'escarre.

Les institutions qui ont fixé des objectifs STAR pour ces deux cibles ont engrangé de meilleurs résultats que celles qui ne l'avaient pas fait. Bien que l'amélioration absolue soit relativement faible (moins de 1 % pour chaque mesure de qualité), le nombre de résidents touchés peut être important selon la taille de l'institution. Les auteurs concluent que si les objectifs STAR étaient systématiquement intégrés à la pratique et si ce niveau d'amélioration était atteint par toutes les maisons de repos américaines, environ 45 000 résidents présenteraient de meilleurs résultats pour les plaies de pression et la contention physique sur une année.

## Le résident partenaire

La qualité des soins perçue par le résident dépend de son expérience avec les soignants. Pour améliorer l'expérience des patients en matière de qualité de soins, il est nécessaire de comprendre la manière dont le travail des soignants et leur environnement professionnel contribuent à une expérience positive pour les patients.

De nombreuses études ont cherché à analyser ce que les patients considèrent comme essentiel dans les soins de santé. Citons comme exemple une étude du Picker Institute Europe qui a révélé huit aspects généraux de la qualité : (lu dans Kieft et al.) :

- la participation du résident aux décisions prises et le respect de ses préférences ;
- des informations claires et compréhensibles ainsi qu'un soutien à la réalisation des soins personnels ;
- un soutien affectif, de l'empathie et du respect ;
- un accès rapide à des conseils de santé fiables ;
- un traitement efficace;
- une attention aux besoins physiques et environnementaux ;
- la participation et le soutien de la famille et des aidants ;
- la continuité des soins et une transition en douceur.

Selon Cohen Mansfield (2012), les familles ne se sentent pas impliquées et sont mal informées. Or, l'implication du résident et de sa famille dans le projet de changement est essentielle.

Les organisations de soins de longue durée qui intègrent systématiquement les expériences des clients dans leur système qualité sont plus actives envers l'amélioration de la qualité.

### Le « sense of home » ou l'impression d'être chez soi.

La sensation d'être chez soi est importante lors de l'institutionnalisation, car ce nouveau lieu de vie vient remplacer le domicile. Dans ce lieu de vie se côtoient professionnels de la santé, résidents, membres de la famille et proches des résidents. Chacun perçoit l'environnement comme un lieu de vie, un lieu de travail ou un lieu de visite (van Hoof, 2016).

D'après une revue de Rijnaard et al. (2012), citée par van Hoof, 15 facteurs influencent l'impression de se sentir « chez soi » ». Ces facteurs sont catégorisés comme suit :

- facteurs psychologiques : incluant la préservation des habitudes et des valeurs, l'autonomie, le contrôle et le coping ;
- facteurs sociaux : les interactions ; les relations avec l'équipe, les autres résidents, la famille et les amis, les animaux de compagnie, mais aussi les différentes activités organisées ;
- facteurs environnementaux : incluant les espaces privés, les espaces semi-privés, les effets personnels, la technologie, les aménagements extérieurs et la situation géographique de la maison.

L'étude qualitative de van Hoof a mis en évidence les points suivants :

- Design intérieur familier ;
- Repas: nourriture, boisson, ambiance;
- Préservation de l'autonomie et du contrôle ;
- Inclusion des amis/famille/proches;
- Engagement envers les autres résidents/les activités ;
- Bonne qualité des soins ;
- Connexion avec la nature ;
- Services offerts;
- Sentiment d'importance/reconnaissance.

Aux États-Unis, les installations de type « Green House » fournissent un milieu de vie alternatif aux résidents déments. Dans le modèle Green House, dix à douze résidents vivent dans une résidence autonome conçue pour ressembler à une maison privée. Ces types de modèles spécialisés proposent généralement plus temps de soins directs aux résidents.

## La perception des professionnels de la santé concernant la qualité des soins

Outre les informations tirées directement du reporting des soins, l'opinion des soignants, acteurs responsables des soins prodigués aux résidents, est importante au même titre que la voix du client, c'est-à-dire la possibilité donnée au résident et à sa famille afin de s'exprimer sur les soins prodigués.

Une étude réalisée par Cohen-Mansfield et ses collaborateurs (2012) a évalué les perceptions des médecins, des psychologues et des infirmières concernant les soins dans leurs établissements ainsi que les stratégies à adopter pour améliorer les soins.

Cette étude a démontré que les infirmiers ont une perception plus élevée de la qualité des soins offerts que les bénéficiaires de ces mêmes soins. Les médecins, quant à eux, ont une

perception plus médiocre de la qualité offerte que les bénéficiaires de soins. Cependant, tous les professionnels, malgré leurs perceptions, s'accordent sur la nécessité d'améliorer les soins.

L'étude de Cohen a combiné les réponses des groupes et observé que la perception des soins est axée sur la culture de l'institution. Elle a dès lors considéré que les catégories « traitement du personnel de première ligne » et « interactions avec les familles » étaient les deux axes d'amélioration les plus importants. La formation et l'éducation du personnel ainsi que les niveaux de dotation et la composition des compétences étaient les éléments importants suivants.

Les stratégies jugées les plus importantes pour l'amélioration des soins comprennent :

- ✓ Le respect ;
- ✓ Le soutien et les soins du personnel de première ligne ;
- √ L'augmentation des niveaux de dotation ;
- √ L'habilitation des aides-soignants et leur participation à la planification des soins;
- ✓ L'augmentation de la formation du personnel infirmier ;
- ✓ L'augmentation de la variété, de la quantité, de l'adaptation des activités récréatives aux besoins des résidents.

Une autre étude de Murphy et al. 2007 portant aussi sur la perception qu'ont les infirmiers sur la qualité des soins désigne six facteurs comme facilitateurs de qualité :

- ✓ La promotion de l'autonomie et de l'indépendance de la personne ;
- ✓ L'environnement « homelike » ;
- ✓ Les soins holistiques centrés sur la personne ;
- ✓ La bonne connaissance des compétences du staff;
- ✓ La connaissance de la personne ;
- ✓ Les ressources multidisciplinaires.

A contrario, trois facteurs sont considérés comme détracteurs de la qualité :

- → Le manque de temps et de choix ;
- → La résistance au changement ;
- → La routine.

Dans leur revue de littérature, Ryan et al. (2017) ont montré que le point le plus souvent avancé par les professionnels est la bonne collaboration. À l'inverse, un manque de collaboration est désigné comme de la non-qualité. Les ressources (équipement, nombre d'effectifs...) sont des éléments retenus par les infirmiers pour expliquer la qualité. D'autres aspects comme le leadership des responsables sont mis en évidence ainsi que la surcharge

de travail. Les infirmiers indiquent que lorsqu'ils sont débordés, la qualité des soins offerts s'en ressent. Ils sont plus stressés et ne finissent pas leur travail correctement.

La revue montre aussi que l'environnement et les relations interpersonnelles sont des prédicteurs de la qualité. Tout cela peut être résumé en 4 thèmes :

- √ leadership et clarté des attentes par une communication efficace ;
- ✓ mise à disposition des ressources nécessaires à un travail correct, se reflétant dans la dotation adéquate, les ressources et la ponctualité des tâches ;
- ✓ culture de travail où le professionnalisme est exigé, soins basés sur les relations et environnement positif ;
- ✓ résultats cliniques positifs.

## Liste récapitulative des indicateurs de la littérature

À l'issue des différentes lectures, une liste d'indicateurs a été établie. Elle reprend les propositions faites par les différents auteurs, organisées en fonction de la structuration de Donabedian. C'est cette liste de base qui sera proposée à un groupe d'experts afin de sélectionner les indicateurs nécessaires et utiles pour la pratique en MRS en Belgique.

<u>Tableau 3 : Liste récapitulative des indicateurs issus d</u>e la littérature

Section A	Problèmes de santé			
1	Troubles du comportement	t	Structure	
			Processus	Conformité à la norme : « Les besoins des résidents ayant des comportements difficiles sont gérés efficacement »
			Résultat	Proportion de résidents présentant des symptômes comportementaux affectant les autres (comportement verbalement abusif, physiquement abusif ou socialement inapproprié / perturbateur) lors de la dernière évaluation
2	Dépression/anxiété		Structure	Le personnel est formé à la gestion des troubles anxieux
			Processus	Un plan de soins personnalisé est mis en place pour le résident dépressif
			Résultat	Proportion de résidents avec des symptômes de dépression non traités
			Résultat	Proportion de résidents avec une prescription d'anti- dépresseur /anxiolytiques
3	Déclin cognitif		Structure	
	-		Processus	Évaluation régulière des fonctions cognitives à l'aide d'un instrument de mesure
			Résultat	Proportion de résidents présentant des troubles cognitifs (prévalence)
				Proportion de résidents présentant une perte des
				fonctions cognitives depuis la dernière évaluation (incidence)
4	Déclin de la communication	n	Structure	

1			D	
			Processus	
	D / !: :		Résultat	
5	Délirium		Structure	<del>-</del>
			Processus	Évaluation à l'aide d'un instrument de mesure
			Résultat	
6	Comportement agressif		Structure	
			Processus	
			Résultat	
7	Bien être mental		Structure	
			Processus	
			Résultat	Proportion de résidents dont les scores sur l'échelle de l'humeur sont supérieurs à l'évaluation la plus récente
8	Incontinence	urinaire	Structure	
			Processus	
			Résultat	Proportion de résidents présentant régulièrement de l'incontinence (à l'exception des patients avec SV, stomie, état comateux)
9	Incontinence	fécale	Structure	
			Processus	Il existe un programme de surveillance des selles
			Résultat	Proportion de résidents présentant régulièrement de l'incontinence fécale (à l'exception des patients avec stomies)
10	Chute		Structure	
			Processus	Il existe une évaluation systématique de l'équilibre et du risque de chute chez le résident
			Résultat	Pourcentage de résidents ayant fait une chute les 30 derniers jours.
			Résultat	Incidence des nouvelles fractures (depuis le dernier enregistrement)
11	Infection	Urinaire	Résultat	Mesure de prévalence
12		BPCO	Résultat	Mesure de prévalence
13		Pneumonie	Résultat	Mesure de prévalence
14		Septicémie	Résultat	Mesure de prévalence
15		MST	Résultat	Mesure de prévalence
16		UTI	Résultat	Mesure de prévalence
17		Hépatite virale	Résultat	Mesure de prévalence
18	Infection nosocomiale		Structure	
			Processus	Il existe une politique de prévention des infections
			Résultat	Incidence des infections nosocomiales dans l'institution
Section A	Problèmes de santé			
19	Alimentation par sonde		Résultat	Proportion de résidents avec une alimentation par sonde
20	Perte de poids / BMI bas		Structure	Présence de matériel de pesée adapté au résident (pesons, balance calibrée)
			Processus	Durée entre deux mesures de poids
			Résultats	Proportion de patients ayant perdu plus de 10 % de leur poids corporel au cours des six derniers mois
21	Douleur		Structure	

		Processus	Évaluation régulière de la douleur à l'aide d'outils scientifiquement validés
		Résultats	Proportion de résidents douloureux malgré un traitement médicamenteux
22	Escarre	Structure	Présence de matériel de prévention (matelas alternant, coussins)
	Estatie	Processus	Il existe une procédure de prévention des escarres
		Processus	Dépistage systématique du risque à l'aide d'un outil d'évaluation validé scientifiquement
		Résultats	Proportion de résidents avec une escarre de gravité x.
		Résultats	Proportion de résidents avec escarre acquise au sein de l'établissement
23	Brûlure, plaies ou coupures	Structure	
		Résultats	Nombre de patients ayant eu un accident ayant pour conséquence une plaie (hors plaies de pression), une coupure ou une brûlure
2.4	Dánha dashatin a	Résultats	Proportion de résidents ayant souffert de déshydratation
24	Déshydratation		depuis la dernière évaluation  Nombre de patients ayant eu un accident ayant pour
25	Accident / fracture	Résultats	conséquence une fracture
26	Fécalome	Résultats	Prévalence de résidents avec fécalome
Section B	Traitement et procédure		
1	Alitement / pas / peu d'activité	Résultats	Proportion de résidents qui n'ont pas ou peu d'activité (à l'exclusion des patients comateux)
		Résultats	Proportion de résidents qui passent plus de 90 % de leur temps au lit ou sur une chaise (à l'exclusion des patients comateux)
2	Antipsychotique		
3	Antidépresseur	Résultats	Proportion des patients pour lesquels une prescription d'antidépresseur est réalisée
4	Mdcts pour dormir	Résultats	Proportion de résidents avec prescription de somnifères
5	Vaccination grippe	Résultats	Proportion de patients vaccinés
6	Sonde vésicale	Résultats	Proportion de résidents porteurs d'une sonde vésicale
7	Contention physique/isolement	Résultats	Nombre de patients subissant systématiquement une mesure de contention physique
	Antibiotique	Résultats	Prévalence des patients avec une prescription d'AB
9	Nombre de médicaments	Structure	/
		Processus	Une révision systématique du traitement est réalisée avec le médecin traitant
		Résultats	
10	Aide pour le grooming et les AVQ	Structure	
		Processus Résultats	
11	Communication appropriée	Structure	
11	соппинсацоп арргорнее	Processus	
		Résultats	
12	Alimentation	Structure	Pourcentage de conformité à la norme : « les repas sont pris dans un cadre agréable et à des horaires flexibles ».
		Processus	Pourcentage de conformité à la norme : « Les bénéficiaires reçoivent un régime alimentaire varié, attrayant, sain et nutritif, adapté aux besoins individuels évalués et consignés »

		Processus	Les besoins nutritionnels des résidents sont régulièrement évalués
		Résultats	Incidence de la dénutrition dans l'institution
Section C	Fonction physique		
1	Déclin ADL	structure	
		Processus	Pourcentage de conformité à la norme : « Les services offerts permettent de répondre aux besoins de santé du résident (soins d'hygiène, hygiène buccale, nutrition, mobilisation) »
		Résultat	,
2	Activité locomotrice	Structure	
		Processus	
		Résultat	Des niveaux optimaux de mobilité et de dextérité sont atteints pour tous les résidents
Section D	Architecture et encadrement en personn	el	
1	Environnement physique (équipement, luminosité, taille des chambres)	Structure	
	Niveau de staff (nb/résident, qualification)	Structure	Nombre infirmiers / patient
		Structure	Pourcentage de personnel avec une qualification complémentaire (ref demence, G, pallia)
		Structure	Ratio infi / AS
		Structure	Ratio soignant (infi et AS) / autre personnel (animateur, para,)
3	Staffing information	Processus	Des réunions du staff sont organisées régulièrement
4	Taux d'erreur	Processus	Programme de déclaration des événements indésirables
		Résultat	Nombre d'erreurs
5	Absence pour maladie de courte durée	Résultat	Taux d'absentéisme
6	Personnel vacciné contre la grippe	Résultat	Proportion de personnel vacciné contre la grippe
7	Turn over	Résultat	Taux de turnover
8	Présence de bénévoles		
		<del>_</del>	
Section E.	Patient partenaire		
1		Structure	
	Satisfaction du résident et/ ou de son proche	Processus	Une évaluation de la satisfaction du résident est mesurée tous les 3 mois
	•	Résultat	Satisfaction des résidents
		Résultat	Nombre de plaintes
2	Partenariat avec le patient/	Structure	Existence d'un conseil des résidents

Section E.	ratient partenaire		
1		Structure	
	Satisfaction du résident et/ ou de son proche	Processus	Une évaluation de la satisfaction du résident est mesurée tous les 3 mois
		Résultat	Satisfaction des résidents
		Résultat	Nombre de plaintes
2	Partenariat avec le patient/	Structure	Existence d'un conseil des résidents
	la famille	Processus	Réunion régulière du conseil des résidents
3	Information pour le self-care	Structure	Présence de personnel de réactivation
		Processus	Des séances d'éducation sont proposées au résident
4	Support émotionnel, respect, empathie	Processus	Chaque résident reçoit un soutien pour s'adapter à la vie dans le nouvel environnement et de manière continue
5	Plan de soins de fin de vie	Processus	Il existe des directives pour chaque résident dès son arrivée
		Processus	Les directives sont réévaluées régulièrement par l'équipe et le président
Section F	outcome divers		
1	Taux de mortalité	Résultat	Taux de mortalité

2	Taux d'hospitalisation	Résultat Résultat	Incidence des hospitalisations Nombre d'hospitalisations évitables
3	Accès facilité vers les structures de soins	Processus Processus	Les résidents sont dirigés vers les spécialistes de la santé appropriés en fonction de leurs besoins et préférences II existe des conventions avec les hôpitaux proches
4	Continuité des soins	Processus	Évaluation initiale et continue, planification et gestion des soins pour résidents, réalisées par une infirmière
5	Appropriation des soins	Processus	Une évaluation des besoins est réalisée à chaque nouvelle admission
		Résultat	Les besoins en matière de santé, de soins personnels et sociaux de l'utilisateur du service sont définis dans un plan individuel.
6	Revue des médicaments	Processus	Taux de conformité de la procédure
		Processus	Délai de révision des procédures

# Chapitre 6: La voix des professionnels: Focus group

La revue de littérature montre une diversité d'indicateurs de qualité et de suivi reflétant particulièrement le profil et les caractéristiques des résidents. Afin d'enrichir et d'adapter les informations récupérées par la recherche de littérature, il a été proposé aux membres volontaires de l'UGIB ayant un lien professionnel avec les MRS de participer à un focus group.

Selon les membres du focus group, les indicateurs proposés sont tous intéressants, mais un nombre élevé d'indicateurs rend le suivi problématique.

Il nous a semblé opportun de nous concentrer sur quelques indicateurs reflétant les aspects importants d'un point de vue infirmier.

Après une discussion sur la perception des soignants par rapport à l'utilisation actuelle des indicateurs, nous avons déterminé de grands principes de fonctionnement qui devraient être mis en place dans les institutions pour en améliorer la qualité.

Ensuite, sur base de la liste des indicateurs relevés dans la littérature, les plus pertinents et les plus importants ont été sélectionnés et exprimés selon la structuration proposée par Donabedian (structure, processus, résultat).

Pour ce faire, les caractéristiques des indicateurs ont été précisées. La fiabilité et la validité sont liées aux attributs techniques de la mesure d'un événement.

Pour que l'indicateur de qualité soit fiable, nous devons nous assurer que la mesure est claire et non ambiguë. Par exemple, nous devrions tous avoir la même compréhension de ce qui constitue une "chute" et être capables de la signaler de la même manière dans chaque service. Pour que l'indicateur de qualité soit valable, nous devons disposer de la preuve que la mesure reflète la nature des soins reçus par le résident. Il doit également chercher à refléter les performances du système, c'est-à-dire mettre en évidence la capacité d'amélioration de l'activité. Parfois, une "différence significative" apparait d'un point de vue statistique, mais l'impact sur la population n'a pas la même signification d'un point de vue clinique.

L'importance de l'indicateur est déterminée par les implications en termes de coûts et par les besoins de résidents.

La disponibilité des données signifie que les données sont peu coûteuses et faciles à rassembler dans un temps raisonnable.

# Focus group MR-MRS du 10 décembre 2019

Opinion des infirmiers sur l'enregistrement actuel des indicateurs

Actuellement, des enregistrements d'indicateurs sont effectués, majoritairement sur des résultats de soins. Toutefois, les institutions ne reçoivent aucun retour et ne disposent d'aucun benchmark entre elles.

La plupart du temps, le personnel n'a pas connaissance de ces enregistrements ou ne connait pas la plus-value du suivi de tels indicateurs sur le terrain.

Lors du focus group, la plupart des personnes présentes nous ont rapporté qu'elles comprennent bien la nécessité du suivi des indicateurs, mais que le personnel infirmier se plaint de se retrouver de plus en plus confronté à des tâches administratives. Dès lors, comme l'exprime une infirmière :

« ... Il faut que l'on puisse remontrer à nos équipes que les indicateurs qui sont relevés ne le sont pas que pour faire plaisir à l'inspection, mais que ce sont des gages de qualité, qui doivent permettre un cheminement qualitatif et de prise en charge générale des résidents. »

Une autre infirmière s'exprime comme suit : « La profession infirmière qui est perçue comme du secrétariat et où l'on perd le fondement profond de notre profession ».

Il est donc primordial de ne pas ajouter de charge de travail supplémentaire, mais de trouver le moyen d'utiliser les données disponibles pour créer les indicateurs de qualité.

« La qualité c'est pour les résidents, pas pour faire plaisir à… le but c'est d'avoir des meilleurs soins au résident. Attention de ne pas partir vers des finances… il faut rester sur des dimensions humaines, car nos résidents sont vulnérables et notre profession joue un rôle important ».

À l'heure actuelle, des infirmiers responsables d'équipes utilisent déjà des indicateurs qui étayent leur management. Ils l'expriment par ces mots :

- « Dans mon expérience, les indicateurs me servent à évaluer l'organisation et les résultats des soins réalisés par les équipes. Cela me permet d'assurer le suivi des résidents et l'information des infirmiers en chef. Les indicateurs sont importants pour la répartition des tâches et des soins (nombre de personnes possibles). Je peux faire des audits internes, pour situer l'équipe et l'aider à s'améliorer. »
- « C'est motivant pour le personnel de savoir que le travail est reconnu et le matériel bien utilisé »
- « Si les indicateurs sont utilisés et utilisables, les infirmières sont d'accord d'enregistrer plus si elles voient que cela est utilisé et que cela a un impact. »

#### Comment déterminer les indicateurs qui reflètent concrètement la qualité?

Plusieurs participants pensent que l'écoute des patients est primordiale pour nous aider à définir des indicateurs de qualité pertinents. Une infirmière professeure nous a partagé la réflexion suivante : « Dans l'encadrement de travaux réalisés par des étudiants, ce qui me frappe est le « donner la parole au résident », car il peut fournir plein d'indicateurs. Écoutons-les, voyons avec eux ce qu'est la qualité, ce que sont des soins de qualité. Il faut aussi penser à des indicateurs de qualité pour le personnel, indicateurs de satisfaction de travail, car cela impacte la qualité des soins offerts. »

Cet aspect de « voix du résident » est important, mais il ne suffit pas, car : « Le résident est en première place pour évaluer la qualité, mais la perception du résident n'est pas suffisante, car à côté de cela il peut être dénutri... il ne peut évaluer la qualité que de manière subjective ».

L'intérêt pour la qualité et le suivi de la qualité se fait dès le début de l'apprentissage du métier, les instituts de formations sont attentifs à partager cette valeur avec leurs étudiants.

#### Quels sont les obstacles à l'enregistrement des indicateurs?

Un obstacle rencontré lors de l'enregistrement des indicateurs est que les aides-soignants semblent ne pas comprendre ce qu'est un indicateur. Il faut dès lors se demander si une amélioration de la qualité des formations n'est pas nécessaire. Selon plusieurs participants, il incombe au manager de pouvoir expliquer clairement à quoi servent les indicateurs. Une fois de plus, il faut rappeler l'importance de pouvoir comprendre ce que l'on fait afin de donner du sens à son métier, que l'on soit infirmier ou aide-soignant.

Une participante pense qu'un système de centralisation de l'enregistrement des données doit être mis en place, notamment afin d'éviter que le personnel ne se retrouve à noter plusieurs fois le même indicateur. C'est un facteur important qui peut décourager le personnel à enregistrer les indicateurs.

#### Comment améliorer la qualité des soins?

Certains participants pensent qu'il faudrait pouvoir passer plus de temps au chevet du patient pour les soins et que trop souvent, le nombre de minutes consacrées à chaque patient est trop faible en raison de l'ampleur de la charge de travail. Les infirmiers estiment avoir trop de tâches à réaliser, dont de nombreuses tâches administratives, ce qui influe sur la qualité des soins offerts aux résidents.

Une problématique rencontrée dans certaines régions est la pénurie d'infirmiers. Il arrive régulièrement que les normes actuelles ne puissent être respectées du fait d'un manque de personnel infirmier et soignant sur le marché.

En ce qui concerne la dotation infirmière, le groupe est clair : les normes actuellement en vigueur sont insuffisantes et bien trop dépendantes du type de population hébergée.

« Dans mon institution, la norme INAMI est de 12 infirmiers, mais pour assurer les soins, nous sommes 17 »

« Le personnel de réactivation est de 5 ETP pour 130 résidents : c'est peu! »

Les institutions qui ont les moyens n'hésitent pas à augmenter l'encadrement en personnel, mais aussi à confier certaines tâches logistiques à d'autres types de personnel non soignant.

« Les hôtesses permettent d'accompagner les résidents dans leurs déplacements, et elles s'occupent du courrier. »

La question se pose sur la nécessité de la présence d'autres métiers. Un infirmier nous rapporte : « Si l'on regarde la coupole des hôpitaux Zorgnet, ils proposent d'engager d'autres fonctions que les infirmiers ainsi que des shifts pendant les week-ends. Ce serait une initiative positive pour les patients ».

Le groupe estime que c'est une idée intéressante si ce personnel complémentaire ne se substitue pas à l'encadrement infirmier nécessaire. Une participante illustre ce propos :

« Les employeurs ne se rendent pas compte que les logopèdes, les assistants sociaux et les infirmiers ne sont pas interchangeables ».

Un autre complète : « Il y a un besoin pressant de davantage de personnel de support, tel que des psychologues et des éducateurs. Une partie du budget devrait-il être consacré à ce personnel de support ? Nous devons toutefois garder en tête qu'ils ne pourront pas remplacer les infirmiers dans leurs tâches. »

Une mise en garde est réalisée durant la discussion par une participante qui fait remarquer qu'« il y a des établissements dans lesquels ces personnes délivrent des soins de santé, ce qui est inacceptable. »

Une autre remarque est que le travail d'un infirmier ne doit pas inclure toutes les tâches et que le travail de chacun doit être bien défini. Cependant, certaines actions peuvent être partagées par plusieurs métiers, et il ne faut pas verser dans le corporatisme. Ainsi, il est important que chaque profession connaisse les limites de sa fonction et sa liste d'actes le cas échéant. À titre d'exemple, un logopède peut donner à manger dans le respect du cadre légal.

Un participant souligne : « Il faut également déterminer qui remplacera un infirmier en chef lors de ses absences, il est impératif que cela soit un infirmier. »

La question de l'encadrement de l'équipe est aussi soulevée comme gage de qualité, d'où l'importance pour les directeurs de savoir ce qui se passe sur le terrain et d'avoir un infirmier comme responsable des soins.

Une participante signale : « En Flandre, le directeur du nursing/coordinateur a été supprimé. Dans un décret, il est mentionné que l'infirmier en chef peut être remplacé par une autre profession, si ce n'est pas un infirmier qui est chef, cela permet d'avoir un infirmier en plus dans le cadre. Donc on incite à ce que le chef ne soit pas infirmier... cela ne nous convient pas. »

La spécificité des soins effectués dans les MR/MRS nécessite la présence de leaders infirmiers qui ont une vision globale des problèmes et des solutions : « Les institutions qui ont de tels leaders en place sont bien plus efficaces au niveau de la stabilité du personnel, alors que ceux qui n'en ont pas ont tendance à subir un turnover de leur personnel plus élevé. Malheureusement, une des raisons principales de l'impossibilité d'engager ces leaders est avant tout financière ».

Les aspects de leadership ont été mis en avant : « Le management fait beaucoup. Si on a un management humain, responsable, qui met en valeur ce que les infirmières font, c'est clair qu'il y a trop d'administratif, mais on arrive à augmenter le niveau qualitatif de la prise en charge des résidents. Le management est une part essentielle du jeu. »

« Il faut absolument un leader infirmier. Et pas la présence de manager pour des fonctions limitées à faire des horaires. »

« Il faut une direction infirmière même si cela n'est pas actuellement dans les textes légaux. Le « coordinateur » ou directeur des soins doit être disponible pour être à l'écoute de son personnel. »

#### Le choix des indicateurs

Par cette démarche, nous proposons des indicateurs utiles sur le terrain, relativement faciles à enregistrer, mais qui ne stigmatisent pas certaines institutions en fonction de la population accueillie. Il s'agit dans un premier temps de proposer un outil utile en interne et différent des indicateurs obligatoires enregistrés aujourd'hui. L'objectif à atteindre par le suivi de ces indicateurs est de proposer des soins de qualité en offrant aux résidents les soins et l'attention dont ils ont besoin dans toutes les situations.

Les grands principes liés à la constitution d'une liste d'indicateurs sont les suivants :

- Les indicateurs qui sont actuellement remplis pour des inspections et sont classés presque « sans suite » doivent retrouver du sens.
- La mesure d'un indicateur doit avoir un but, il ne s'agit pas d'enregistrer pour le plaisir d'enregistrer.
- Les indicateurs servent à tenir un tableau de bord afin que le personnel puisse suivre les progrès ou les actions à mener au sein du service/de l'institution.
- Les indicateurs sont destinés au management interne.
- Afin de comparer ce qui est comparable, il faut mettre l'accent sur des indicateurs de processus ou de structure.
- Un indicateur doit être généraliste. S'il est trop spécifique, les comparaisons sont difficiles à établir.
- Le feedback à l'équipe sur les indicateurs et les actions menées joue sur la motivation des infirmiers. Ils voient les bénéfices et en sont satisfaits.
- Un infirmier qui comprend l'enjeu/l'utilité des indicateurs est un infirmier qui encode et joue le jeu.
- Un dossier bien rempli permet d'améliorer la qualité du suivi des soins, l'information avec les familles...
- La généralisation du BelRAI permet de déterminer le profil des résidents et les CAPS permettent d'attirer l'attention sur les points pouvant poser problème.

Le focus group a été riche en partage d'expériences et a permis de faire quelques recommandations pour la bonne utilisation des indicateurs, mais aussi en matière de gouvernance et d'encadrement en personnel. En ce qui concerne les indicateurs, le personnel de maison de repos regrette de parfois se baser sur des indicateurs issus du monde hospitalier : « Les indicateurs utilisés sont très « hospitaliers » : les chutes, les escarres... si c'est cela la qualité, on ne veut pas aller en MRS, il faut ouvrir le champ à d'autres indicateurs. »

### Recommandations

À l'issue des focus groups, des recommandations ont pu être rédigées sur la base des besoins exprimés par les professionnels.

#### I. Pour la direction

- Inscrire l'utilisation et le suivi des indicateurs comme projet institutionnel afin d'encourager la complétion et le développement de ces indicateurs.
- Organiser des audits internes au sein des institutions.
- Prendre le temps d'analyser l'institution pour décider où mettre en place un processus d'amélioration continue.
- Organiser des réunions sur le thème de la qualité afin de discuter des améliorations, des actions à mener...
- Observer la corrélation entre les indicateurs (par ex. : chutes et contention).
- Engager des leaders infirmiers qui ont une vision large et un esprit orienté vers la résolution des problèmes.
- Permettre aux infirmiers de participer à des formations suffisantes conformément aux exigences de la loi-cadre sur la qualité.
- Avoir une certaine transparence sur les indicateurs de qualité (outcomes) afin de permettre au futur résident de choisir son institution (Tripadvisor pour les MRS).
- Assurer une (in)formation de qualité autour des indicateurs.
- Centraliser l'enregistrement des données afin d'éviter les doubles encodages (indicateurs obtenus par extraction de données du dossier de soins).

#### II. Pour les politiques

- Garantir la supervision des soins infirmiers par un infirmier et non par des « team managers » (c'est-à-dire des responsables d'équipe non-infirmiers).
- Inciter la nomination d'infirmiers en chef ayant suivi une formation de "cadre de santé ou un master" et qui ont une expertise du management et du financement.
- Reconnaitre les spécificités et les spécialisations du personnel travaillant en MR/MRS, car certains domaines nécessitent du personnel spécialisé (gériatrie, diabétologie, démence, soins de plaies, santé mentale, soins palliatifs, nutrition...).
- Définir les rôles infirmiers ainsi que les attentes de manière précise (l'infirmier ne doit pas tout faire). Il s'agit de ne faire appel aux infirmiers que lorsque leurs capacités et compétences acquises sont nécessaires. Nous contribuons ainsi à l'attractivité de la profession et à l'accessibilité financière des soins de santé et de l'assistance.

- Créer un financement pour de nouvelles fonctions qui allègent la charge de travail infirmière (hôtesses, musicologues...) et qui participent aussi aux permanences de week-end.
- Augmenter le nombre et la diversité du personnel de réactivation sans pour autant remplacer une partie du personnel infirmier.
- Inciter à des organisations de soins innovantes (évolution des philosophies de soins, stop aux horaires rigides...).
- Évaluer le résultat et l'impact de l'utilisation des indicateurs.
- Avoir un logiciel unique permettant un encodage homogène pour la réalisation de benchmarks.

# Proposition d'une liste d'indicateurs

L'objectif était de créer une liste de quinze indicateurs généralistes faciles à mesurer, ce qui est important dans le monitoring de la qualité au sein des établissements. Malheureusement, lors des discussions, il est apparu clairement que la complexité de la problématique de la qualité ne pouvait se résumer en quinze indicateurs, et ce, malgré la concentration des réflexions sur les aspects les plus importants des soins.

Par rapport à la liste proposée sur la base de la littérature, certains items ont été discutés, car ils n'étaient pas vraiment adaptés au contexte belge ni propres aux infirmiers.

Par exemple, concernant le suivi des médicaments, le groupe d'experts a estimé que l'indicateur « révision des médicaments » était important, mais qu'il se rapportait davantage au rôle du pharmacien qu'à celui de l'infirmier. Cependant, travaillant dans des équipes multidisciplinaires, l'infirmier peut jouer un rôle dans le suivi de cet indicateur.

Tableau 4 : liste des indicateurs proposés à l'issue des focus groups.

Section A Répondre aux besoins du résident Structure Les besoins en matière de santé, de soins personnels et sociaux de l'utilisateur du service sont définis dans

Section A	Répondre aux besoins du résident		
		Structure	Les besoins en matière de santé, de soins personnels et sociaux de l'utilisateur du service sont
		Structure	définis dans un plan individuel actualisé.
		Processus	Pourcentage de conformité à la norme : « Les services offerts permettent de répondre aux
		110003303	besoins de santé du résident (soins d'hygiène, hygiène buccale, nutrition, mobilisation) »
Boire et manger	Alimentation	Structure	Il existe une procédure d'évaluation et de suivi de l'état nutritionnel du résident
		Processus	La satisfaction du résident par rapport à l'alimentation fait l'objet d'une évaluation (Smiley, tablette)
		Processus	Pourcentage de conformité à la norme : « Les bénéficiaires reçoivent un régime alimentaire
		riocessus	varié, attrayant, sain et nutritif, adapté aux besoins individuels évalués et consignés »
		Résultats	Proportion de patients ayant perdu plus de 10 % de leur poids corporel au cours des six derniers mois
Éliminer	Sonde vésicale	Processus	Il existe une traçabilité du jugement clinique par rapport à l'intérêt d'une sonde vésicale (mise en place et/ou maintien)
		Résultats	Proportion de résidents porteurs d'une sonde vésicale
Mobilisation	Contention physique/isolement	Processus	Il existe une traçabilité du jugement clinique par rapport à l'intérêt de la contention physique (mise en place et/ou maintien)
Protéger ses	Escarre	Structure	Présence de matériel de prévention (matelas alternant, coussins)
téguments		Structure	Il existe une procédure de prévention des escarres
		Processus	Dépistage systématique du risque à l'aide d'un outil d'évaluation validé scientifiquement
		Processus	Il existe une traçabilité du jugement clinique par rapport à la prévention des escarres
		Résultats	Proportion de résidents avec une escarre de gravité x.
		Résultats	Proportion de résidents avec escarre acquise au sein de l'établissement
Éviter les dangers	Chute	Processus	Il existe une évaluation systématique de l'équilibre et du risque de chute chez le résident
		Processus	Il existe une analyse systématique des chutes (circonstance, profil du résident) / traçabilité
	Infection nosocomiale		Il existe une politique de prévention des infections
	Nombre de médicaments	Processus	Une révision systématique du traitement est réalisée et discutée avec le médecin traitant
			Pourcentage de conformité à la norme : « les traitements médicamenteux sont donnés par les
		Résultats	infirmiers (ou délégués en fonction de la législation) et les heures de distributions sont respectées »

Croyances / valeurs	Autodétermination	Processus  Chaque résident peut s'exprimer et recevoir des informations le concernant afin de pouvoir prendre des décisions
	Plan de soins de fin de vie	Processus II est proposé la rédaction de directives anticipées pour chaque résident dès son arrivée Résultats Proportion de résidents ayant complété un PSPA actualisé
	Histoire de vie	Processus Il est proposé au résident de compléter une histoire de vie (en plus d'une anamnèse)
Se réaliser	Bien-être	Structure II existe une procédure d'évaluation du bien être du résident Processus L'état de satisfaction du résident est systématiquement mesuré par une échelle d'évaluation Résultat Évolution de la satisfaction / bien-être du résident mesuré par une échelle d'évaluation
	Plaintes	Structure Il existe un système (document, enquête) permettant de récolter les plaintes Résultats Pourcentage de plaintes qui ont donné lieu à des actions.

Section B	Staffing et encadrement en person	nel	
		Structure	Nombre résidents/infirmier
	Niveau de staff (nb/résident,	Structure	Pourcentage de personnel avec une qualification complémentaire (ref démence, G, pallia)
		Structure	Ratio infi / AS
	qualification)	Structure	Ratio soignant (infi et AS) /personnel de réactivation
		Résultat	Nb d'heures cumulées (hors soins) pour les projets particuliers (palliatifs, démence, soins de plaies,)
	Staffing information	Processus	Des réunions du staff pluridisciplinaire sont organisées régulièrement et font l'objet de rapports écrits
	Événement indésirable	Processus	Il existe une procédure de déclaration des événements indésirables
	Absence pour maladie de courte durée (hors grossesse)	Résultat	Taux d'absentéisme
	Personnel vacciné contre la grippe	Résultat	Proportion de personnel vacciné contre la grippe
	Turnover	Résultat	Taux de turnover du personnel
	Satisfaction du personnel	Processus	Le bien-être / la satisfaction du personnel fait l'objet d'une évaluation régulière.
	Leadership infirmier	Résultat	Ratio infirmier en chef / résidents (1 ICUS / 30 lits)
			Présence d'un directeur de département infirmier (DDI) pour 75 lits et plus
			Le leadership des ICUS/ DDI/ fait l'objet d'une évaluation régulière

Section C	Outcomes divers		
		Résultats	Pourcentage du personnel qui correspond aux recommandations du CFAI en termes d'heures
	Besoins spécifiques liés aux	nesuitats	de formation (xh/4 ans)
	patients chroniques	Résultat	Nombre de contacts, formations entre les centres spécialisés (patients dialysés, patients
			végétatifs) et le personnel de l'institution.

En cherchant un consensus sur les indicateurs, les experts présents lors des focus groups ont formulé des remarques par rapport à la difficulté d'obtention ou de suivi de certains indicateurs.

Il a été mis en évidence que l'obtention de certains indicateurs requérait la mise en place d'une organisation spécifique avec des moyens ludiques et peu coûteux. Par exemple, pour l'évaluation du repas, une tablette avec une possibilité de vote pourrait être déposée à la sortie du restaurant, afin de mesurer la satisfaction des résidents.

D'autres items, bien que très intéressants, demandent la mise en place de systèmes onéreux ou une charge de travail très importante. Le groupe d'experts a donc déclaré que ces indicateurs étaient peu faciles à obtenir. Ces items sont :

- Pourcentage de conformité à la norme : « Les services offerts permettent de répondre aux besoins de santé du résident » ;
- Il existe une analyse systématique de l'équilibre et du risque de chute chez le résident ;
- Une révision systématique du traitement est réalisée et discutée avec le médecin traitant ;
- Pourcentage de conformité à la norme : « les traitements médicamenteux sont donnés par les infirmiers (ou délégués en fonction de la législation) et les heures de distribution sont respectées » ;
- Chaque résident peut s'exprimer et recevoir des informations le concernant afin qu'il puisse prendre des décisions ;
- L'état de satisfaction du résident est systématiquement mesuré par une échelle d'évaluation ;
- Le bien-être / la satisfaction du personnel fait l'objet d'une évaluation régulière ;
- L'évaluation du leadership des ICUS/ DDI/ fait l'objet d'une évaluation régulière.

Par contre, 20 items semblent très importants et très faciles à obtenir, il s'agit des points suivants :

- Les besoins en matière de santé, de soins personnels et sociaux de l'utilisateur du service sont définis dans un plan individuel actualisé ;
- Il existe une procédure d'évaluation et de suivi de l'état nutritionnel du résident;
- Proportion de patients ayant perdu plus de 10 % de leur poids corporel au cours des six derniers mois;
- Présence de matériel de prévention des plaies de pressions (matelas alternant, coussins, ...);
- Il existe une procédure de prévention des escarres ;
- Dépistage systématique du risque à l'aide d'un outil d'évaluation validé scientifiquement ;

- Proportion de résidents avec une escarre de gravité x;
- Proportion de résidents avec escarre acquise au sein de l'établissement ;
- Il existe une évaluation systématique de l'équilibre et du risque de chute chez le résident ;
- Il existe une politique de prévention des infections ;
- Il est proposé la rédaction de directives anticipées pour chaque résident dès son arrivée ;
- Proportion de résidents ayant complété un PSPA actualisé ;
- Il est proposé au résident de compléter une histoire de vie (en plus d'une anamnèse) ;
- Il existe une procédure d'évaluation du bien-être du résident ;
- Il existe un système (document, enquête, ...) permettant de récolter les plaintes ;
- Ratio infirmier / AS;
- Ratio soignant (infirmier et AS) /personnel de réactivation (hors kiné, ergo, logo qui font partie des paramédicaux) ;
- Taux d'absentéisme;
- Taux de turn-over du personnel;
- Ratio infirmière en chef / résident (1 ICUS / 30 lits);
- Présence d'un directeur du département infirmier dès 75 lits.

# Discussion

La littérature nous a appris que la qualité est influencée par de nombreux facteurs, dont certains ne peuvent être maitrisés par l'équipe de soins. Il s'agit des facteurs du macrosystème tel que le contexte politique, économique et social. C'est d'ailleurs une des raisons qui rendent les comparaisons internationales compliquées, car les contextes de soins et de santé sont difficilement comparables. Par exemple, en Californie, les MRS sont financées par journée, en fonction de la taille de l'institution et de la localisation géographique. Toutes les institutions qui font partie de la même classe sont financées de la même manière. Dans d'autres régions, une modification du mode de financement a été effectuée et les institutions sont financées sur la base de leur efficience. En parallèle, des mesures ont été prises pour inciter les institutions à améliorer la qualité des soins et l'encadrement offerts au résident.

En Belgique, le financement est basé sur le profil du résident et sur la reconnaissance des institutions en lits MR ou MRS.

Un autre élément influençant la qualité est la structure dans laquelle évoluent le personnel et les résidents. Il peut s'agir de la culture d'entreprise, de la communication au sein de la résidence, des ressources disponibles ou encore de la qualité du leadership des dirigeants. Il ne faut pas minimiser l'influence du personnel d'encadrement comme les administrateurs, les directeurs des soins infirmiers, les médecins coordinateurs... Et donc la nécessité d'une formation cohérente en ce qui concerne la gestion des ressources humaines, la communication professionnelle, la formation des directeurs de soins, mais aussi des directeurs administratifs.

Ensuite, les caractéristiques organisationnelles et les caractéristiques individuelles jouent un rôle. Il s'agit de la compétence des travailleurs et du fait de mettre leur domaine d'expertise à la disposition de l'équipe. De ce fait, chaque individu exerçant un leadership professionnel apporte sa part de connaissances et les partage avec tous les collaborateurs de l'institution. Bien évidemment, le nombre d'heures de présence au chevet du patient, la charge de travail, la composition de l'équipe, les ressources matérielles disponibles et la taille de l'institution viennent compléter les facteurs d'influence.

Le staff est composé de différentes professions, toutes utiles pour les soins au résident. En Belgique, l'équipe de soins est composée d'infirmiers de différents niveaux de formation (bacheliers spécialisés ou non, brevetés, hospitaliers), de personnel soignant, de personnel paramédical (kinésithérapeute, ergothérapeute, logopède), de personnel de réactivation, mais aussi d'assistants en logistique ou d'auxiliaires de vie. Ce mélange de personnel peut être extrêmement important pour certains domaines de qualité des soins tant positivement que négativement, car il conduit à de nombreuses possibilités d'interactions.

Enfin, le profil des résidents viendra influencer l'encadrement professionnel de l'institution.

La littérature a démontré que la dotation en personnel et le nombre d'heures de présence au chevet du résident étaient importants. Le groupe d'experts en est bien conscient, mais les normes d'encadrement en Belgique sont assez restrictives. Pour améliorer l'encadrement, certaines institutions n'hésitent pas à financer sur fonds propres des effectifs complémentaires.

En ce qui concerne la dotation en personnel, nous proposons ci-dessous un tableau comparatif des normes belges avec les recommandations de la littérature (études d'origine américaine) ainsi que la dotation d'une résidence en Belgique qui a la possibilité de financer du personnel complémentaire.

Sur base de cette comparaison, la différence entre le personnel décrit dans l'Arrêté royal et les recommandations de la littérature est importante.

	Selon AR, personnel minimum.	Selon la littérature (normes rapportées par Casle)	Exemple d'une MRS en Région bruxelloise (60 lits MRS et 70 lits MR)
Infirmier coordinateur (directeur des soins)	1*	1	1
Directeur des soins adjoint		1	
Infirmier en chef	3*	2	3
Infirmiers	min 12**	20***	17
Personnel de réactivation	max 4 **		5
Aides-soignants	20	de 23 à 100 ETP****	29,3
Hôtesse / assistant en logistique			7,94
·	40	47 à 124	60,24

<sup>\*</sup> à partir de 75 résidents, un infirmier en chef est coordinateur

La littérature et l'avis des experts ont permis d'établir une liste d'indicateurs intéressants pour le suivi de la qualité en MR/MRS. Par contre, il n'a pas été possible de définir les normes standards de qualité.

Bon nombre de recherches couvrent des domaines tels que les chutes, l'intégrité de la peau, la gestion du comportement, la prise en charge de la douleur et de l'incontinence. Il s'agit dès lors le plus souvent de mesures de prévalence, mais il a semblé bon de ne pas se focaliser sur des mesures de résultats de soins et de se centrer plutôt sur la structure des

<sup>\*\* 1</sup> infirmier peut être remplacé par du paramédical/ réactivation

<sup>\*\*\* 0,75</sup> h d'infirmier par résident par jour, convertie en ETP (0,75 \* 120 \*365/1640) 5 % peuvent être « convertis » en

<sup>\*\*\*\*</sup> infirmiers

<sup>\*\*\*\* (</sup>de 1,62 à 4,5 h/résident) – (0,75 h de présence infirmière/ résident).

soins et les processus comme le propose Donabedian dans son modèle. Ainsi, pour chacun des domaines, différents types d'indicateurs sont proposés.

Afin de limiter la liste, une classification selon l'importance et la facilité d'obtention de l'indicateur a été réalisée dans le but de faciliter la sélection.

# Limites de la méthode des Focus Groups

La méthode utilisée nécessite un management de la part de l'animateur qui, par la recherche de la littérature, a pu involontairement orienter les réflexions des membres du focus group. Du fait de qualité des échanges et de l'analyse de l'ensemble des indicateurs proposés, le focus group s'est déroulé sur plusieurs journées ; certains participants n'ont pas pu nous accompagner lors de nos trois rencontres.

# **Recommandations**

De nombreuses recommandations ont émergé des discussions et de la revue de la littérature. La qualité est un projet institutionnel, car elle impacte tous les niveaux : le résident, le personnel de l'institution, les proches des résidents...

Afin d'assurer un suivi de la qualité dans les institutions, nous formulons les recommandations suivantes :

 Veiller à un effectif suffisant tant concernant les heures de présence au chevet du résident que du skill-mix, c'est-à-dire la panoplie de métiers et de compétences présents au service du résident.

Afin de garantir des soins de qualité, il est recommandé que l'effectif total soit calculé en fonction non seulement du profil du résident, mais aussi d'une analyse du temps nécessaire à la réalisation des soins et de la complexité de ceux-ci.

Ainsi, le personnel spécialisé joue son rôle dans les soins directs au résident, mais participe aussi au développement de guidelines sur des problèmes spécifiques et à la mise en place de procédures dans l'institution. La participation du personnel dans l'élaboration des procédures permet une meilleure collaboration et une plus grande adhésion à ces procédures.

Il peut être envisagé de créer de nouveaux métiers (musicologue, hôtesses...) et de renforcer les normes actuelles de personnel de réactivation sans pour autant remplacer une partie du personnel infirmier.

#### 2. Instaurer des audits qualité par l'utilisation d'indicateurs de suivi de la qualité

L'utilisation et le suivi d'indicateurs constituent un projet institutionnel. La réalisation d'audits est encouragée par la direction et sert de base à la mise en œuvre d'actions pour une amélioration continue. Des réunions d'équipe autour de la qualité seront organisées afin d'analyser les résultats et de réfléchir en équipe à l'instauration de mesures correctrices. Des objectifs atteignables seront fixés.

Une corrélation sera établie entre différents indicateurs interdépendants (par exemple contention et chutes).

### 3. Favoriser l'utilisation des dossiers informatisés

Le dossier de soins devrait permettre l'extraction des données découlant des soins afin d'éviter les doubles encodages par le personnel.

# 4. Favoriser le leadership clinique du personnel formé et spécialisé; reconnaître les formations et spécialisations du personnel

Les personnes formées et spécialisées ou possédant des compétences particulières doivent pouvoir exercer un leadership clinique auprès de leurs collègues afin de favoriser le partage des connaissances et des compétences.

L'équipe doit être composée de personnel doté de compétences et de spécialisations différentes et chacun de ses membres doit avoir l'opportunité de mettre ses connaissances à la disposition de l'équipe. La motivation au travail, le développement du leadership individuel et l'esprit d'équipe s'en trouveront renforcés.

## 5. Instaurer une culture de collaboration et un esprit d'équipe

La collaboration avec les institutions du réseau est primordiale, et notamment la collaboration avec les équipes gériatriques pluriprofessionnelles.

L'infirmier en chef sera aussi un bon communicateur, tant avec les partenaires internes qu'externes.

Les tâches sont réparties équitablement entre toutes les professions, dans le respect de la liste d'actes et de la législation, mais les tâches relatives à la vie quotidienne de l'institution (vider les poubelles, répondre au téléphone...) peuvent être gérées et assumées par l'ensemble des travailleurs en fonction de leur spécificité plutôt qu'être systématiquement assurées par l'équipe de soins dont le rôle spécifique est au chevet du résident.

# 6. Favoriser une formation continue et des protocoles de soins informés par les données probantes

Il est important de proposer une formation continue fondée sur l'identification des compétences à développer par le staff et de proposer des programmes de formation diversifiés en partenariat avec d'autres institutions.

Pour faciliter la mise à jour des connaissances, il importe de mettre à la disposition du personnel des ressources documentaires récentes pour favoriser une pratique fondée sur les données probantes.

#### 7. Garantir la supervision des soins par un infirmier et non un team manager.

Malgré l'aspect multidisciplinaire des équipes de maisons de repos, nous insistons sur le fait que les soins infirmiers doivent être coordonnés par les infirmiers et en aucun cas par d'autres professions de la santé (assistants sociaux, logopèdes...).

# 8. Encourager la formation de « cadre de santé » ou de master pour le personnel exerçant un leadership managérial

Le leadership lié au management est effectué par la direction (générale, administrative), mais aussi par les infirmiers en chef.

Les infirmiers en chef doivent posséder des compétences managériales, des connaissances sur le financement des soins, mais surtout être attentifs aux besoins du personnel et veiller à l'évaluation des compétences tant lors du recrutement qu'au cours de la pratique professionnelle. Une évaluation régulière permettra de mettre en place des actions visant à favoriser le développement des compétences au sein du personnel. Il est primordial d'avoir des leaders infirmiers dotés d'une vision globale des problèmes et orientés vers leurs résolutions.

### 9. Encourager des organisations de soins innovantes

Une organisation innovante et le développement d'une philosophie spécifique à certains profils de clientèle permettent à l'institution de rencontrer les attentes des résidents.

10. Fournir un logiciel unique pour un encodage homogène et la réalisation de benchmarks entre institutions.

# Conclusion

Bien que la littérature affirme qu'une meilleure dotation en personnel est associée à une meilleure qualité, la composition du staff influence également la qualité offerte en maisons de repos et de soins. Chaque profession possède un ensemble de compétences différentes et peut être plus ou moins efficace pour répondre aux besoins particuliers des résidents.

Des exigences minimales en matière de personnel de soins directs sont nécessaires car le niveau de formation du personnel et la combinaison des compétences améliorent la qualité. La qualité des soins est influencée par de nombreux facteurs en ce compris les caractéristiques des résidents, du personnel et des services.

Les experts du focus group confirment qu'il est intéressant de suivre des indicateurs liés aux facteurs structurels (p. ex. roulement du personnel, environnement), et aux processus (utilisation de protocole...), mais aussi des indicateurs de gestion des ressources humaines, de satisfaction des résidents...

Le groupe d'experts a identifié une liste d'indicateurs de qualité importants pour le suivi de la qualité des soins. Ils ont aussi conclu que s'il n'est pas toujours aisé de mesurer la qualité, les solutions les plus simples sont souvent les plus efficaces.

# **Bibliographie**

- Abrahamson, K. (2016). Is There a Business Case for Nursing Home Quality Improvement?

  Nursing Economic\$, 34(5), 225-235. c8h.
- Anderson, R. A., Toles, M. P., Corazzini, K., McDaniel, R. R., & Colón-Emeric, C. (2014).

  Local interaction strategies and capacity for better care in nursing homes: A multiple case study. *BMC Health Services Research*, *14*, 244. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-244
- André, B., Sjøvold, E., Rannestad, T., & Ringdal, G. I. (2014). The impact of work culture on quality of care in nursing homes—A review study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(3), 449-457. c8h. https://doi.org/10.1111/scs.12086
- Anliker M. (2007). Experiences with RAI in Suisse geriatric nursing and retirement homes. PR-Internet fur die Pflege, 9(5), 332-336. c8h.
- Arling G, Kane RL, Mueller C, Bershadsky J, & Degenholtz HB. (2007). Nursing effort and quality of care for nursing home residents. *Gerontologist*, 47(5), 672-682. c8h.
- Arrêté du Gouvernement flamand modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises, Moniteur Belge, (12 janvier 2016).
- Arrêté royal du 09 mai 2014 modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises ; Moniteur Belge, 14 Avril 2014, p.30719
- Backhaus, R., Rossum, E. van, Verbeek, H., Halfens, R. J. G., Tan, F. E. S., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2017). Work environment characteristics associated with quality of care in Dutch nursing homes: A cross-sectional study. *International Journal of*

- Nursing Studies, 66, 15-22. c8h. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.001
- Backhaus, R., Verbeek, H., van Rossum, E., Capezuti, E., & Hamers, J. P. H. (2014). Nurse staffing impact on quality of care in nursing homes: A systematic review of longitudinal studies. *Journal of the American Medical Directors Association*, *15*(6), 383-393. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.12.080
- Baier, R. R., Butterfield, K., Harris, Y., & Gravenstein, S. (2008). Aiming for star performance: The relationship between setting targets and improved nursing home quality of care. *Journal of the American Medical Directors Association*, *9*(8), 594-598. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2008.06.008
- Bastian, A., Ernst, M., & Seger, W. (2013). Does a higher per diem charge of nursing homes indicate towards a better quality outcome? Analysis of a correlation between quality and costs of nursing homes in Lower Saxony and the results of their quality outcome assessments. *Pflegewissenschaft*, 15(4), 216-222. c8h.
- Besluit van 28 juni 2019 van de Vlaamse Regering betreffende de programmatie, de erkenningsvoorwaarden en de subsidieregeling voor woonzorgvoorzieningen en verenigingen voor mantelzorgers en gebruikers, Vlaamse Overheid,, 24 novembre 2019
- Bowblis J. R. (2011). Staffing ratios and quality: an analysis of minimum direct care staffing requirements for nursing homes. Health services research, 46(5), 1495–1516.
- Castle, NG. (2008). Nursing Home caregiver staffing levels and quality of care- A literature Review. *Journal of Applied Gerontology* 27(4): 375-405.
- Castle, N. G. (2009). Use of Agency Staff in Nursing Homes. *Research in Gerontological Nursing*, 2(3), 192-201. https://doi.org/10.3928/19404921-20090428-01
- Castle, N. G. (2011). Staff Assist: A Resource to Improve Nursing Home Quality and Staffing. *Gerontologist*, *51*(5), 714-722. c8h.

- Castle, N. G., & Decker, F. H. (2011). Top Management Leadership Style and Quality of Care in Nursing Homes. *Gerontologist*, *51*(5), 630-642. c8h.
- Castle NG, Engberg J, et Men A. (2007). Nurse aide agency staffing and quality of care in nursing homes. *Medical Care Research and Review* 65(2): 232-252.
- Castle NG et Engberg J. (2008). Further examination of the influence of caregiver staffing levels on nursing home quality. *Gerontologist* 48(4): 464-476.
- Castle, N. G., & Ferguson-Rome, J. C. (2015). Influence of Nurse Aide Absenteeism on Nursing Home Quality. *The Gerontologist*, *55*(4), 605-615. https://doi.org/10.1093/geront/gnt167
- Castle NG, & Anderson RA. (2011). Caregiver staffing in nursing homes and their influence on quality of care: Using dynamic panel estimation methods. *Medical Care*, 49(6), 545-552. c8h. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31820fbca9
- Castle NG, Engberg J, & Men A. (2007). Nursing home staff turnover: Impact on nursing home compare quality measures. *Gerontologist*, 47(5), 650-661. c8h.
- Castle NG, & Engberg JB. (2008). The influence of agency staffing on quality of care in nursing homes. *Journal of Aging & Social Policy*, 20(4), 437-457. c8h.
- Castle NG, & Ferguson JC. (2010). What is nursing home quality and how is it measured? *Gerontologist*, 50(4), 426-442. c8h.
- Castle NG, & Lin M. (2010). Top management turnover and quality in nursing homes. *Health Care Management Review*, *35*(2), 161-174. c8h. https://doi.org/10.1097/HMR.0b013e3181c22bcb

- Chen, M. M., & Grabowski, D. C. (2015). Intended and unintended consequences of minimum staffing standards for nursing homes. *Health Economics*, 24(7), 822-839. https://doi.org/10.1002/hec.3063
- Collier E, & Harrington C. (2008). Staffing characteristics, turnover rates, and quality of resident care in nursing facilities. *Research in Gerontological Nursing*, *1*(3), 157-170. c8h.
- Colón-Emeric, C. S., Corazzini, K., McConnell, E. S., Pan, W., Toles, M., Hall, R., Cary, M. P., Jr, Batchelor-Murphy, M., Yap, T., Anderson, A. L., Burd, A., Amarasekara, S., & Anderson, R. A. (2017). Effect of Promoting High-Quality Staff Interactions on Fall Prevention in Nursing Homes: A Cluster-Randomized Trial. *JAMA Internal Medicine*, 177(11), 1634-1641. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.5073
- Compas C, Hopkins KA, & Townsley E. (2008). Best practices in implementing and sustaining quality of care: A review of the quality improvement literature. *Research in Gerontological Nursing*, 1(3), 209-216. c8h.
- Corazzini, K., Twersky, J., White, H. K., Buhr, G. T., McConnell, E. S., Weiner, M., & Colón-Emeric, C. S. (2015). Implementing Culture Change in Nursing Homes: An Adaptive Leadership Framework. *The Gerontologist*, 55(4), 616-627. https://doi.org/10.1093/geront/gnt170
- Cramer, M. E., High, R., Culross, B., Conley, D. M., Nayar, P., Nguyen, A. T., & Ojha, D. (2014). Retooling the RN workforce in long-term care: nursing certification as a pathway to quality improvement. *Geriatric nursing* (New York, N.Y.), 35(3): 182–187.
- Dellefield M.E. (2007). Implementation of the Resident Assessment Instrument/Minimum

  Data Set in the nursing home as organization: Implications for quality improvement in

  Rn clinical assessment. *Geriatric Nursing*, 28(6), 377-386. c8h.

92

- Dellefield, M. E., Castle, N. G., McGilton, K. S., & Spilsbury, K. (2015). The Relationship Between Registered Nurses and Nursing Home Quality: An Integrative Review (2008-2014). *Nursing Economic*\$, 33(2), 95-108, 116.
- Dellefield, M. E., Kelly, A., & Schnelle, J. F. (2013). Quality assurance and performance improvement in nursing homes: Using evidence-based protocols to observe nursing care processes in real time. *Journal of Nursing Care Quality*, 28(1), 43-51. https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e31826b090b
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E. E., Kaasalainen, S., Wickson-Griffiths, A., Lloyd, M., Akhtar-Danesh, N., & DiCenso, A. (2013). A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care. *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148-2161. https://doi.org/10.1111/jan.12140
- Du Moulin, M. F. M. T., van Haastregt, J. C. M., & Hamers, J. P. H. (2010). Monitoring quality of care in nursing homes and making information available for the general public: State of the art. *Patient Education and Counseling*, 78(3), 288-296. https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.01.008
- Easton, T., Milte, R., Crotty, M., & Ratcliffe, J. (2016). Advancing aged care: A systematic review of economic evaluations of workforce structures and care processes in a residential care setting. *Cost Effectiveness and Resource Allocation: C/E, 14*, 12. https://doi.org/10.1186/s12962-016-0061-4
- Estabrooks, C. A., Knopp-Sihota, J. A., & Norton, P. G. (2013). Practice sensitive quality indicators in RAI-MDS 2.0 nursing home data. *BMC Research Notes*, *6*, 460. https://doi.org/10.1186/1756-0500-6-460
- Fagnoul J., Schneiders. L. (2017). Gutachten zur Qualitätsentwicklung der pflege in den APWH. Gutgeheißen durch den Verwaltungsrat der KPVDB, 70p.
- Finch, T. (2016). Using the supply chain to support better care outcomes. *Nursing and*

- Residential Care, 18(9), 503-505. https://doi.org/10.12968/nrec.2016.18.9.503
- Flynn, L., Liang, Y., Dickson, G. L., & Aiken, L. H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, *58*(12), 2401-2406. c8h. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03162.x
- Fonseca de Oliveira, W. I., Saturno Hernández, P. J., de Meneses Sousa, K., da Silva, G., & da Silva Gama, Z. A. (2017). Quality of Care In Nursing Homes In Brazil. *Journal of the American Medical Directors Association*, *18*(7), 636.e13-636.e19. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.04.007
- Frijters, D. H. M., van der Roest, H. G., Carpenter, I. G. I., Finne-Soveri, H., Henrard, J.-C., Chetrit, A., Gindin, J., & Bernabei, R. (2013). The calculation of quality indicators for long term care facilities in 8 countries (SHELTER project). *BMC Health Services Research*, *13*, 138. https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-138
- Gillespie, S. M., Olsan, T., Liebel, D., Cai, X., Stewart, R., Katz, P. R., & Karuza, J. (2016).

  Pioneering a Nursing Home Quality Improvement Learning Collaborative: A Case

  Study of Method and Lessons Learned. *Journal of the American Medical Directors*Association, 17(2), 136-141. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.08.014
- Giorgio, L. D., Filippini, M., & Masiero, G. (2016). Is higher nursing home quality more costly? *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 17(8), 1011-1026. https://doi.org/10.1007/s10198-015-0743-4
- Gittler J. (2008). Governmental efforts to improve quality of care for nursing home residents and to protect them from mistreatment: A survey of federal and state laws. *Research in Gerontological Nursing*, 1(4), 264-284. c8h.
- Grabowski, D. C., O'Malley, A. J., Afendulis, C. C., Caudry, D. J., Elliot, A., & Zimmerman, S. (2014). Culture Change and Nursing Home Quality of Care. *Gerontologist*,

- 54(Suppl\_1), S35-45. c8h. https://doi.org/10.1093/geront/gnt143
- Hartmann, C. W., Palmer, J. A., Mills, W. L., Pimentel, C. B., Allen, R. S., Wewiorski, N. J., Dillon, K. R., & Snow, A. L. (2017). Adaptation of a nursing home culture change research instrument for frontline staff quality improvement use. *Psychological Services*, 14(3), 337-346. https://doi.org/10.1037/ser0000137
- Havig, A. K., Skogstad, A., Kjekshus, L. E., & Romøren, T. I. (2011). Leadership, staffing and quality of care in nursing homes. *BMC Health Services Research*, 11, 327. https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-327
- Herr, A., Nguyen, T.-V., & Schmitz, H. (2016). Public reporting and the quality of care of German nursing homes. *Health Policy*, *120*(10), 1162-1170. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.09.004
- Herrin, J., Kenward, K., Joshi, M. S., Audet, A.-M. J., & Hines, S. J. (2016). Assessing Community Quality of Health Care. *Health Services Research*, *51*(1), 98-116. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12322
- Hjaltadóttir, I., Ekwall, A. K., Nyberg, P., & Hallberg, I. R. (2012). Quality of care in Icelandic nursing homes measured with Minimum Data Set quality indicators:

  Retrospective analysis of nursing home data over 7 years. *International Journal of Nursing Studies*, 49(11), 1342-1353. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.004
- Hunt, S. R., Corazzini, K., & Anderson, R. A. (2014). Top nurse-management staffing collapse and care quality in nursing homes. *Journal of Applied Gerontology: The Official Journal of the Southern Gerontological Society*, 33(1), 51-74. https://doi.org/10.1177/0733464812455096
- Hurtado, D. A., Berkman, L. F., Buxton, O. M., & Okechukwu, C. A. (2016). Schedule Control and Nursing Home Quality. *Journal of Applied Gerontology*, 35(2), 244-253. c8h. https://doi.org/10.1177/0733464814546895

- Hutchinson, A. M., Milke, D. L., Maisey, S., Johnson, C., Squires, J. E., Teare, G., &
  Estabrooks, C. A. (2010). The Resident Assessment Instrument-Minimum Data Set
  2.0 quality indicators: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 10, 166.
  https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-166
- Hyang Yuol Lee, Blegen, M. A., & Harrington, C. (2014). The effects of RN staffing hours on nursing home quality: A two-stage model. *International Journal of Nursing Studies*, *51*(3), 409-417. c8h. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.10.007
- Hyer, K., Thomas, K. S., Branch, L. G., Harman, J. S., Johnson, C. E., & Weech-Maldonado,
  R. (2011). The Influence of Nurse Staffing Levels on Quality of Care in Nursing
  Homes. *Gerontologist*, 51(5), 610-616. c8h.
- Ibrahim, J. E., Chadwick, L., MacPhail, A., McAuliffe, L., Koch, S., & Wells, Y. (2014). Use of Quality Indicators in Nursing Homes in Victoria, Australia: A Cross-Sectional Descriptive Survey. *Journal of Aging and Health*, 26(5), 824-840.
  https://doi.org/10.1177/0898264314531619
- Istas L. (2018). Les indicateurs en MR/MRS ». Présentation Power point PAQS ASBL
- Jones, R. N., Hirdes, J. P., Poss, J. W., Kelly, M., Berg, K., Fries, B. E., & Morris, J. N. (2010). Adjustment of nursing home quality indicators. *BMC Health Services Research*, *10*, 96. https://doi.org/10.1186/1472-6963-10-96
- Kajonius, P. J., & Kazemi, A. (2016). Structure and process quality as predictors of satisfaction with elderly care. *Health & Social Care in the Community*, 24(6), 699-707. https://doi.org/10.1111/hsc.12230
- Kaplan, H. C., Brady, P. W., Dritz, M. C., Hooper, D. K., Linam, W. M., Froehle, C. M., & Margolis, P. (2010). The influence of context on quality improvement success in health care: A systematic review of the literature. *The Milbank Quarterly*, 88(4), 500-559. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2010.00611.x

- Katz, P. R., Karuza, J., Lima, J., & Intrator, O. (2011). Nursing Home Medical Staff
  Organization: Correlates With Quality Indicators. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(9), 655-659. c8h.
  https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.06.004
- Kieft, R. A., de Brouwer, B. B. J. M., Francke, A. L., & Delnoij, D. M. J. (2014). How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, *14*, 249. https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-249
- Kiljunen, O., Välimäki, T., Kankkunen, P., & Partanen, P. (2017). Competence for older people nursing in care and nursing homes: An integrative review. *International Journal of Older People Nursing*, 12(3), e12146. https://doi.org/10.1111/opn.12146
- Kim H, Harrington C, & Greene WH. (2009). Registered nurse staffing mix and quality of care in nursing homes: A longitudinal analysis. *Gerontologist*, 49(1), 81-90. c8h.
- Kjøs, B. Ø., & Havig, A. K. (2016). An examination of quality of care in Norwegian nursing homes—A change to more activities? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 30(2), 330-339. c8h. https://doi.org/10.1111/scs.12249
- Klaasen K, Lamont L, & Krishnan P. (2009). Setting a new standard of care in nursing homes. *Canadian Nurse*, 105(9), 24-30. c8h.
- Klingelhöfer-Noe, J., Dassen, T., & Lahmann, N. A. (2015). [Nursing homes versus assisted living facilities: Outcome quality regarding pressure ulcers, falls and malnutrition]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 48(3), 263-269. https://doi.org/10.1007/s00391-014-0655-4
- Konetzka RT, Stearns SC, & Park J. (2008). The staffing-outcomes relationship in nursing homes. *Health Services Research*, *43*(3), 1025-1042. c8h.
- Koppitz, A., Dreizler, J., Hediger, H., Voss, J., & Imhof, L. (2013). [Nursing Home Care

- Index. Development and validation of a new instrument to evaluate care quality in nursing homes]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 46(6), 532-542. https://doi.org/10.1007/s00391-012-0463-7
- Lee, I., & Wang, H.-H. (2014). Preliminary development of humanistic care indicators for residents in nursing homes: A Delphi technique. *Asian Nursing Research*, 8(1), 75-81. https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.03.001
- Li, Y., Li, Q., & Tang, Y. (2016). Associations Between Family Ratings on Experience With Care and Clinical Quality-of-Care Measures for Nursing Home Residents. *Medical Care Research & Review*, 73(1), 62-84. c8h. https://doi.org/10.1177/1077558715596470
- Lin, H. (2014). Revisiting the relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: An instrumental variables approach. *Journal of Health Economics*, 37, 13-24. https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2014.04.007
- Loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, Santé Publique, sécurité de la chaine alimentaire et environnement. *Moniteur Belge* 15 Mai 2019
- Maas ML, Specht JP, Buckwalter KC, Gittler J, & Bechen K. (2008). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life:

  Part 1. Deficits in the quality of care due to understaffing and undertraining. *Research in Gerontological Nursing*, 1(2), 123-133. c8h.
- McGilton, K. S., Chu, C. H., Shaw, A. C., Wong, R., & Ploeg, J. (2016). Outcomes related to effective nurse supervision in long-term care homes: An integrative review. *Journal of Nursing Management*, 24(8), 1007-1026. https://doi.org/10.1111/jonm.12419
- Médecins sans Frontières (2020). Les laissés pour compte de la réponse au Covid-19
- Murphy K. (2007). Nurses' perceptions of quality and the factors that affect quality care for older people living in long-term care settings in Ireland. *Journal of Clinical Nursing*,

- 16(5), 873-884. c8h. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01633.x
- Nakrem, S., Vinsnes, A. G., Harkless, G. E., Paulsen, B., & Seim, A. (2009). Nursing sensitive quality indicators for nursing home care: International review of literature, policy and practice. *International Journal of Nursing Studies*, 46(6), 848-857. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2008.11.005
- Neyens I.(2018). L'expérience des établissements MR/MRS en Flandre en matière d'indicateurs. Présentation power point. KUL LUCAS
- Park, J., & Stearns, S. C. (2009). Effects of State Minimum Staffing Standards on Nursing

  Home Staffing and Quality of Care. *Health Services Research*, *44*(1), 56-78.

  https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00906.x
- Pesis-Katz, I., Phelps, C. E., Temkin-Greener, H., Spector, W. D., Veazie, P., & Mukamel, D.
  B. (2013). Making difficult decisions: The role of quality of care in choosing a nursing home. *American Journal of Public Health*, 103(5), e31-37.
  https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301243
- Phillips CD, Chen M, & Sherman M. (2008). To what degree does provider performance affect a quality indicator? The case of nursing homes and adl change. *Gerontologist*, 48(3), 330-337. c8h.
- Pileggi, C., Manuti, B., Costantino, R., Bianco, A., Nobile, C. G. A., & Pavia, M. (2014).

  Quality of care in one Italian nursing home measured by ACOVE process indicators. *PloS One*, 9(3), e93064. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0093064
- Pillemer, K., Meador, R. H., Teresi, J. A., Chen, E. K., Henderson, C. R., Lachs, M. S., Boratgis, G., Silver, S., & Eimicke, J. P. (2012). Effects of Electronic Health Information Technology Implementation on Nursing Home Resident Outcomes.

  \*\*Journal of Aging & Health\*, 24(1), 92-112. c8h.\*\*

  https://doi.org/10.1177/0898264311408899

- Popejoy, L., Vogelsmeier, A., Galambos, C., Flesner, M., Alexander, G., Lueckenotte, A., Lyons, V., & Rantz, M. (2017). The APRN Role in Changing Nursing Home Quality: The Missouri Quality Improvement Initiative. *Journal of Nursing Care Quality*, *32*(3), 196-201. c8h. https://doi.org/10.1097/NCQ.000000000000000264
- Przylog, A., Stroka, M. A., Engel, S., & Linder, R. (2016). [Do nursing homes with higher quality ratings provide a better quality of care?: Empirical study based on administrative data]. *Zeitschrift Fur Gerontologie Und Geriatrie*, 49(4), 308-316. https://doi.org/10.1007/s00391-015-0983-z
- Rantz, M. J., Alexander, G., Galambos, C., Flesner, M. K., Vogelsmeier, A., Hicks, L., Scott-Cawiezell, J., Zwygart-Stauffacher, M., & Greenwald, L. (2010). The Use of Bedside Electronic Medical Record to Improve Quality of Care in Nursing Facilities: A Qualitative Analysis. *CIN: Computers, Informatics, Nursing*, 1. https://doi.org/10.1097/NCN.0b013e3181f9db79
- Rantz, M. J., Birtley, N. M., Flesner, M., Crecelius, C., & Murray, C. (2017). Call to action:

  APRNs in U.S. nursing homes to improve care and reduce costs. *Nursing Outlook*,

  65(6), 689-696. https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.08.011
- Rantz MJ, Cheshire D, Flesner M, Petroski GF, Hicks L, Alexander G, Aud MA, Siem C, Nguyen K, Boland C, & Thomas S. (2009). Helping nursing homes « at risk » for quality problems: A statewide evaluation. *Geriatric Nursing*, 30(4), 238-249. c8h. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2008.09.003
- Rantz MJ, Flesner MK, & Zwygart-Stauffacher M. (2010). Improving care in nursing homes using quality measures/indicators and complexity science. *Journal of Nursing Care Quality*, 25(1), 5-12. c8h. https://doi.org/10.1097/NCQ.0b013e3181c12b0f
- Rantz MJ, Hicks L, Petroski GF, Madsen RW, Alexander G, Galambos C, Conn V, Scott-Cawiezell J, Zwygart-Stauffacher M, & Greenwald L. (2010). Cost, Staffing and

- Quality Impact of Bedside Electronic Medical Record (EMR) in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, *11*(7), 485-493. c8h.

  https://doi.org/10.1016/j.jamda.2009.11.010
- Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Hicks, L., Mehr, D., Flesner, M., Petroski, G. F., Madsen, R. W., & Scott-Cawiezell, J. (2012). Randomized multilevel intervention to improve outcomes of residents in nursing homes in need of improvement. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 60-68. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.06.012
- Rantz, M. J., Zwygart-Stauffacher, M., Flesner, M., Hicks, L., Mehr, D., Russell, T., & Minner, D. (2012). Challenges of Using Quality Improvement Methods in Nursing Homes that "Need Improvement". *Journal of the American Medical Directors*\*\*Association, 13(8), 732-738. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.07.008
- Rondas, A. A. L. M., Schols, J. M. G. A., Stobberingh, E. E., & Halfens, R. J. G. (2015).
  Prevalence of chronic wounds and structural quality indicators of chronic wound care in Dutch nursing homes. *International Wound Journal*, 12(6), 630-635.
  https://doi.org/10.1111/iwj.12172
- Sales, A. E., Schalm, C., Baylon, M. A. B., & Fraser, K. D. (2014). Data for improvement and clinical excellence: Report of an interrupted time series trial of feedback in long-term care. *Implementation Science: IS*, *9*, 161. https://doi.org/10.1186/s13012-014-0161-5
- Schaal, T., Schönfelder, T., Klewer, J., & Kugler, J. (2014). Investigation of the sample sizes in quality assessments in German nursing homes. *Pflegewissenschaft*, *16*(10), 586-589. c8h. https://doi.org/10.3936/1271
- Schapira, M. M., Shea, J. A., Duey, K. A., Kleiman, C., & Werner, R. M. (2016). The

  Nursing Home Compare Report Card: Perceptions of Residents and Caregivers

  Regarding Quality Ratings and Nursing Home Choice. *Health Services Research*, 51

- Suppl 2(Suppl 2), 1212-1228. https://doi.org/10.1111/1475-6773.12458
- Shin, J. H., & Hyun, T. K. (2015). Nurse Staffing and Quality of Care of Nursing Home

  Residents in Korea. *Journal of Nursing Scholarship: An Official Publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 47(6), 555-564.

  https://doi.org/10.1111/jnu.12166
- Simon, M., Schmidt, S. G., Schwab, C. G. G., Hasselhorn, H.-M., & Bartholomeyzcik, S. (2013). [Determining the quality of long-term care. A comparative analysis of transparency criteria, resident-related indicators, and staff assessment].

  \*\*Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 56(8), 1088-1097. https://doi.org/10.1007/s00103-013-1748-8
- Smith, K. M., Castle, N. G., & Hyer, K. (2013). Implementation of Quality Assurance and Performance Improvement Programs in Nursing Homes: À Brief Report. *Journal of the American Medical Directors Association*, *14*(1), 60-61. c8h. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2012.09.010
- Spilsbury, K., Hewitt, C., Stirk, L., & Bowman, C. (2011). The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 732-750. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.014
- Stefanacci, R. G., & Riddle, A. (2016). Delivering on quality measures: Six new CMS SNF quality measures. *Geriatric Nursing (New York, N.Y.)*, *37*(5), 398-400. https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.08.008
- Temkin-Greener, H., Li, Q., Li, Y., Segelman, M., & Mukamel, D. B. (2016). End-of-Life

  Care in Nursing Homes: From Care Processes to Quality. *Journal of Palliative Medicine*, 19(12), 1304-1311. c8h. https://doi.org/10.1089/jpm.2016.0093
- Tolson, D., Rolland, Y., Andrieu, S., Aguino, J.-P., Beard, J., Benetos, A., Berrut, G., Coll-

- Planas, L., Dong, B., Forette, F., Franco, A., Franzoni, S., Salvà, A., Swagerty, D., Trabucchi, M., Vellas, B., Volicer, L., & Morley, J. E. (2011). International Association of Gerontology and Geriatrics: A Global Agenda for Clinical Research and Quality of Care in Nursing Homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12(3), 184-189. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2010.12.013
- Van Haitsma, K., Crespy, S., Humes, S., Elliot, A., Mihelic, A., Scott, C., Curyto, K., Spector, A., Eshraghi, K., Duntzee, C., Heid, A. R., & Abbott, K. (2014). New Toolkit to Measure Quality of Person-Centered Care: Development and Pilot Evaluation With Nursing Home Communities. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(9), 671-680. c8h. https://doi.org/10.1016/j.jamda.2014.02.004
- van Hoof, J., Verbeek, H., Janssen, B., Eijkelenboom, A., Molony, S., Felix, E., Nieboer, K., Zwerts-Verhelst J., E. L., & Wouters, E. J. (2016). Factors influencing a « sense of home » for nursing home residents. *Canadian Nursing Home*, 27(4), 4-10. c8h.
- van Nie, N. C., Meijers, J. M. M., Schols, J. M. G. A., Lohrmann, C., Spreeuwenberg, M., & Halfens, R. J. G. (2014). Do structural quality indicators of nutritional care influence malnutrition prevalence in Dutch, German, and Austrian nursing homes? *Nutrition*, 30(11/12), 1384-1390. c8h. https://doi.org/10.1016/j.nut.2014.04.015
- van Nie-Visser, N. C., Meijers, J. M., Schols, J. M., Lohrmann, C., Spreeuwenberg, M., & Halfens, R. J. (2015). To what extent do structural quality indicators of (nutritional) care influence malnutrition prevalence in nursing homes? *Clinical Nutrition*, *34*(6), 1172-1176. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2014.12.003
- Werkgroep ouderenzorg Woonzorgdecreet. (2019). *Advies aan Minister Vandeurzen. NVKVV*. http://www.nvkvv.be.
- Werner RM, & Konetzka RT. (2010). Advancing nursing home quality through quality improvement itself. *Health Affairs*, 29(1), 81-86. c8h. https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0555

- Werner, R. M., Konetzka, R. T., & Kim, M. M. (2013). Quality improvement under nursing home compare: The association between changes in process and outcome measures.

  \*Medical Care, 51(7), 582-588. https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31828dbae4\*
- Wharvell, T., & Sheldon, J. (2012). Outcome 9: Management of medicines. *Nursing & Residential Care*, 14(5), 250-253. c8h.
- Winblad, U., Blomqvist, P., & Karlsson, A. (2017). Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden. *BMC Health Services Research*, 17(1), 487. https://doi.org/10.1186/s12913-017-2403-0
- Xu, D., Kane, R. L., Shippee, T., & Lewis, T. M. (2016). Identifying Consistent and Coherent Dimensions of Nursing Home Quality: Exploratory Factor Analysis of Quality Indicators. *Journal of the American Geriatrics Society*, 64(12), e259-e264. https://doi.org/10.1111/jgs.14562
- Zuidgeest, M., Strating, M., Luijkx, K., Westert, G., & Delnoij, D. (2012). Using client experiences for quality improvement in long-term care organizations. *International Journal for Quality in Health Care : Journal of the International Society for Quality in Health Care*, 24(3), 224-229. https://doi.org/10.1093/intqhc/mzs013

# **Annexes**

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des législations en vigueur pour les MRS.

Annexe 1: 1a	ableau recapitulatii	des legisia	nons en vig		
	AR du 21 septembre 2004 modifié par AR du 9 mars 2014	Région wallonne dont la CG puisque pas encore de nouvelle législation	Région Bruxelles- Capitale	Région flamande	Communauté germanophone : IDEM 1 + 26. FEBRUAR 1997 - ERLASS DER REGIERUNG [ÜBER DIE ANERKENNUNGSBEDINGUNGEN FÜR WOHN-, BEGLEIT- UND PFLEGESTRUKTUREN FÜR SENIOREN] <sup>2</sup> [BS 23.01.98; abgeändert ER 26.06.09 (BS 14.09.09)]
02. Normes fonctionnelles	centre de soins de jo acquises, la totalité d aux besoins du résid	oitié des lits d hauteur et ada vigueur de l'a yal du 21 sepr cial comme m ur ou comme les lits doit êt ent.] <sup>3</sup>	apté aux beso rrêté royal du tembre 2004 l aison de repo centre pour le re réglable en	ins du résident. Un a 7 juin 2009 fixant les normes es et de soins, comme ésions cérébrales hauteur et adaptée	
	e) La maison de rep  - [3]3 de chaises r difficultés à se dépla  - du matériel requi  - des moyens néces chambre commune p	coulantes pou cer de manièn s en vue de la saires perme	r les personne e autonome; a prévention ttant d'isole	des escarres ;	
03. Normes d'organisation	a) Pour chaque résid l'admission, est cons Le dossier individue administratif et son o (1) Le dossier admin	servé dans l'é l du résident d lossier de soir	tablissement. comprend son ns.	[]	
	(2) Le dossier de soi suivants:  (a) le dossier médic (b) la fiche de liaisci indispensables en ca (c) le dossier infirmation psychosocial qui coronical qui	cal établi par la con reprenant la s d'urgence o mier, paraméntient notamm storique de via l'admission neluant les mour les actes de contention de et le diagno souhaits exp	e médecin tra es données m u d'hospitalis dical, kinésith ent : de du résident n et au cours d édicaments pr de la vie quot n ou d'isoleme ostic;	aitant ; édicales sation, hérapeutique et ; du séjour ; rescrits, les soins idienne et les ent ;	a) Beim Einzug in das Heim wird eine medizinische Akte des Bewohners erstellt. Diese Akte enthält alle relevanten Angaben zum Gesundheitszustand und wird regelmäßig aktualisiert. Der Bewohner beantragt diese Unterlagen bei seinem Hausarzt, die der medizinischen Akte beigefügt werden. Diese Akte ist unter Verschluss. Sie steht den diensttuenden Ärzten in Notfallsituationen zur Verfügung. b) Für jeden Bewohner wird eine Pflegedokumentation angelegt. Die Dokumentation umfasst: 1. die schriftlichten Verordnungen des Arztes, die von ihm unterzeichnet sind; wobei die unter Kapitel I, Punkt 3, letzter Paragraph erwähnten Bestimmungen Anwendung finden. 2. die Ausführungen der ärztlichen Verordnungen. 3. Die individuelle Pflegeprozessplanung, die erarbeitet

wird auf Grundlage eines einheitlichen pflegetheoretischen Leitbildes des Hauses. Sie zielt ab auf die Beibehaltung bzw. die Förderung der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten des Bewohners und beinhaltet: i. Information: administrative Daten, Biographie, Anamnese, Autonomiegrad in den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens, Gewohnheiten und Wünsche des Bewohners; ii. Probleme und Ressourcen des Bewohners: Beinträchtigung der Selbstständigkeit, die pflegerische Maßnahmen erfordern, sowie Fähigkeiten des Bewohners, Defizite zu kompensieren; iii. Festlegung individueller konkreter Ziele nach SMART-Kriterien (spezifisch, messbar, angepasst, realisierbar, mit Zeitvorgaben); iv. Umsetzungs- und Durchführungsnachweis; v. Beobachtungen und Anmerkungen des Pflegepersonals. c) Die Prozessplanung dokumentiert kontinuierlich den Zustand des Bewohners, die Maßnahmen zur Beibehaltung bzw. zur Förderung der körperlichen, geistigen und sozialen Fähigkeiten des Bewohners. Sie ist ein Beweis der Leistungen der Pflege und ihrer Ergebnisse. Die Pflegeprozessplanung wird mindestens einmal im Monat durch einen Krankenpfleger überprüft, bzw. angepasst. Eine Bearbeitung der Pflegeprozessplanung unter Einbeziehung des multidisziplinären Teams erfolgt bedarfsgerecht im Durchschnitt alle drei Monate oder bei Änderung des Allgemeinzustandes. d) Bei Schichtwechsel macht die Pflegeverantwortliche den zuständigen Kollegen der nächsten Schicht eine kurze Übergabe anhand der Pflegedokumentation über die Bewohner ihres Bereichs und macht Mitteilung über besondere Vorkommnisse sowie über zu beachtende Punkte. e) Die unter b) beschriebene Pflegedokumentation sowie alle verwaltungstechnischen Unterlagen können von der Heimaufsicht eingesehen werden. f) Das Heim ist verpflichtet, die persönlichen Angaben zu den Hausbewohnern, die Pflegeplanung und -dokumentation, sowie die ärztlichen Verordnungen aller Heimbewohner unter Verschluss im Heim aufzubewahren. Die persönlichen Angaben sowie die Angaben zur Pflegeplanung sind während einer Zeitspanne von zwei Jahren nach dem

		Tod oder dem Auszug des Bewohners aufzubewahren.
c) La norme de personnel doit s'élever, par 30 r - au moins 5 équivalents temps plein praticie infirmier, dont un infirmier en chef ; au-delà résidents, un infirmier en chef supplémentaire e lorsque l'établissement dépasse la moitié de tou		
de 30 résidents; - au moins 5 équivalents temps plein personaides-soignants, dont au minimum 95 % d'aide du 1er janvier 2015, seuls les aides-soignants en	es-soignants ; à dater	
considération ; - un équivalent temps plein praticien de l'ar être remplacé, au prorata de maximum 1 équ	t infirmier peut	
par 30 résidents, et pour autant que la permane respectée par une personne disposant de préfére qualifications suivantes : graduat ou baccalauré	ence visée au f) soit ence d'une des	
master en kinésithérapie, graduat ou baccalauré master en logopédie, graduat ou baccalauréat er graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, g	at ou licence ou n ergothérapie,	
baccalauréat en sciences de réadaptation, gradu- diététique, graduat ou baccalauréat ou licence o orthopédagogie, licence ou master en psychomo	at ou baccalauréat en u master en	
master en psychologie, graduat ou baccalauréat psychologie et assimilés, graduat ou baccalauré de " sociaal werker of in de sociale gezondheids	at d'assistant social,	
d'infirmier(ère) social(e) ou d'infirmière spécia communautaire, graduat ou baccalauréat en scie licence ou master en gérontologie, graduat ou b	ences familiales, accalauréat	
d'éducateur ou, à défaut, par du personnel soigr qui a la Santé publique dans ses attributions per de formation requis.	nt fixer le minimum	
d) Lorsque la maison de repos et de soins compte plus de 75 lits, l'un des infirmiers en chef doit être délégué comme infirmier en chef coordinateur, dont la fonction et le	d) [15] 15 Modifié par l'AR du 27.11.2015	
minimum de formation requis sont fixés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.	entré en vigueur le 22.01.2016	
e) Le ou les infirmier(s) en chef doivent remplir les missions suivantes : - assurer la gestion journalière du personnel	e) Le ou les infirmier(s) en chef doivent remplir les	
infirmier et du personnel soignant ; - coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier et paramédical, du	missions suivantes : - assurer la	
personnel de réactivation, des kinésithérapeutes et d'aides-soignants ; - organiser l'admission des nouveaux	gestion journalière du personnel infirmier et du	
résidents, notamment par la collecte d'autant de données que possible sur leur état de santé et leur situation médico-sociale ;	personnel soignant ; - coordonner le	
- veiller à l'actualisation du dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial du résident ;	travail pluridisciplinaire du personnel	
- en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions relatives à une politique	infirmier et paramédical, du personnel de	
nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger; - en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des	réactivation, des kinésithérapeutes et d'aides-	
propositions quant à la manière dont il convient de traiter les patients souffrant de démence dans la maison de repos et de soins,	soignants ; - [ <sup>15</sup> ] <sup>15</sup> - veiller à l'actualisation du	
notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse, le cas échéant en	dossier infirmier, paramédical,	

	collaboration avec la personne de référence "démence"; - assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction.  f) Un praticien de l'art infirmier est présent dat jour comme de nuit. g) Le ou les infirmier(s) en chef ou l'infirmier en chef coordinateur veillent à ce que les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie repris dans le plan de soins soient rencontrés aussi rapidement que possible, étant entendu qu'au moins une des disciplines susmentionnées est offerte dans l'établissement pendant les heures normales de travail.	kinésithérapeutique et psychosocial du résident; - [15] - [15] - assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction.  Ins l'établissement de  g) [15] les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie repris dans le plan de soins soient rencontrés.]  15]	
10. Normes de qualité	a) La maison de repos et de soins dispense, dar de sa mission, des soins et des services appropr résident. Dans ce cadre, elle doit développer u qualité axée sur la planification, l'évaluation et systématiques de la qualité des soins et services son fonctionnement.  Celle-ci porte au moins sur:  - la dispensation de soins et de services garant la dignité humaine, de la vie privée, des convic philosophiques et religieuses, le droit de plainte participation de l'utilisateur, compte tenu égale social de l'utilisateur;  - l'accompagnement spécifique des personnes démence;  - l'efficacité et l'efficience des soins et services du fonctionnement;	iés à chaque ne politique de l'amélioration s prestés, ainsi que de issant le respect de tions idéologiques, e, l'information et la ment du contexte atteintes de	
	- la continuité des soins et services offerts.  b) La maison de repos et de soins dispose d'un programme de qualité qui, au minimum, précise la politique de qualité poursuivie visée au point a), de même que les modalités et la périodicité de l'évaluation de la qualité des soins.  Au moins une fois par an, un rapport est rédigé par le médecin coordinateur et conseiller et par le ou les infirmier(s) en chef concernant l'évaluation de la qualité des soins.  Il est transmis au cercle de médecins généralistes compétent et aux médecins qui exercent leur activité dans la maison de repos et de soins. Ce rapport est tenu à la disposition du personnel.	b) [ <sup>16</sup> ] <sup>16</sup>	b) Das Heim verfügt über nachfolgende Qualitätskonzepte:  • Konzept zur Fortbildungspolitik für das Personal; • Konzept zum Beschwerdemanagement; • Konzept zum Umgang mit Bewohnern, die an Demenz erkrankt sind; • Konzept zur Sterbebegleitung von Bewohnern.
	c) La maison de repos et de soins tient au minir enregistrement des données suivantes :  - le nombre de cas d'escarres de décubitus ;  - le nombre de infections nosocomiales ;  - le nombre de chutes ;  - le nombre de personnes incontinentes ;  - l'application de mesures de contention et/ou  d) La maison de repos et de soins doit disposer écrites concernant l'hygiène des mains et l'isole souffrant d'une infection qui comporte un risque Elle doit disposer des produits destinés à assur hygiène des mains et du matériel nécessaire por	d'isolement.  de procédures ement de résidents e de contamination. rer une bonne	a) Das Heim legt in zumindest nachfolgenden Bereichen Verfahrensrichtlinien fest: Pflegerische Richtlinien:

procédures visées au premier alinéa.	<ul> <li>Prävention und Vermeidung der Ausbreitung von nosokomialen Infektionen;</li> <li>a) Das Heim legt in zumindest nachfolgenden Bereichen Verfahrensrichtlinien fest:</li> <li>Allgemeine Richtlinien:</li> <li>Einzug von neuen Bewohnern;</li> <li>Einarbeitung und Begleitung von neuen Mitarbeitern;</li> <li>Maßnahmen bei Ausbrechen eines Brandes;</li> <li>Pflegerische Richtlinien:</li> <li>Dekubitusprophylaxe und – pflege;</li> <li>Sturzprävention;</li> <li>Pflegerische Richtlinien</li> <li>Gebrauch von freiheitsbeschränkenden Maßnahmen, wobei sowohl die physische und psychische Fixierung beschrieben werden muss;</li> </ul>
e) La maison de repos et de soins dispose de procédures écrites à respecter en cas d'application de mesures de contention ou d'isolement. Les mesures de ce genre ne peuvent être appliquées qu'à titre exceptionnel, exclusivement en vue de la protection du résident ou d'autres résidents et uniquement sur indication médicale précise.  Ces mesures sont envisagées uniquement dans le cas où aucune autre mesure moins radicale n'est disponible pour atteindre le même objectif et pour autant qu'une pondération des intérêts de toutes les parties concernées ait eu lieu.  Toute décision en matière de contention ou d'isolement est mentionnée dans le dossier de soins du résident. La nature, de même que la durée de la mesure, y sont renseignées, ainsi que la motivation de la décision.  Toute dérogation aux procédures écrites visées dans l'alinéa premier nécessite une motivation distincte  h) En vue de soutenir les soins relatifs à la fin de vie dans la maison de repos et de soins, le médecin coordinateur et conseiller et le ou les infirmier(s) en chef sont chargés:  1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel à la nécessité de celle-ci;  2° de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'adresse du personnel infirmier, des aides-soignants et du personnel paramédical, du personnel de réactivation et des kinésithérapeutes;  3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs;  4° du respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés du résident concernant sa fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie.  k) Chaque maison de repos et de soins doit instaurer une politique de formation adaptée à chaque discipline.]	

# Annexe 2 : Tables d'évidence résumée de la littérature

Auteurs A	Année Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
Castle NG, Engberg J, & Men A.	2007 Pennsylvanie, 2840 Nursing homes,	influence du Turnover des infirmiers et aide soignant sur la qualité	14 quality indicators from OSCAR data (Medicare/ Medicaid certification)	Une rotation élevée du personnel semble être associée, dans une certaine mesure, à une qualité médiocre. Pour les infirmiers , un taux de rotation moyen à élevé est associé à une qualité médiocre.	
Castle NG <sup>1</sup> , Engberg J.	Pennsylvanie, 1071 Nursing homes,	influence du niveau de staff et du turnover sur la qualité des soins en MRS	(Medicare/ Medicaid	Les niveaux élevés d'infirmier qualifiés sont généralement associés à une qualité globale plus élevée; un nombre élevé d'infirmier moins qualifié est associé à une qualité globale plus faible. Une faible dotation en personnel infirmier et une faible stabilité dans le personnel aide soignant est associée à une qualité des soins inférieure.  Cependant, il y a des interractions entre le turnover, le niveau de qualification et le recours à du personnel interimaire. Les résultats sont corrélé tantot positivement, tantot négativement en fonction des indicateurs de qualité choisi et du type de personnel étudié (infirmier versus aide soignants).	Niveau de staff pour 100 résidents: 14,7 ETP infi RN; 16,6 ETP infirmi LPN; 33,4 ETP Aide soignant.
Castle, N., & Engberg, J.	2008 6005 nursing homes	relation effectif / niveaux de qualité	(OSCAR database)	Les niveaux d'effectifs sont à eux seuls faiblement associés aux six mesures de qualité examinées. Les soins aux résidents dépendent non seulement du volume de travail mais aussi de la cohérence des soins, de la coordination et des pratiques de soins. La qualité dépendait de la présence de plus d'un caractéristique de dotation en personnel favorable.	
Castle, N., Engberg, J., & Men, A.	2008 n=2840		(OSCAR)	relation non linéaire entre les niveaux de qualification et la qualité ; En général, les niveaux plus élevés d'aides-soignants étaient associés à une qualité médiocre	Moins de 14 équivalents temps plein pour 100 lits a peu d'influence sur la qualité, alors que plus de 25 dequivalents temps plein pour 100 lits a une influence substantielle sur la qualité.
Castle, N. G.	2009 3876 Nursing homes (OSCAR)			L'impact sur la qualité du recours à du personnel intérimaire pour 25% de l'équipe ou plus montre une différence de 1 à 2 % dans les scores de qualité;	25 ETP de soignant interimaire pour 100 lits a une action délétère sur la qualité
Castle NG, & Lin M.	2840 nursing homes and 14 quality indicators from the nursing Home Compare (OSCAR)	du management		La rotation des administrateurs de maisons de retraite a une influence sur la qualité, en particulier sur la douleur, les scores de pression, l'utilisation de la contention physique. Une forte rotation des DON est associée à une meilleure qualité, en particulier pour la dépression, le délire et la douleur. Ces deux facteurs ont une influence directe sur la qualité et une influence indirecte via le personnel "niveaux de qualification" et effectifs ".	
Castle, N. G.	2011 450 nursing homes , 2233 web visitors			création et utilisation d'une ressource en ligne conçue pour aider les maisons derepos à mettre en œuvre des améliorations de la qualité par le biais de changements dans les caractéristiques du personnel (niveau de personnel, rotation, stabilité, utilisation de l'agence)	
Castle NG, & Anderson RA. (2011).	2011 2839 nursing homes	relation modification du staff et qualité	(OSCAR)	Effets des modifications des caractéristiques du personnel sur les modifications de 4 mesures de qualité (utilisation de moyens de contention physique, utilisation de cathéters, gestion de la douleur et score de pression. La qualité semble "dépendre non seulement de ce qui est fait, mais aussi de ce qui est fait, de la qualité de ce qui est fait, du moment où il est fait et de qui le fait. Ainsi, le simple ajout de personnel peut être un moyen nécessaire mais non suffisant d'améliorer la qualité".	
Castle, N. G., & Decker, F. H.	3867 NHAs and DONs 2011 assessed with Bonoma- Slevin leadership model			Management du style leadership transformationnel est significativement corrélé avec la qualité	
Castle	2014			Il existe des preuves que le ratio infirmière diplômée/infirmière auxiliaire a un impact sur la qualité des soins, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires. Il est nécessaire de prendre en compte d'autres facteurs tels que la rotation du personnel et l'utilisation de personnel intérimairecependant il n'a pas permis d'identifier une forte association entre les niveaux de personnel et la qualité.	

Auteurs	Année	Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
Castle, N. G., Furnier, J., Ferguson-Rome, J. C., Olson, D., & Johs-Artisensi, J.		5 3941 administrators			Le niveau de formation du personnel administratif (baccalauréat Vs Maitrise) est posititivement correlé avec la qualité des soins	
Castle, N. G., & Ferguson-Rome, J. C.	201	5 3941 nursing homes	impact de l'absentéisme des aides soingnantes		Les aides-infirmières sont les plus nombreuses dans les maisons de retraite et assurent 80 % des soins aux résidents. L'absentéisme des aides-infirmiers est associé aux scores de pression, à la gestion de la douleur, à l'utilisation de cathéters et à l'utilisation de moyens de contention physique.	
Przylog Adam, Stroka Magdalena A., Engel Susanne, Linder Roland	201	6 Allemagne			Pas d'études scientifiques concernant l'application d'indicateurs de qualité validés dans le domaine de l'offe de soins ni dans celui de la qualité de vie On trouve une augmentation significative de chutes en relation avec l'utilisation de medicaments comme des antidépressifs, anxiolytiques, hypnotiques et des sédatifs (Bauer et al.) Les résultats de cet étude montre que l'on peut diminuer le risque de chute en adaptant la consommation de médicaments et donc augmenter la qualité de vie. Cet étude-ci ne montre pas de corrélation entre les évaluations des MRS et la mesure de la qualité de résultat (Ergebnisqualität) jusque 2010. Il n'y pa s de lien statistiquement significative entre ces évaluations et le prix des MRS. Pour se fier sur l'objectivité des évaluations, les conditions scientifique concernant la variabilité et la fiabilité doivent être réunis.  la cote finale ne montre pas de façon homogène les domaines problématiques, ce qui permet un camouflage de la qualité de soins qui ne serait peut-être pas satisfaisante. Il n'y pas d'approche scientifique uniforme sur la mesure de la qualité en MRS concernant le résultat (outcome) et la qualité de soins.	
Markus Anliker	200	6		RAI-MDS	Qualification du personnel en gériatrie Des efforts de réhabilitation chez les clients Le MDS (minimum data set) est collecté à l'admission et tous les 6 mois En se basant sur le RAI on cible des efforts sur les domaines problématiques de façon systématique, p. ex. concernant les symptômes de dépression, la douleur RAI-NH Avantage: on ne se concentre pas sur la politique financière mais bien sur le MDS en relation avec le patient Les données du RUG se basent sur des enquêtes importantes	
Astrid Bastian, Matthias Ernst, Wolfgang Seger		N=1431	Outil	• "Pflegenote" (score de soin): évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle ( Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK))		
Tom Schaal, Tonio Schönfelder, Julia Fritz, Jörg Klewer, Joachim Kugler		Allemagne	outil		L'enquête examine la concurrence entre les MRS dont l'évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)) est publiée sur l'internet. L'introduction d'un critère supplémentaire sur le pourcentage de personnel qualifié (d'après la loi elle doit être de 50%) Le questionnement de résident est assez vague et ne donne pas de renseignements précis quant à la qualité de soins dans le MRS En Allemagne une loi sur le développement en qualité de soins a été créée en 2008. Les évaluations ont lieu annuellement. Il en résulte une "note" d'après le	
Bowblis	201	1	caractéristiques du staff		Une meilleure dotation en personnel est associée à une meilleure qualité, la composition du personnel est également un facteur important pour déterminer la qualité des maisons de soins infirmiers. Chaquespécialisation d'infirmière possède un ensemble de compétences différent et peut être plus ou moins efficace pour répondre aux besoins particuliers des résidents. Les exigences minimales en matière de personnel de soins directs sont nécessaires car le niveau de formation du personnel et la combinaison des compétences, améliorent la qualité	

Auteurs	Année	Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
Konetzka RT, Stearns SC, & Park J.	2008		caractéristiques du staff	OSCAR	L'infirmière assistante dispense des soins directs aux résidents (aide pour les AVQ), les infirmières observent, évaluent et enregistrent les symptômes et les progrès des résidents. Les infirmières collaborent avec les médecins pour le traitement, l'administration des médicaments et l'élaboration des plans de	
Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, et al.	2011	L systematic review			soins. L'augmentation des effectifs des infirmières réduit les effets indésirables dans certaines maisons de soins.  Présence d'élément contradictoire lorsque la recherche de corélation entre le niveaux de staff et la qualité dans les maisons de repos	
Havig AK <sup>1</sup> , Skogstad A, Kjekshus LE, Romøren TI.	2011	444 employees, 13 NH directors and 40 ward manager; 398 relatives in Norway	gouvernance/ caractérisique du staff		Le style de leadership a un lien avec la qualité. Il n'y a pas de corrélation significative entre le niveau des effectifs et le nombre d'infirmière. Les dirigeants doivent se concentrer sur la coordination, les rôles du personnel, le suivi des opérations pour améliorer la qualité des soins.	
Kjos, 2016		444 staff members in 22 NH, norway	caractéristiques d	u staff	La qualité des soins est influencée par les caractéristiques des résidents, du personnel et des services. Absence d'effet positif significatif des infirmiers sur les soins généraux. Absence de relation significative entre le niveau total des effectifs et certains résultats en matière de qualité. La taille du service n'a montré aucune relation significative avec les résultats en matière de qualité	:
Hyun Shin	2015	5 Korea, 150 NH	caractéristiques d	u staff	Effet de la présence d'infirmier dans la prévention des chutes, diminution de l'alimentation par sonde, diminution des comportements agressifs et meilleure amplitude de mouvement pour les résidents. Le taux de roulement élevé a entraîné la déshydratation, l'alitement et l'utilisation de médicaments antipsychotiques chez un plus grand nombre de résidents.  15 résultats de la qualité des soins et 3 variables indépendantes : heures par résident, combinaison de compétences et rotation	
Kim,	2009	411 nursing homes, California	caractéristiques d	u staff	Les ratios infirmier / effectif total n'étaient pas liés à des déficiences totales, mais à des déficiences graves. Une proportion plus élevée d'Infirmier dans le personnel total est importante pour la qualité des soins. Il n'y a pas de consensus sur la composition efficace du personnel infirmier dans les maisons de retraite.	
Hyer et al	2011	663 Florida nursing homes	caractéristique du staff		rapport entre l'augmentation du nombre d'aides soignants et le nombre d'infirmiers : des niveaux plus élevés d'aide soignant étaient des prédicteurs de scores totaux de déficiences plus faibles et de la qualité des soins.	2
Hurtado	2016	direct-care employee in 30 NH, Boston, USA	temps de travail. Caractéristique du staff		L'organisation du temps de travail peut être associée à la qualité des soins. D'autres facteurs liés au temps, tels qu'un ratio de personnel agréé plus élevé, sont des prédicteurs de meilleurs soins aux résidents. En corrélation avec l'indicateur d'escarres.	
Backhaus	2017	, 21 nursing homes, The Netherland			Le climat de travail a une influence sur la qualité des soins. La multidisciplinarité améliore la qualité des soins percue.	
Backhaus	2014	1	staffing		Il n'y a pas de preuve d'une relation positiive entre le niveau de staff et la qualité des soins	
Chen	2015	5 Ohio	staffing	OSCAR database	Relation positive entre le nombre de personne pour les soins directs et la qualité des soins en MRS	
flynn	2010	) 63 NH, New Jersey	staffing	OSCAR database	L'environnement favorable à la pratique infirmière montre de meilleurs résultats pour les résidents. Aucune association entre le niveau de dotation et les indicateurs de qualité	2
Park	2009	)	staffing	OSCAR database	l'augmentation des normes de personnel est associée à une réduction de l'utilisation des moyens de contention. Les résultats des résidents et l'utilisation des cathéters ne montrent cependant aucun changement	
Lee	2014	1	staffing et case mix		Théoriquement, un nombre d'heures de travail plus élevé chez les infirmières pourrait être associé de manière significative à de meilleurs indicateurs de qualité liés aux processus et aux résultats. la présence d'infirmière (en heures) était significativement associée à des taux plus faibles de plaies de pression, mais pas à une infection urinaire. Les heures estimées de travail des infirmiers n'étaient pas liées à la perte de poids ou à l'utilisation de médicaments antipsychotiques. Par contre, le profil des résidents est corrélé avec les indicateurs sélectionnés dans l'étude,	

Auteurs	Année	Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
					Les APRN apportent des compétences essentielles, la capacité	
popejoy	2017	16 NH, Missouri	APRN		de gérer les résidents malades, la capacité de guider le personnel moins expérimenté.	
					регоотпетното ехрегитене.	
					risques liés au manque de personnel et à la sous-formation :	
					abus et négligence, chutes, contention physiques et chimiques,	
					nutrition et perte de poids, douleur, démence, dépression et	
					autres maladies mentales, incontinence urinaire, escarres, isolement social et inactivité	
					Une formation en leadership est recommandée pour les	
Maas	2008	3			infirmières et une formation accrue en soins infirmiers	
					gérontologiques est recommandée pour les infirmières et le	
					personnel auxiliaire.Pour remédier à la pénurie d'infirmières	
					gérontologiques et à la formation au leadership dans les maisons de soins infirmiers, un programme de préparation des	
					infirmières à devenir des spécialistes des soins infirmiers	
					gériatriques à long terme est proposé.	
					The second secon	
					Les gestionnaires et les responsables des soins infirmiers de longue durée peuvent promouvoir l'amélioration des	
					performances en matière de supervision efficace des	
		integrative review:			infirmières afin de réduire le taux de rotation et d'améliorer les	
		relationship between	Leadership et		résultats des résidents. Un infirmier superviseur efficace peut	
Mc Gilton	2016	supervisory	supervision		être décrit comme un infirmier qui donne des directives, qui est	
		performence and resident outcomes			respectueux, juste, qui soutient, qui donne des moyens d'action et qui encourage les infirmiers assistants. Une supervision	
		. Coluctic Gutcomes			efficace de l'infirmière semble être associée à un certain	
					nombre de résultats positifs pour l'infirmière, l'organisation et	
					les résidents dans les soins de longue durée.	
					Les infirmières de pratique avancée sont associées à	
					l'amélioration de plusieurs mesures de l'état de santé et des	
		quantitative evidence of the effectiveness of			comportements des personnes âgées dans les établissements de soins de longue durée. Les infirmières de pratique avancée	
		advances practice			jouent un rôle positif dans la réduction des taux de dépression,	
Donald Faith	2013	nursing rôles in meeting	APRN		d'incontinence urinaire, de plaies de pression, d'utilisation de	
		the healthcare needs of			moyens de contention et de comportements agressifs, et dans	
		older adults in LTC.			l'amélioration des capacités des résidents à atteindre leurs	
					objectifs personnels et à satisfaire leur famille en matière de services médicaux.	
					services inculcada.	
					Influence de la formation continue et de compétence clinique	
Cramer,	2014	USA			gériatrique des infirmières ; impact de la certification des	
					infirmiers sur l'autonomisation, la satisfaction au travail, l'intention de quitter (turnover) et la compétence clinique.	
					Time not de quitter (turnover) et la competence cinique.	
					Importance de la flexibilité de l'organisation et de l'adaptation	
Abrahamson	2013	3 Minessota			au changement; importance et impact du leadership dans un	
					engagement vers la qualité	
					Importance de se fixer des objectifs à atteindre au niveau de la	
Baier	2008	3 USA			qualité; le sysstème STAR est un guide des maisons de	
					classification des MRS selon 4 indicateurs cliniques cible (dépression, douleur, contentions physiques et escarres)".	
					(aspiression, doubter, contentions physiques et escarles).	
					Impact des interventions de communication dans la qualité des	
Colon-emeric	2017	' USA			soins: relation de travail entre les collègues, utilisation de la	
					diversité dans la résolution de problèmes. Impact d'une formation continue sur le sujet.	
					Tormation continue sur le sujet.	
					Impact des infirmier sur l'empowerment , la satisfaction au	
Cramer et al	2014	USA			travail, intention de quitter le travail et les compétences cliniques	
					l'amélioration des soins directs au résident (temps passé au	
Easton	2016	5			chevet du résident) permet des gains financiers et permet de	
	2010				diminuer les hospitalisations	
Hjaltadottir		Iceland		MDS		

Auteurs	Année Pays, type d'institution	Sujet	Outils	Elements influencant la qualité	Commentaires
				le turnover alimente une spirale descendante dans la capacité	
				du système à maintenir un environnement sûr pour les	
				résidents: erreur, désorganisation des nouveaux gestionnaires,	
				augmentation des départs volontaires des soignants. Le	
				roulement du personnel clinique a ensuite entraîné une vague	
	USA, Central North			de nouveaux soignants ; la coordination, la supervision et le	
Hunt	2014 Carolina; 8NH	turnover		travail d'équipe nécessaires à la qualité des soins se sont	
	carolina, olvii			érodés avec le temps. Les gestionnaires et les soignants qui	
				travaillaient en sous-effectif ont décrit l'épuisement	
				professionnel et leturnover du personnel. La confluence d'une	
				expertise insuffisante et de soutiens humains et instrumentaux	
				a structuré le système pour l'émergence récurrente d'un	
				roulement et de soins de mauvaise qualité.	
				OIQ (Observable Indicators of Nursing Home Care quality. La	
				cohérence interne est forte avec des alpha de Cronbach allant	
Rantz,	2012 USA: Missouri		OIQ	de 0,74 à 0,93 pour les sous-échelles ; la fiabilité des interrater	
torrez,	2012 03/11/11/350411	Olq	0.0	et des test-retest est acceptable pour le processus, la	
				structure, et Total s'échelonnent respectivement de 0,64 à 0,76	
				et de 0,75 à 0,77.	
	16 nursing homes in a				
lantz,	2017 metro area of the	APRN		interet des APRN pour réduire le recours à l'hopsitalisaiton des	
unitz,	Midwest.	,	résidents		
				La relation entre la propriété (public vs privé lucratif vs asbl) et	
				la qualité des soins dans les maisons de repos Les résultats	
Ninblad,	2017 Sweden			indiquent que les maisons de soins publiques sont de meilleure	
				qualité que les maisons privées en ce qui concerne deux	
				mesures de qualité structurelles : le niveau de personnel et	
				l'hébergement individuel.	
				Malgré l'abondante littérature sur la dotation en personnel	
		staffing		infirmier et le formidable plaidoyer visant à augmenter les	
				exigences minimales en matière de personnel, les études	
				existantes ne sont pas encore parvenues à des conclusions	
				définitives sur la manière dont la dotation en personnel	
				infirmier affecte la qualité des soins. Ces études ne trouvent	
Lin				cependant aucune preuve à l'appui d'une relation aussi directe.	
	2014			Diameters for the second death was found before the second	
				D'autres études encore, dont une étude bien conçue de	
				Zimmerman et al. (2002), ont trouvé des preuves d'une	
				association négative entre la dotation en personnel infirmier et la qualité des soins.	
				Les recherches sur la dotation en personnel d'autres types	
				d'infirmières, telles que les infirmières diplômées et les aides-	
				a minimieres, tenes que les minimieres diplomees et les aldes-	

Auteur, Année	Pays, type d'institution	Outils	Elements influencant la qualité
Przylog Adam, Stroka Magdalena A., Engel Susanne, Linder Roland - 2016	Allemagne, Ruhr- Universität Bochum, Rheinisch-Westfälisches Institut für Wirtschaftsforschung, Wissenschaftliches Institut der TK für Nutzen und Effizienz im Gesundheitswesen Hamburg	"Pflegenote" (score de soin), évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle ( Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK))	Pas d'études scientifiques concernant l'application d'indicateurs de qualité validés dans le domaine de l'offe de soins ni dans celui de la qualité de vie -  Augmentation signifiante de chutes en relation avec l'utilisation de medicaments comme des antidépressifs, anxiolytiques, hypnotiques et des sédatifs (Bauer et al.)  Pas de corrélation entre les évaluations des MRS et la mesure de la qualité de résultat (Ergebnisqualität) jusque 2010.  Pas de lien statistiquement significative entre ces évaluations et le prix des MRS.  En plus la cote finale ne montre pas de façon homogène les domaines problématiques, ce qui permet un camouflage de la qualité de soins qui ne serait peut-être pas satisfaisante.
Markus Anliker -2006	Schweiz, Pflegezentrum Baar	RAI	Qualification du personnel en gériatrie Des efforts de réhabilitation chez les clients Le MDS (minimum data set) est collecté à l'admission et tous les 6 mois En se basant sur le RAI on cible des efforts sur les domaines problématiques de façon systématique, p. ex. concernant les symptômes de dépression, la douleur
Astrid Bastian, Matthias Ernst, Wolfgang Seger	Allemagne, Medizinischer Dienst der Krankenversicherung, Hannover	"Pflegenote" (score de soin), évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle ( Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK))	Premier système d'évaluation en Allemagne depuis 2008 - ce système forme une base idéale pour l'identification et l'analyse de facteurs d'influence sur la qualité de soins.  Le développement d'une procédure universelle d'évaluation des prestations de soins et de leurs qualité dans les MRS, ainsi que leur publications sous forme de scores de soin ne sert non seulement à l'information du consommateur mais a mené également à l'initiation de concourir entre MRS d'augmenter la qualité en soins  En général on suppose que les coûts de soins sont en relations directes avec la qualité en soins (Gebert, 2003)  En ce temps il existent peu d'enquêtes qui examinent la relation entre la qualité en soins et les coûts en MRS  Augurzky et al (2010) a examiné si une MRS cher en Allemagne offre des prestations de soins de bonne qualité. Ils ont constaté que des prix plus élevés sont associés plutôt à des conditions structurales qu'avec la qualité en soins.  Une corrélation entre les scores de soins et de leur qualité de soins (thème de cet étude) n'a pas encore été examiné
Rebecca Palm, Sascha Schmidt, Michael Galatsch, Hans-Martin Hasselhorn, Bernd Hans Müller	Allemagne     Lehrstuhl für Gesundheitswissenschafte n/Public Health, Medizinische Fakultät, Technische Universität Dresden     Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften. Westsächsische Hochschule Zwickau	Pflegenote (score de soin), évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)) • L'enquête examine la concurrence entre les MRS dont l'évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK)) est publiée sur l'internet.	Question de l'enquête: est-ce que l'évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle renforce une amélioration de la qualité en soins?  Les catégories d'évaluations sont:  Soins et assistance médicale  Les rapports avec les résidant souffrant de démence  Assistance sociale et les activités quotidiennes  Habitation, alimentation, ménage et hygiène  Questionnement des résidents  Résultat finale  L'introduction d'un critère supplémentaire sur le pourcentage de personnel qualifié (d'après la loi elle doit être de 50%)  Le questionnement de résident est assez vague et ne donne pas de renseignements précis quant à la qualité des soins dans le MRS  Question de l'enquête: est-ce que l'évaluation de la qualité des soins par l'organe de contrôle de la mutuelle renforce une amélioration de la qualité en soins?  En Allemagne une loi sur le développement en qualité de soins a été créée en 2008. On a fusionné l'évaluation interne avec un organe externe, la mutuelle. Les évaluations ont lieu annuellement. Il en résulte une "note" d'après le système de notation scolaire courant en Allemagne.  Il existe des MRS privé, de l'état et de la commune. Il n'y a pas de différence significative entre ces homes au niveau de la qualité de soins.  Tandis que dans le domaine « soins et assistance médicale » les évaluations étaient les plus mauvaises, c'est là que qu'après un an il y avait les meilleurs améliorations  L'introduction d'un critère supplémentaire sur le pourcentage de personnel qualifié (d'après la loi elle doit être de 50%)

#### Annexe 3 : Guide d'entretien de focus group

## Guide d'entretien de focus group : Groupe de réflexion sur les critères de qualité en MRPA/MRS

Ce guide est la trame des discussions qui seront menées auprès du groupe de réflexion. Il est composé d'une part de recommandations et d'autre part d'une série de questions qui seront utilisées pour guider le focus group et relancer la discussion afin de répondre aux objectifs du travail.

#### **FINALITÉ**

Déterminer un outil commun d'évaluation de la qualité des soins dans les Maisons de Repos et les Maisons de Repos et de Soins et clarifier la gouvernance nécessaire.

#### **OBJECTIFS:**

- 1. Élaborer une liste d'indicateurs de la qualité des soins infirmiers en MRPA/MRS et les transmettre aux autorités compétentes dans chaque Région.
- 2. Établir une référence belge en termes de niveau de qualité à atteindre.
- 3. Proposer une structuration de l'activité infirmière dans les MRS (gouvernance) : profil des praticiens de l'art infirmier (infirmier, aide-soignant et autres fonctions) et différenciation de fonction dans les MR/MRS

#### **SUJETS À EXPLORER**

- 1. Les valeurs communes que nous, infirmier(e)s, ne voulons pas abandonner, trouvons importantes, et requérons.
- 2. Les critères pertinents, faisables et réalistes des indicateurs de qualité relevés dans la littérature

## **ORGANISATION**

- Invitation réalisée via l'UGIB
- Animateur (CP)
  - Régularisation du flux de la discussion : s'assurer que tout le monde prenne part à la discussion
  - o Exploration des questions de recherche
- Présence de facilitateurs (JF et EDW) pour la prise de note et relever les mimiques/comportements des participants
- Traduction simultanée
- S'assurer que tout le monde se présente en début de réunion
- Compléter les documents pour les remboursements des frais de déplacement
- Document à compléter ? (convention, consentements...)

- Premier temps :

  1) Explorer la connaissance des participants quant aux indicateurs de qualité actuels et la collecte de ceux-ci.
- 2) Identifier les indicateurs de qualité

QUESTIONS DE BASE	EXPLORATOIRES	PROCÉDÉ			
Commençons par un tour de table afin de nous présenter.     Merci de donner votre nom et votre fonction dans votre institution.	Introduction	Prise de note par les facilitateurs			
	Situation actuelle				
Que pensez-vous de l'enregistrement actuel d'indicateurs de qualité	Quelle est la place des indicateurs de qualité dans votre vie de tous les jours  Quel type d'enregistrement : en continu, ou sur une période particulière de l'année  Quel feedback le personnel reçoit-il sur ces indicateurs ?  Comment cela se passe-t-il en pratique pour la collecte des indicateurs	Prise de notes et enregistrement			
	Utilité des indicateurs				
3. Quels sont les avantages/les inconvénients du monitoring par indicateurs ?	Quelle est votre expérience personnelle concernant l'utilisation d'indicateurs de qualité ?  Quels sont les indicateurs de qualité intéressants ?  Quels sont les enregistrements qui ne servent à rien ?  Seriez-vous prêt à enregistrer d'autres indicateurs/plus d'indicateurs ?  Quel(le)s sont les difficultés/obstacles à la collecte d'indicateurs ?  Quels sont les leviers pour l'utilisation des indicateurs ?				

	4. Quelles sont les circonstances/situations pour lesquelles des indicateurs sont nécessaires/utiles ?	Vous arrive-t-il de comparer les institutions en termes d'activité, de « lourdeur », ou de profil d'établissement au moyen d'indicateurs ?  Est-ce une plus-value de pouvoir se comparer à d'autres ?				
		Gouvernance				
5.	Selon vous, quel serait l'encadrement idéal pour assurer la qualité des soins en MRS ?	À quelles conditions peut-on assurer une dotation infirmière adéquate et un éventail optimal des qualifications dans les MRPA/MRS?  Quel est l'impact de la différenciation de fonctions sur la qualité des soins et sur l'organisation des soins?				
		Questions de relance				
		<ul> <li>Pouvez-vous expliquer un peu plus ?</li> <li>Pouvez-vous me donner un exemple concret ?</li> <li>Avez-vous autre chose à ajouter ?</li> <li>Est-ce que quelqu'un voit cela différemment ?</li> <li>Avez-vous d'autres points de vue ?</li> </ul>				
	Conclusion					
6.	Souhaitez-vous ajouter quelque chose qui n'a pas été abordé ou qui mérite d'être évoqué ?					

Dans un second temps :

1) Pour chaque domaine, choisir les indicateurs de qualité les plus pertinents et déterminer leur importance/facilité d'obtention (cf. liste des indicateurs de la littérature)

Étape 1 : Proposer la liste des indicateurs.

7.	Voici une liste d'indicateurs issus de la littérature, que pensez-vous de cette liste ?		
8.	Que pensez-vous de chacun des domaines/des indicateurs par domaines proposés ?	La donnée est-elle récupérable facilement ?  Cela nécessite-t-il des enregistrements complémentaires ?	

Étape 2 : Sélectionner les indicateurs (au moins deux dans chaque domaine) qui sont réalistes, faisables et pertinents.

Étape 3 : Classer les indicateurs en fonction de l'importance du critère et de la facilité à le mesurer. Ce qui est peu important et difficile est à éliminer.

Étape 4 : Comment peut-on les mesurer ?

*Merci d'avoir pris de votre temps pour participer si activement à ce groupe.* Vos réponses et discussions ont été très utiles et instructives.