

العدد الثاني - كانون الأول ٢٠١١



المجلة اللبنانية للتمريض

الصادرة عن نقابة الممرضات والممرضين في لبنان





رئيس التحرير: د. ريمى ساسين قازان

الإشراف العام: النقيبة كلير غفري زبليط

هيئة التحرير:

- بهية المفتى
- فيكي جبران
- د. ماري تريز صباغ
- ماتيلد عازار
- منى نعمة
- د. نهاد ضومط

تصميم وإخراج: أنطوان بدوي
personal@antoinebadaoui.com

الطباعة: مطبعة كارلوس وإخوانه - البترون

فهرس

كلمة العدد

كلمات افتتاح المؤتمر

- ٤ _____ كلمة معالي وزير الصحة العامة - الدكتور محمد جواد خليفة
٦ _____ كلمة ممثل منظمة الصحة العالمية - الدكتور ثمين صدقي
٩ _____ كلمة نقية المرضات والممرضين - السيدة كلير غفرن زبليط
١٠ _____ العولة والتمريض: تحديات وأفاق - السيد بهجت رزق
١٢ _____

Table des matières / Table of Contents

Editorial	2
Séances Plénières / Plenary Sessions	
○ Les compétences : pierre angulaire de la formation en sciences infirmières - <i>Francine Girard</i>	4
○ Globalization and multiculturalism: implications for nursing - <i>Shake Ketefian</i>	6
○ Qualité des soins: défis et perspectives - <i>Diane Morin</i>	11
○ Heart Disease in Lebanon: Lessons Learned from Research - <i>Samar Noureddine</i>	14
○ L'approche écologique: définition, potentiel et enjeux pour les sciences infirmières - <i>Lucie Richard</i>	17
○ La profession infirmière au Liban à l'heure de la mondialisation - <i>Rima Sassine Kazan</i>	22
Ateliers / Workshops	
○ Workshop 1: palliative /hospice care: reflecting on experiences from LEBANON AND JORDAN - <i>Sanad Association Team, Helene Samaha Nuwayhed, Rana Hamad, Dr. Mazen El Bashir, Lubna Izziddin, Dr. Salam Jalloul, Dr. Rabih Shammai & Marie Claire Mhawej</i>	27
○ Workshop 2: Gestion du diabète de type 1 - <i>Equipe du Chronic Care Center : Claude Rayess Sadek, Pascale Nawfal, Colette Bitar & Tima Timani</i>	28
○ Workshop 3: Advanced Life Support - ALS Simulation - <i>Lebanese European Academy of Emergency Medicine team (LEAEM) ;, Hiba Hammoud, Catherine Berbari & Alfred Chahbar</i>	28
○ Workshop 4: Advanced Pediatric Life Support APLS - <i>Lebanese European Academy of Emergency Medicine team (LEAEM) : Nouhad Nassif, Dayane Nehme & Mira Haddad</i>	29
○ Workshop 5 : Bien contrôler son asthme - <i>Equipe d'Asthma Center- Childhood Protection & Care Association: Danielle Daccache & Maral Kojabelian</i>	29
○ Workshop 6: Directives in the management of heart failure care: a multidisciplinary approach - <i>Heart Failure Interest Group of the Lebanese Order of Physician Team: Sarine Beukian, Angela Massouh, Hind Dakhil Abboud & Dr. Hadi Skouri</i>	30
Séances parallèles / Concurrent Sessions	
○ Effects of Smoking on Fertility and Pregnancy - <i>Christine Weir Abbyad</i>	33
○ Birthing Practices of Maternity Nurses in Lebanese Governmental Hospitals - <i>Christine Weir Abbyad</i>	37
○ Les soins en santé communautaire et le suivi infirmier à domicile pour les diabétiques - <i>Action de l'équipe de SIDC - Micheline Jreij Abou Chrouch</i>	40
○ Professional advancement program for Lebanese nurses - <i>Nisrin Abou Fakhr</i>	42
○ Understanding the experiences of middle-aged Lebanese women in disclosing sexual concerns and seeking help - <i>Mathilde Azar</i>	46
○ Structured scoping review of systematic reviews to evaluate outcomes of massage intervention on preterm and/or low birth weight infants- <i>Bahia Abdallah El-Moufti</i>	49
○ Determinants of low childhood immunization among Lebanese families in high-risk mohafazats in Lebanon - <i>Vicky Gebran, Mathilde Azar, Joumana Yeretzian & Dr. Nada Ghosn</i>	52
○ Nursing Workforce In Lebanon: Providing Evidence to Change Policy and Practice - <i>Diana Jamal & Fadi El-Jardali</i>	54
○ La lutte contre les escarres - <i>Ghada Kesserwani</i>	63
○ Description de l'environnement psychosocial des cadres gestionnaires infirmiers du Liban - <i>Martine Mayrand Leclerc, Rima Sassine Kazan & Claire Zablit</i>	66
○ Running head: Readiness To HER Adoption - <i>Abdellatif M. Marini</i>	71
○ A Heart Failure Clinic In Lebanon: Proposal and Recommendations - <i>Angela Massouh</i>	73
○ La coordination entre Infirmiers-ères et autres professionnels-les du milieu hospitalier et ses conséquences pour la formation professionnelle - <i>Nicole Nadot Ghanem</i>	77
○ Le mythe infirmier Ou le pavé dans la mare - <i>Michel Nadot</i>	81
○ Santé au travail: La qualite de vie des infirmières et le projet ARIQ - <i>Anne-Marie Pronost</i>	84
○ Programme national de financement de la Recherche Infirmière en France - <i>Monique Rothan-Tondeur, Cécile Dupin & Christophe Debout</i>	86
○ L'impact d'une intervention sur l'amélioration de la documentation à l'hôpital Saint-Georges Centre Médical Universitaire (SGMUC) - <i>Madona Saad</i>	90
○ Le rôle éducatif dans la formation initiale universitaire des infirmières au Liban Approches et différences entre les institutions universitaires - <i>Marie Thérèse Sabbagh</i>	93
○ The Full Outline Of Unresponsiveness Score Coma Scale An Emerging Coma Scale - <i>Anthony Shamoun</i>	96
Recommendations du congrès / Conference Recommandations	100

كلمة العدد

يعرض هذا العدد وقائع المؤتمر العالمي الأول الذي نظمته نقابة الممرضات والممرضين في لبنان تحت عنوان: "العولمة والتمريض، تحديات وأفاق".

افتتح هذا المؤتمر في ١٢ أيار بمناسبة يوم الممرض/ة العالمي وجمع عدد من الاصحائين بالشأن الصحي من لبنان والمحيط وكندا والولايات المتحدة وأوروبا. شكل المؤتمر مساحة حوار وتبادل للخبرات والمعلومات في المجالات الأربع لمهنة التمريض: التطبيق، التعليم، البحث والإدارة.

يتضمن هذا العدد كافة المحاضرات وورشات العمل والتوصيات التي تم تداولها خلال المؤتمر وتأتي هذه المبادرة بذات التوجه الرامي إلى تدعيم وتمتين مهنة التمريض وإبراز دور النقابة الرائد في تطوير مهنة التمريض في لبنان.

نتمنى أن تشكل المعلومات الواردة في هذا العدد مصدراً وداعماً لمواصلة الدور الحيوي والأساسي للممرضات والممرضين في ميدان الصحة.

كلمات إفتتاح المؤتمر



معالي وزير الصحة العامة

الدكتور محمد جواد خليفة

في مثل هذا اليوم من كل سنة نلتقي لنحتفل بيوم الممرضة العالمي، ولنستعرض بعضًا من شؤون وشجون المهنة والسياسة الصحية العامة ذات الصلة.

بداية إنني أهنئ النقابة وعموم الجسم التمريضي على النقدم الذي أحرزته خلال السنوات القليلة من عمر النقابة. فكنا ولم نزل إلى جانب النقابة في جهودها لتطوير الأنظمة والقوانين التي ترعى مهنتكم لفناعنا بالدور المفصلي الأساسي للممرض والممرضة في كل أنواع المؤسسات الصحية وفي مختلف البرامج كذلك.

أكدا في مثل هذا اليوم على موقفنا الداعم لجهود النقابة لتطوير مداخلها وتتوسيع مصادر تمويلها كما أكدا لكم أن القطاع العام الرعائي والاستشفائي سيبقى للسنوات القادمة سوق العمل الأساسي للممرضين والممرضات في لبنان.

ولكن ما نريد التوقف عنده في هذه المناسبة عدة أمور مرتبطة بتطور السياسة الصحية في مجالات الاستشفاء والرعاية الأولية:



في مجالات الاستشفاء، إننا نؤكد على أن المرحلة المقبلة ستتمحور حول ما يلي:

- ١- ضمان جودة الخدمات الاستشفائية ونحن نعلم أن الممرض أو الممرضة يلعبان دوراً أساسياً في برامج الاعتماد وفي مراقبة الخدمات المقدمة وضمان توفر شروط جودتها.
- ٢- مكافحة العدوى أو انتشار العدوى في المؤسسات الاستشفائية بشكل خاص. وهي عندما تحصل تمثل نكسة وعلامة سوداء للمؤسسة الاستشفائية، وخطراً حقيقياً على المرضى وعلى كل العاملين كذلك.
- ٣- حسن استعمال الموارد المتوفرة في المؤسسة وضبط الإنفاق.
- ٤- الدور الأساسي الذي تلعبه الممرضة في تنفيذ برنامج الاستشفاء المنزلي بالتنسيق مع الطبيب المعالج في المستشفى.

ونحن نؤكد على أن الاستشفاء النهاري One day clinic (استشفاء اليوم الواحد) وتوفير خدمات الجراحات السريعة، والاستشفاء المنزلي سيمثلان عناوين أساسية لعمل وتجهيزات الوزارة للمراحل المقبلة. لأن هذه الخدمات تؤدي حسب تجارب العديد من المجتمعات الصحية المتقدمة إلى خفض لتكلفة تقارب ٣٠٪ وإلى زيادة في قدرات القطاع الاستشفائي بنسبة كبيرة دون ان تكون هناك حاجة للاستثمارات الجديدة للأبنية.

ولكن المطلوب هو أن تتوافق وزارة الصحة ونقابة المستشفيات ونقابة الأطباء ونقابة الممرضات والممرضين والهيئات الضامنة على الشروط الواجب توفرها لخدمات الاستشفاء المنزلي واستشفاء اليوم الواحد. وأن تحدد التعرفات للأعمال والخدمات الطبية والجراحية الممكن تقديمها. يجب أن يقتصر الجميع أن لكل فريق منا مصلحة في هذه التوجهات.

في مجالات الرعاية الصحية الأولية

إننا نتوجه في سياستنا الصحية وكما هو واضح إلى تعزيز مؤسسات وبرامج الرعاية الصحية الأولية. فتحن تنفذ برنامج اعتماد للمراكز الصحية بالتعاون مع مؤسسة كندية متخصصة ، وأن برنامج الاعتماد هذا سيفتح الطريق لتنفيذ العديد من السياسات الإستراتيجية مثل برنامج الإحالة بين المستويات الصحية المختلفة والتي تشكل شبكات أمان صحية تربط بين المركز الصحي وخدماته ومستشفى الإحالة الأولى لتوفير حاجات المواطنين الصحية ومن الطبيعي أن يلعب المستشفى الحكومي دوراً أساسياً في كل ذلك. والأمر الثاني الذي سينتاج حكماً عن برنامج الاعتماد هذا هو اعتماد المؤسسات الرعائية المعتمدة كجزء من الخدمات الصحية المعتمدة بدورها من قبل الهيئات الضامنة العامة وسيشكل هذا التوجه نقلة نوعية في تنظيم حركة الخدمات ومن المنتظر أن يساهم ذلك في ضبط الاستشفاء والتحفيف إلى أقصى حد من حالات الاستشفاء غير المبررة والتي عادة تكون لأسباب مالية.

من الطبيعي أن نفترض وجود عمل مواز لهذه التوجهات في السياسات العامة الصحية والتي تعكس زيادة في الطلب على مهنة التمريض وزراعة في الطلب وفي الحاجة للاختصاصات في مهنة التمريض أكان في مجالات الرعاية الصحية والصحة العامة وطب الطوارئ وطب الشيخوخة والرعاية المنزلية لذوي الحاجات الخاصة والجودة واقتصاديات الصحة وسواها.

وهذا بدوره يتطلب التعاون والتنسيق بين الجامعات والمعاهد التعليمية المتخصصة في مجالات التمريض. هذا إضافة إلى الطلب المتزايد بنوع خاص على الممرضة والممرض اللبناني للسمعة الحسنة التي يتمتعون بها في لبنان والخارج. إننا نعيش وكما يعلم الجميع في زمن العولمة وتحرير الأسواق والعمل، هذا إضافة للاقاتصالات العربية الإقليمية لتحرير التجارة بالخدمات ومنها الصحية. ونحن في المبدأ تهمنا العولمة ويهمنا فتح الأسواق العربية للعمل والمهن الطبية، فتحن لا نستطيع أن نغلق الأبواب علينا ونحن المستفيدون الأساسين لحد الآن نتيجة للمستوى الرأقي لأطبائنا وممرضاتنا وممرضينا. ولكن سنبقى نحتاج إلى وسائل لحماية سوقنا الصحي من خلال تطبيق وتعزيز معايير النوعية والجودة لعمل المهن الطبية المطبقة على اللبناني.

فالتحدي الكبير بالنسبة لنا كوزارة مسؤولة وبالنسبة لكم كنقابة مسؤولة عن مهنة بالغة الأهمية هو في أن نبقى نوفق بين متطلبات الحاجة في الكمية وفي تنوع الاختصاصات في مجالات التمريض.

وبين شروط ومعايير الجودة والتميز بال النوعية، نحن نشق بالنقابة نقية وأعضاء وستبقى الوزارة أبوابها مفتوحة لكم. إن أملنا كبير في أن نحتفل كل سنة وقد حققنا خطوات مهمة إلى الأمام فالتطوير في مجالات الصحة هي دوماً متطرفة توّاكب تطور الخدمات وتطور وسائل التشخيص والوقاية والعلاج وتطور حاجات السكان الصحية.

Représentant de l'OMS au Liban

Dr Sameen Siddiqi



It gives me great pleasure to be present on the occasion of the **International Nurses Day**, which is celebrated around the world on every May 12. The theme for this year is - Closing the Gap: Increasing Access and Equity. It is the most befitting occasion to honor and acknowledge the great contribution that nurses have made by providing health services, care and compassion to patients and the communities. Let me also take the opportunity to congratulate the Order of Nurses in Lebanon for organizing on this day the first international conference on "globalization and nursing – challenges and perspectives". In fact, this is an extremely important subject, which raises important questions related to the migration of the health workforce, especially the migration of nurses, and its impact on the performance of the national health systems.

We live in a **globalizing world**, where national governmental and corporate policies are shaping trade, capital flows, and foreign investment through supranational decision-making. Globalization poses new challenges, as well as creates opportunities, for the national health systems of developing countries for the provision of efficient, equitable, and sustainable health services. Among these one of the most important is migration of the health workforce and in particular that of the nurses.

Nurses, like workers in all sectors, tend to go where the working conditions are best. Income is an important motivation for migration, but not the only one. Other reasons include -greater job satisfaction, career opportunities, the quality of management and governance and moving away from political instability, war, and the threat of violence in the workplace. Migration is often stepwise. Professionals tend to move from the poorest regions to richer cities within a country, and then to high-income countries. In most countries, there is also movement from the public to the private sector, particularly if there are considerable differences in income levels.

Globalization helps to drive international migration. Demand for health services is increasing in rich countries because of ageing populations and the rise of chronic illnesses. In a number of middle-income countries with good health education systems – such as Fiji, Jamaica, Mauritius and the Philippines – a significant proportion of students, especially in nursing schools, begin their education with the intention of migrating, usually in search of a better income. Is this the case for Lebanon as well? I am not sure, but should be considered by those who develop policies for nurses to ensure that there are enough opportunities to keep them within the country.

The world view of nursing is changing in response to the influences of diversity, mobility, customer demand, and economics. To adapt to this change nurses must expand

their vision and adapt their competencies and skills to a cross cultural World. Globalization requires nurses to adopt a global spirit, to see the big picture, and try to find a common bond among people to lessen the impact of differences. We believe that there is a need for a new concept and yield in nursing that we may label the Universal Nurse.

Nurses in the Eastern Mediterranean Region are among the main professional component of the "front line" workforce in most health systems, and their contribution is recognized as essential to meeting health and development goals, including the Millennium Development Goals, and delivering safe and effective care. Health indicators in addition to medical and other levels of health services are directly linked to nursing practice. Within the context of the health system, nurses comprise the main group of human resources for health, providing care often under difficult conditions.

While the **Eastern Mediterranean Region** continues to invest in the development of nursing resources as a critical component of the health system, several gaps remain in the provision of well trained and motivated health workforce as a whole and in nursing in particular. Efforts are being made to manage the crisis related to shortage in nursing while trying to improve the quality of their education.

In Lebanon, the nursing profession is vibrant, there are several training institutes of nursing, the order of nurses is actively engaged in promoting nursing and some of the nurses are leading public health professionals in the region. Yet, the nursing profession faces several challenges. From the data available there is one nurse for two physicians in the country; there is a drain of nurses to the Gulf, Europe and Canada; there is some evidence of reduction in the enrollment of nurses in schools; there is a need to harmonize the training program of nurses and the degrees awarded; and indeed the reimbursement and salaries of nurses can also be improved. A renewed effort at developing a strategy for the development of the nursing profession as part of the human resource strategy in Lebanon under the leadership of the Ministry of Public Health would be most appropriate. As WHO we would be pleased to be associated with and support the development of such a strategy.

I thank you again and reiterate our commitment at the **World Health Organization** to be an active partner of the nursing profession in Lebanon. Finally, let me congratulate the organizers again for being able to organize this important international conference on nursing in Lebanon. I wish this conference every success.



كلمة نقيبة الممرضات والممرضين

السيدة كلير غفري زبليط

يُطل يوم الممرضة والممرض العالمي هذه السنة بشكل لا يشبه سابقاته، فهو مكمل بالمؤتمر الأول الذي نفتتحه برعاية وحضور معالي وزير الصحة الذي يؤكد في كل سنة وفي كل مناسبة وقوفه إلى جانب المهنة وإهتمامه بشؤونها ومستقبلها ووقوفه إلى جانب النقابة وتطلعاتها، فله منا كل الشكر والتقدير.

وليس من الصدفة أن نختار لمؤتمتنا عنوان "العولمة والتمريض" ، فالكلمة تعود إلى الأصل اللاتيني **Mundus** أي العالم، وتعني عملية افتتاح اقتصاديات الدول على السوق العالمية، والتواصل وتبادل الخبرات بين الأفراد والجماعات، وبين الحضارات والثقافات والمهارات، حتى يصبح العالم كله وكأنه "قرية كونية واحدة".

العولمة ليست حديثة العهد ، فالفينيقيون ابتدعوا منذ تسعمئة سنة قبل المسيح أول أشكال العولمة عبر لبنان الحاضر وتوزعوا منه على كافة أقطار العالم ونشروا أحرف الأبجدية، وكانت الخطوة الأولى للتواصل بين الشعوب وصولا إلى تنظيم التبادل التجاري والمالي والثقافي ثم تنظيم كل نشاطات الإنسانية سياسياً وإجتماعياً وصحياً ...



لقد أتاحت العولمة فرص تنمية العالم الثالث، حتى لا يبقى فحسب مصدراً للمواد الأولية والطاقة المحرّكة والأدمغة البشرية، بل ليصبح بدوره عالماً متطرداً.

تَظَهَرُ نتائج العولمة جلياً في كل أنحاء العالم وتطال كافة القطاعات ومكونات المجتمع : فعلى المستوى الصحي ظهرت إيجابياتها نتيجة لسرعة تبادل المعلومات والمستجدات ، لكن لا يمكن تجاهل النتائج السلبية التي يمكن أن تطرح إذا ما أخذنا بعين الاعتبار سرعة إنتشار الأمراض.

لقد طبعت العولمة مهنة التمريض بطبعها وميزاتها، على غرار ما فعلت بباقي المهن والشؤون الحياتية في كل العالم؛ لكنها انطبعت في الوقت ذاته بعوامل خاصة في كل بلد، شأن التقاليد الوطنية والتربيّة العائليّة والأنظمة التقنية والمهنية المحليّة السائدة، والظروف المناخية والبيئية، وتأثيرات الأديان والأعراف.

يرى المرضى في زمن العولمة أنهم أمام مسؤوليات متضاربة، فمن ناحية عليهم التشبّه للقيم الثقافية والإجتماعية المتعلقة بالفرد أو بالبلدان التي يعملون فيها ودورها في حياتهم المهنية وعلاقتهم بمرضاهem، ومن ناحية أخرى عليهم السعي للمحافظة على الحقوق الإنسانية الأساسية العامة وتطويرها حيث يجب أن تصب كل عناية أخلاقية وكفاية تمريضية.

أمام هذه الواقع أردنا مؤتمتنا الأولى ساحة حوار حول مواضيع تبادل الخبرات والمعرفة والتوجيه في مجالات الأداء التمريضي :ألا وهي الممارسة ، التعليم ، البحث والإدارة.

توزع برنامجنا بين محاضرات وورش عمل تتناول مواضيع مختلفة من أهمها التنوع الثقافي المرتبط بموضوع العولمة، وستتركز المحاضرات والنقاشات بشكل خاص على مفهوم الجودة كموضوع متداول كثيراً في الزمن الحاضر يشمل : نوعية حياة المرضى ونوعية حياة العاملين

في المهنة وبالطبع جودة الخدمات التمريضية.

أما نتائج الأبحاث حول المسنين والمصابين بمرض نقص المناعة المكتسبة ومرضى القلب والسكري، فستُشكّل ركائزَ المهنة لأن العناية التمريضية المبنية على النتائج العلمية هي ضمان لجودة الخدمات التمريضية.

ويتضمن المؤتمر أيضاً استعمال التكنولوجيا في التواصل نظراً لأهميتها وضروريتها في زمن العولمة، بالإضافة إلى دراسة بيئه وظروف العمل والإدارة التمريضية اللذين يشكلان عنصرين أساسيين لإبقاء الممرضين في عملهم .

إن العناية بالمرضى المصابين بالسرطان، وصحة المرأة والطفل سيُتم تناولهم أيضاً كإحصاءات ودراسات للعوامل المؤثرة على الأداء لوضع برامج عملية تساعد الأفراد على اتخاذ سلوك صحي سليم يهدف الحد من إنتشار الأمراض والمحافظة على الصحة.

وفي مؤتمرنا هذا سيتم تنظيم حلقات حول تطوير تقنيات التعليم النظري والتطبيقي في برامج التمريض، وتنمية الكفايات من خلال التعليم المستمر.

أما بالنسبة للمحاضرين الأساسيين فسيتناولون كافة المواضيع المرتبطة بالعولمة في قطاعات الخدمة التمريضية، كالريادة في المهنة، واقع المهنة في لبنان، جودة الخدمات، استراتيجية المجلس العالمي للتمريض، تطبيق نهج تفاعل الإنسان مع محیطه وأخيراً الكفايات التي تشكل ركناً أساسياً للتأهيل في العلوم التمريضية.

إن مؤتمرنا اليوم جاء نتيجة عمل دؤوب لمجموعة نشيطة، ضمت مديرية النقابة ، أعضاء المجلس واللجان، الموظفين، فرع المعلوماتية، المستشار القانوني وأخص بالذكر المستشارة الإعلامية السيدة جومانا رزق برق التي رافت التحضيرات كافة. ولكن الإهتمام وساعات العمل والتحضير تصبح بعد النجاح مجرد أرقام .

أشكر جميع المحاضرين الذين ساهموا بوجودهم معنا في رفع المستوى العلمي للمؤتمر، كما أشكر المؤسسات التي دعمتنا وخاصة بنك بيبلوس و Sanofi Aventis لمساهمتهم السخية.

وأخيراً وليس آخرأ، إن نجاح هذا اللقاء هو بوجودكم ومشاركتكم الفعالة أيها الزميلات والزملاء.
وأتمنى أن تكون نتائج هذا المؤتمر مثمرة.

العولمة والتمريض: تحديات وأفاق

السيد بهجت رزق، الملحق الثقافي في لبنان لدى اليونسكو

أبدأ بتحية هذا المؤتمر المميز، برعايته الكريمة وحضوره النوعي الراقي، وما يمثله من بُعد إنساني منفتح، في عالم متعدد.

ويُرسّني تلبية دعوة حضرة العميدة، النقيبة العزيزة كلير زبليط، للتحدث في موضوع آني، طرحته ظاهرة العولمة. فقد باتت القارات الخمس، أشبه بقرية كونية، تقاربَت بينها المسافات، واختلطت الثقافات، على اختلاف الأعراق والمعتقدات، واللغات والطابعات الاجتماعية.

ويرتدي مؤتمركم الأول الذي ينعقد على مستوى وطني واقليمي، طابعاً يتجاوزُ الخصوصية الى التعميم، لأنَّه ينطلقُ من إرادة المشاركة الجماعية في عملية البناء الحضاري، بحيث يشعرُ الإنسان، في أي مكان، والى أي بيئَة أنتَ، بأنه أخو الإنسان، شريكُه في نعمة الحياة، ورفيقُه في رحلةِ الوجود.

إنَّ مهنة التمريض، خيارٌ علميٌّ، والتزامٌ أخلاقيٌّ، وممارسةٌ نبيلة، تتصلُّ بعمق وجوديٍّ شموليٍّ، يتجاوزُ كلَّ تمييزٍ، على أي أساسٍ كان. فالإنسان هو موضوع التمريض، بل إنَّ المرض، والألم الناجم



عنه، وتهديدَ السلامة، هي الأشياء التي يواجهُها التمريض، لحماية الحياة. هكذا إذًا، مع العولمة، اي الانفتاح، والتدخل، بات التمريض مهنةً "معولمةً"، مكملاً للتطبيب، وكلِّ منهما ثقافته الموازية لدوره. لذلك يصحُّ القولُ: إنَّ التمريض، الى كونه مهنةٍ واحتصاصاً، هو ثقافةٌ ايضاً.

"ثقافة التمريض" ، هي نسخةُ الأداء، ولسُنةُ المؤاساة، ولحنةُ الشفاء، وقد دعيَت الممرضة قديماً، وعن حق: ملائكة الرحمة! ولا شكُّ في أنَّ قسوة العالم، في عصرِ العولمة خصوصاً، هي أحوج ما تكونُ الى الرحمة، التي هي من صفاتِ العزة الالهية: فالله تعالى هو "أرحمُ الرّاحمين" ، و"الرَّحْمَنُ الرَّحِيمُ"!

واسمحوا لي، في سياق التمهيد لبحثنا، إمارات فكرة، وهي أنَّ مستقبلَ العالم، مرتبطُ بجوهرِ القيم الروحية، التي تشكّلُ السلطة المعنوية، الرادعة لإساءة استعمال إنجازاتِ العلم، في عصرِ التطورِ الصاعقِ للتكنولوجيا. ولا حاجةٌ للقول إنَّ دورَ لبنان، "الوطن الرسالة" ، هو دورٌ طليعيٌّ ورائد، وهذا ما يعبّر عنه مؤتمرُ اليوم.

إنَّ التعددية الثقافية، موضوعٌ أساسيٌّ وبنويٌّ في لبنان، نسبةً لتركيبِه التعددية الجامحة. فالتجددية هي البُعدُ المركبُ: الإنسانيُّ الحضاري، الثقافيُّ والسياسيُّ والاقتصادي، ونحن نجهدُ، من خلالِ أبحاثٍ مختلفة، لوضعِ إطارٍ علميٍّ لها، لأنَّها تطالُّ عمقَ "الهويات" أي "اللاوعي الجماعي" الذي قد يتطورُ سريعاً الى نزاعاتٍ وحروبٍ ضارية، في غيابِ أُسسٍ ثابتةٍ تعاملُ معها بمنطقٍ وحكمة، عبرَ التجربة البشرية، ودراسةِ التاريخِ والعلوم الإنسانية.

منذَ زهاءِ عشرينَ سنةً، انهارَ الستارُ الحديديُّ، ودخلنا في زمنِ العولمة، مع ثورةِ طُرقِ الاتصال، التي وحدَت المسافات، وحققتَ ثورةَ المعلوماتية. وكانت لتلك التحوّلاتِ ايجابياتٌ، منها انتصارُ الشعوبِ باسمِ الحرّياتِ الفردية، مع سقوطِ الأحادية في اوروبا الشرقية، وصولاً الى اليوم، مع تهافتِ الأنظمةِ الديكتاتورية في العالم العربي؛ كما كانت لها سلبياتٌ، تجلّت في نظريةِ صراعِ الحضارات، وكان منظراً لها Huntington "هنتنغتون" ، وحدثها الأبرُّ هجومُ ١١ ايلول ٢٠٠١ الارهابيُّ، وحربُ العراقِ الثانية، واحتلالُه سنة ٢٠٠٣. وحتى يومنا هذا، لا نستطيعُ الحكمَ في شكلِ نهائيٍّ، على تلك الاحداث، لكن علينا ربطُها ببعضها.

طبعاً، لا داعي لسرد الواقع المعروفة، وليس بودي أن أطلق الأحكام جزاها، لكنني قد كرست الكثير من الوقت، منذ أكثر من عشر سنوات، لكي اتوصّل إلى بلوحة إطار نظري، يُساعد على فهم مجريات الأمور، وعرضها، قدر المستطاع، بطريقة موضوعية وعلمية، مع الأخذ بالاعتبار، أننا نتكلّم عن العلوم الإنسانية *sciences humaines* وهي جدلية، أما العلوم الدقيقة *sciences exactes* فهي بطبيعتها أقرب إلى الثبوت، لأنها تعتمد الإثبات.

لقد حُتم نشوء نظرية "صراع الحضارات" ابتكار نظرية نقristية ومتّمة، هي نظرية "حوار الحضارات" التي اطلقها الرئيس محمد خاتمي في الأمم المتحدة، سنة ٢٠٠٠، واستعادها الرئيس جاك شيراك والشهيد رفيق الحريري، عنواناً لقمة الفرنكوفونية، تحت شعار "حوار الثقافات"، التي تأجل انعقادها في بيروت، من سنة ٢٠٠١ إلى سنة ٢٠٠٢، بسبب احداث ١١ ايلول ٢٠٠١. وكان التقرير العالمي للأونسكو، سنة ٢٠٠٠، تحت عنوان "التنوع الثقافي - التعددية والنزاعات" قد لحظ في مقدمته، أن غالبية النزاعات التي نشأت إثر العولمة، خاصة قبل سنتين، أي منذ نشر التقرير العالمي الثقافي، سنة ١٩٩٨، هي ذات طابع ثقافي، وقد أحصّت ستة وثمانين صراعاً ثقافياً في العالم، من أصل اثنين وتسعين، وجميع هذه النزاعات نشأت بسرعة، من جراء ثورة الاتصال، وشملت البلدان المتطرفة الصناعية، وما بعد الصناعية، كما شملت أيضاً بلدان طور النمو (ذات الاقتصاد الأولي)؛ فالعولمة أوجدت سوقاً عالمية حرة، تتعرّض للانتكاسات والأزمات الاقتصادية، بسبب ترابط الاقتصاد العالمي، عن طريق الخدمات، وأوجدت أيضاً صراعات ثقافية، نتجت عن تداخل الأماكن، بسبب اتساع ثورة الاتصال المذهلة. كما كان للعولمة تأثير بالغ، على العقائد التي لم تعد اجتماعية، كما في العصر الفائت، بل ارتبطت بموضوع الهويات الثقافية.

في هذا الإطار، ومن خلال تجربتي في مجال المنظمات الدوليّة، والتي تعنى بالأمور الثقافية خصوصاً، ومتبعتي لبرامج الأونسكو، وانطلاقاً من التجربة اللبنانيّة الفريدة، التي نجحت ثقافياً وفنياً وسياسياً، وانطلاقاً أيضاً من مفهوم "البلد الرسالة"، الذي أطلقه، سنة ١٩٩٧، الحبر الأعظم قداسته البابا الطوبياوي يوحنا بولس الثاني، لدى زيارته لبنان، وتكرّيس لبنان كنموذج لحوار الثقافات، في قمة الفرنكوفونية، انصرفت إلى دراسة الحالة اللبنانيّة، من هذا المنظار، ونشرت سنة ٢٠٠١، كتاباً باللغة الفرنسيّة، تحت عنوان "الهوية اللبنانيّة المتعددة الثقافة" L'identité pluriculturelle Libanaise المحاضرات حول هذا الموضوع الفني والشائق، بغية عرض تجربة لبنان الرائدة، في العيش المشترك، بطريقة موضوعية، من دون التناقض عن المخاطر المداهنة، جراء هذه الهوية المركبة، واتصال الطوائف اللبنانيّة المتعددة، بجهات خارجية. فالتجربة اللبنانيّة دقيقة وحسّاسة، لها بعدها الثقافي والإنساني، الفكري والحضاري، ولها أيضاً حدودها في إدارة الوضع الداخلي، بطريقة حياديّة، تُجنب لبنان حروب الآخرين على أرضه (كما يطيّب للاستاذ غسان تويني تسميتها)؛ فهذا التداخل بين الداخل والخارج، أدى إلى إثراء لبناني ثقافي هائل، وأيضاً إلى اعتماد نظام سياسي مبني على ديمقراطية توافقية، تُتيح إطلاق الحرّيات الفردية، ولكن ضمن تسوية سياسية محتملة، بين المجموعات اللبنانيّة، التي تجرّف إلى النزاعات الإقليمية والعالمية، والإخلال بມيليشيا الوطنى، مع وجوب العودة إليه، لأنّ الطريق الوحيد لصيانة الكيان اللبناني المركب، من نظام برلماني موحد، وقدرالية طوائف، تؤمن له نوعاً من الديمقراطية (يعكس أنظمة بلدان طور النمو الأحادية)، لكنّها تُعرّضه للحروب الأهلية المتكررة، لأنّ الانتماء الوطنيّ، هو رهينة التوافق بين الطوائف (أي خاصّ في مرحلة أولية إلى الانتفاء الطائفي)، فهناك فرق شاسع بين صورة لبنان المثالى، وصورته الواقعية، حين تتابّه الأزمات المتكررة، التي لا يوجد لها علاجٌ نهائى، بل تسويات مؤقتة متكررة. وبما ان موضوع التعددية أصبح عاماً، في زمن العولمة، وانضوء جميع المجتمعات فيه، على اختلاف أشكالها، أصبح الاستثناء اللبناني نموذجاً، علينا تحديد إطّاره وقواعده:

في كتابي الاول، اعتمد درس التجربة اللبنانيّة حصرياً، لأنّ الجغرافيا الخاصة الفريدة، قد شكّلت مكاناً مميزاً لتلاقي الحضارات، أتاح للفينيقين، منذ أقدم العصور، أن يبتكرّوا الأبجدية الأولى (في أول ثورة اتصال في تاريخ البشرية) وان يكونوا وسطاء تجاريين وثقافيين، بين شعوب العالم القديم.

بعد سنوات، تابعت بحثي، لسّبّر غور العولمة، واستخلاص إطار نظري، ومقاربة انتربولوجية، قد تساعّد على فهم موضوع التعددية، والمساعدة في حل النزاعات الثقافية على أشكالها.

لجأت إلى كتابات "هيرودوت" (Herodote) الذي عُرف بلقب "أبي التاريخ"، لأنّه شهدَ أول صراع حضاري في تاريخ البشرية، بين اليونان والفرس (أي آنذاك: بين الشرق والغرب)، وقد سردَ هذه الواقع بطريقة موضوعية واستقصائية. فهيرودوت "أبو الجغرافيا والتاريخ والانتropولوجيا والبحث"، وصلت كتاباته اليانا تحت عنوان شامل: "التحقيق" Enquête.

عبرت البشرية من مرحلة ما قبل التاريخ، إلى مرحلة التاريخ، قبل خمسة آلاف سنة، (أي ثلاثة آلاف سنة قبل الميلاد)، مع قيام الحضارة المصرية، واكتشاف الكتابة، لكنَّ الحضارة الاغريقية والعقل، خمسة قرون قبل الميلاد، وضعَت أُسسَ الحضارة البشرية، من علوم انسانية وعلوم ثابتة. وهيرودوت المُلقب أيضًا “بالفيلسوف المنسي” *Le philosophe oublié*، هو أول من روى ما شهدَه في أول صرَاعٍ حضاريٍ بين الغرب والشرق، ووفرَ المعلومات الثابتة والمجردة، التي وصلت إلينا، لأنَّ الفكر الاغريقي انتقل إلى الرومان، الذين اعتمدُوا كمراجع أساسية، لفهمِ القواعد، واعتمَدَ منهجه، ومن ثم استمرَ في شرقِ الإمبراطورية الرومانية، حين قُسمَت إلى جزئين: شرقيٍّ وغربيٍّ، فانهارت الإمبراطورية في الغرب، واستمرَت في الشرق، وانتقلت إلى الحضارة العربية التي خلفَتها، والتي تولَّت اكتشافها، ونقلَها مجددًا إلى الغرب، فعادت إليه مع سقوطِ القدس طينية، والنزوح إلى الغرب، مع “عصر النهضة”. فالعقلُ البشريُّ هو واحد، لكنَّه تَقَلَّ بين مختلفِ الحضارات.

نتيجةً لأبحاثي في الموضوع، صدرَ لي في ١٢ أيار سنة ٢٠٠٩ اي منذ سنتين تماماً، كتابٌ تحت عنوان: ”معايير هيرودوت - او الهويات الثقافية الجماعية“ (*Les paramètres d'Hérodote Ou les identités culturelles collectives*) .

يروي هيرودوت أنَّ أهل ”آثينا“ أجابوا أهل ”سبارتا“، وكانت المنافسة محتدمة بينهما على ترؤُسِ العالم الاغريقي، أنَّهم ”لن يقفوا بـأثناة إلى جانبِ الفرسِ الذين يهددونَ آثينا“، لأنَّ ”العالم الاغريقي“ تجمعهُ اللغةُ، والدمُ، والأضاحي والمعابدُ (أي الدين) والطبائعُ الاجتماعية. وبذلك يكونُ ”أبو التاريخ“ قد أعطى المعاييرَ الثابتة لتكوينِ ”الهويةِ الثقافية“. هذه المعاييرُ نفسها تبرُّزُ، بعد ٢٥٠٠ سنة، في شُرعةِ الاونسکو، التي تلاحظُ وجوبَ احترامِ حقوقِ الإنسان ”من دون التقرير باللغةِ والعرقِ والدينِ والجنس“. اذاً، لدينا في تحقيقِ ”أبي التاريخ“ و ”شُرعةِ الاونسکو“ المعاييرُ ذاتها، أي الدينُ، واللغةُ، والعرقُ، والطبائعُ الاجتماعية. غيرَ أنَّ هيرودوت يعتمدُها لفهمِ تشكيلِ الهوياتِ الجماعية، أمَّا شُرعةِ الاونسکو، فتعتمدُها للتحرُّر منها، وتحقيقِ الهويةِ البشريةِ، من خلالِ الفردِ لا الجماعة.

فهذه المعاييرَ الثابتة تُستخدمُ لتوطيدِ الهوياتِ الجماعية، ولكنَّها قد تؤدي إلى فرزِ البشرية، لذا وجَبَ علينا، في مرحلة ثانية، التحرُّر منها، لتحقيقِ ”الهويةِ البشرية“. فهي في الوقتِ نفسه، ضرورةً لتركيبِ المجتمعات، لكنَّها قد تُستعملُ من أجلِ عقائدِ الغائية، تؤدي إلى صراعاتِ تدميرية. وبالعودةِ إلى تلكِ المعاييرِ، علينا فهمُها والربطُ بينها، في إطارِ شبكةٍ واحدة، ونلاحظُ أنَّ صرَاعَ ثقافيَّ في اليوم، يعتمدُ أحدَ هذهِ المعاييرِ: فالصراعُ في بلجيكا هو ذو طابُ ثقافيٍّ لنُوويٍّ، والصراعُ في العراق، جزءٌ منه ثقافيٌّ انتي لغويٌّ (اكرادٌ وعربٌ) وجزءٌ دينيٌّ (سنةٌ وشيعة)، والصراعُ في الولاياتِ المتحدة، انتقلَ من معيارِ الثقافةِ العرقيةِ (البيضُ والأسودُ)، إلى معيارِ اثني لغويٍّ (الإنكليزونُ والاسبانيونُ)، والصراعُ في كندا انتقلَ من صراعِ دينيٍّ (بروتستانتُ وكاثوليك) إلى صراعِ لغويٍّ (فرنكيونُ وإنكليلون)، والصراعُ في السودان، انتقلَ من معيارِ دينيٍّ (مسيحيٍّ - إسلاميٍّ) إلى صراعِ عرقيٍّ، قبلَ قيامِ دولتينِ على الأرضِ ذاتِها. أما معيارُ الطبائعِ الاجتماعية، فهو اليومُ الأهمُ في علاقاتِ الشرقِ والغرب؛ فقدَ تطورَ الغربُ من جراءِ الثوراتِ الاقتصاديةِ التي واكبَت الثوراتِ الاقتصادية، وأدتَ إلى نشوءِ العقائدِ الاجتماعيةِ (اليمينُ واليسار)، والتَّشدِيدُ على حقوقِ الإنسان، والحرِيَّاتِ الفردية، وتحريرِ المرأةِ والاقلياتِ الجنسيَّة، لكنَّه أدى إلى تفكُّكِ ”التركيبةِ البطركية“ في مدارها الطائفيِّ والعائليِّ، والتَّوصلُ في بعضِ الأحيانِ، إلى التَّزعُزعَةِ التَّقدِيريةِ السائدةِ في المجتمعِ الصناعيِّ، والخدماتِيِّ الاستهلاكيِّ. أمَّا الشرقُ، فقدَ سادَ فيهِ المجتمعُ ”البطركي“ القبليِّ والعائليِّ، المبنيُّ على التَّضامنِ الاجتماعيِّ، ولكنَّه أيضًا على ”الذكورية“، وكَبِّلتْ حقوقِ المرأةِ، والتَّضييعِ بالحرِيَّاتِ الفردية، في سبيلِ المجموعة؛ ومعَ العولمةِ وتطورِ طُرُقِ الاتصالِ، والانتقالِ من اقتصادِ زراعيٍّ أوليٍّ، إلى اقتصادِ خدماتيٍّ، لم يَعُدْ من الممكنِ قمعُ الحرِيَّاتِ الفردية، من حريةِ التعبيرِ والتنقلِ والاتصالِ، فالاقتصادُ السياسيُّ مرتبطُ بتركيبةِ مجتمعية، سائدةِ اليومِ في المدن، تحتمُّ نمطًا جديديًّا في طُرُقِ العيشِ والتَّصرفِ. من هنا فإنَّ تطورَ مهنةِ التمريض يدخلُ في إطارِ هذا التَّحولِ الاجتماعيِّ، لأنَّ الصحةَ والطبابةَ، يدخلانِ في الأولوياتِ المجتمعية، وشروطِ السلامةِ العامة، وقد طفى العاملُ الذكوريُّ على واقعِ الدياناتِ المرتبطةِ بالتركيبةِ البطركية، كما طفى (إلى حدِ ما) في المجتمعاتِ التقليديةِ العاملُ النسائيُّ، على قطاعِ التمريضِ والحضانةِ، والاعتناءِ بالأطفالِ والمسنين. أما قطاعُ الطبابةِ والهندسةِ والحقوقِ، فهو مشتركٌ ومتكافئٌ، في المجتمعاتِ الغربية، وإلى حدِ ما في بعضِ المجتمعاتِ الشرقية. هذهِ القطاعاتُ الخدماتيةُ (المهنُ الحرَّة)، تشملُ أيضًا عالمَ السياسةِ والاقتصادِ. وأودُّ أنْ أنظرَ إلى هذهِ المعطياتِ بطريقةٍ موضوعيةٍ ومتجردة، لأنَّها تعكسُ حالةً مجتمعيةً لها، في كلِّ الأحوالِ، نواحٍ إيجابيةٍ وسُيئَةً. إنَّ الأهمَّ، في إطارِ العولمةِ، هو التَّأقلمُ والعيشُ في مناخٍ واقعيٍّ متوازن، لأنَّ الحاجَةَ النفسيةَ قد تؤدي سريعاً، إلى ممارساتٍ عنفٍ، ورفضٍ، ونزعَةِ الغائيةِ، والعودةِ إلى الغريزةِ؛ فالشرقُ والغربُ تطوراً بطريقةٍ مختلفة، نسبةً للظروفِ الاقتصاديةِ والسياسيةِ والاجتماعيةِ، وقدَ باتَ على الجميعِ اعتمادُ قيمِ انسانية مشتركة، لتَأمينِ التَّواصلِ بينِ المجتمعاتِ، معَ المحافظةِ على الخصوصياتِ الثقافيةِ. فالصعوبةُ إذاً هي في التَّوفيقِ بينَ القيمِ الكونيَّةِ *Universalisme*، وبينَ الخصوصياتِ الثقافيةِ التاريخيةِ. فالعولمةُ قد تفرضُ المساواة، كما قد تفرضُ أحاديةَ الشكلِ *Uniformisme*، والخصوصياتُ قد تؤدي إلى التَّنوعِ والتَّعدِيديةِ، أي الإثراءِ المشتركِ، وقد تؤدي أيضًا إلى الفرزِ والتمييزِ

Discrimination والتفكّك Fragmentation، فالتعديّة الثقافية تعتمد على معايير ثابتة ومستمرة، منذ هيرودوت “أبي التاريخ”， وأول صراع حضاري بين الشرق والغرب. وهي ضرورية لتكوين الهوية الجماعية، من خلال الدين واللغة والعرق والطبائع الاجتماعية، لكنها لا يجوز أن تتحقق هذا الانتماء الجماعي على حساب الأقليات والأفراد، لأنها قد تُنْتَج عقائد “ثقافية” فئوية مدمرة (والامثلة عبر التاريخ كثيرة، من مجازر واستعباد، عنصرية وفهّر، وجرائم ضدّ البشرية).

يجب الاعتراف بالخصوصيات الثقافية، التي هي مصدرٌ غني وتطور، لأن التفاعل الإيجابي في الاختلاف، يُسْتَعْلِمُ الابتكار والترقي، لكنه قد يؤدّي إلى التشرذم والعودة إلى الغرائز، اذا استعمل لغایات سلطوية تعسفية.

على المجتمع التعديي أن يعترف بهويته المركبة (حسب المعيار المتداوّل: العرقي-الديني-اللغوي-الطبائع الاجتماعية)، لكنه يجب أن ينظر إلى هذا الاختلاف الثقافي كمصدرٍ غنيٍّ، وقيمة مضافة للمجتمع، تحتم عليه إعادة النظر في قيمه، وعدم الانجرار إلى عقائد أحادية مغلقة، ويتحمّل التوصل إلى تسوية، في إطار شبكة معايير هيرودوت، للبحث عن عناصر مشتركة، في مقابل المعيار المغاير، لكي يتم التواصل في داخل المجتمع الواحد نفسه. فالهوية ليست ثابتة، لأن حياة الإنسان وحيّته متحركة، ونحن نتكلّم عن تشبّه Identification أكثر منا عن هوية نهاية، فنستعيض باللغة المشتركة، حيث الدين مختلف، وبالطبائع الاجتماعية المشتركة، وبالقارب بين الأديان واللغات، الطبائع الاجتماعية والأعراق.

إن المعايير ثابتة، لكن التفاعل معها متّحّرّك، وخاضع للارادة البشرية، لأنّها وليدة التجربة، والحياة المشتركة؛ فليس باستطاعتنا تغيير المعايير، لأنّها بنوية، لكننا نستطيع فهمها، وتوجيه استعمالها، فإذا كانت النّيّة الاعتراف بالآخر، يمكننا إيجاد القواسم المشتركة، وإذا كانت التجربة التاريخية مريّرة، وعامل الثقة مفقوداً، فيصعب علينا الاستعانة بالمعايير الاستعاضية، التي تربط في إطار المجتمع الواحد.

إن كلّاً من هذه المعايير، هو في الوقت نفسه، مشروع فتنة وتفكك، ومشروع تقارب، تبادل اثراء ووحدة.

إن التعديّة في حد ذاتها، ليست عاماً إيجابياً أو سلبياً، بل هي واقع عالمي. مع العولمة، علينا الاستفادة منه، ووضعه ضمن إطار الصحيح، أي القيمة المضافة، والتطوير، والافتتاح، وليس التقوّة والخوف، ولا الشك والتهديد. هذه الخصوصيات البنوية تساعدنا على الترابط والتواصل، ضمن المجتمعات البشرية على تنوّعها، وهي تتّفق إلى المطلق، لكنّ عليها القبول بالنسبة؛ فالإنسان، والمجتمعات البشرية محكومان بالمكان والزمان، بالبداية والنهاية. وحدّ الحالق، رب الكون، هو البداية والنهاية !

ختاماً، أود التعبير، تكراراً، عن اغتنامي بالمشاركة في هذا المؤتمر الرّاقي، الذي يمثّل لبنان الأصيل، أرض الضيافة والتلاقي، لمحيطه العربي والعالم؛ وهو تأكيد جديد لثقافة السلام، وحق الإنسان الطبيعي، في العلاج والشفاء، واحترام قدسيّة الحياة، متمنياً لأعمالكم النجاح، وللبنان البقاء!

فهرس

كلمة العدد

كلمات إفتتاح المؤتمر

- ٥ كلمة معالي وزير الصحة العامة - الدكتور محمد جواد خليفة
٦ _____
٩ كلمة ممثل منظمة الصحة العالمية - الدكتور ثمين صديقي
١٠ كلمة نقيبة الممرضات والممرضين - السيدة كلير غفري زبليط
١٢ العولمة والتمريض: تحديات وأفاق - السيد بهجت رزق

Table des matières / Table of Contents

Editorial	2
Séances Plénierées / Plenary Sessions	
o Les compétences : pierre angulaire de la formation en sciences infirmières - <i>Francine Girard</i>	4
o Globalization and multiculturalism: implications for nursing - <i>Shake Ketefian</i>	6
o Qualité des soins: défis et perspectives - <i>Diane Morin</i>	11
o Heart Disease in Lebanon: Lessons Learned from Research - <i>Samar Noureddine</i>	14
o L'approche écologique: définition, potentiel et enjeux pour les sciences infirmières - <i>Lucie Richard</i>	17
o La profession infirmière au Liban à l'heure de la mondialisation - <i>Rima Sassine Kazan</i>	22
Ateliers / Workshops	
o Workshop 1: palliative /hospice care: reflecting on experiences from LEBANON AND JORDAN - <i>Sanad Association Team, Helene Samaha Nuwayhed, Rana Hamad, Dr. Mazen El Bashir, Lubna Izziddin, Dr. Salam Jalloul, Dr. Rabih Shammai & Marie Claire Mhawej</i>	27
o Workshop 2: Gestion du diabète de type 1 - <i>Equipe du Chronic Care Center : Claude Rayess Sadek, Pascale Nawfal, Colette Bitar & Tima Timani</i>	28
o Workshop 3: Advanced Life Support - ALS Simulation - <i>Lebanese European Academy of Emergency Medicine team (LEAEM) : Hiba Hammoud, Catherine Berbari & Alfred Chahbar</i>	28
o Workshop 4: Advanced Pediatric Life Support APLS - <i>Lebanese European Academy of Emergency Medicine team (LEAEM) : Nouhad Nassif, Dayane Nehme & Mira Haddad</i>	29
o Workshop 5 : Bien contrôler son asthme - <i>Equipe d'Asthma Center- Childhood Protection & Care Association: Danielle Daccache & Maral Kojabelian</i>	29
o Workshop 6: Directives in the management of heart failure care: a multidisciplinary approach - <i>Heart Failure Interest Group of the Lebanese Order of Physician Team: Sarine Beukian, Angela Massouh, Hind Dakhil Abboud & Dr. Hadi Skouri</i>	30
Séances parallèles / Concurrent Sessions	
o Effects of Smoking on Fertility and Pregnancy - <i>Christine Weir Abbyad</i>	33
o Birthing Practices of Maternity Nurses in Lebanese Governmental Hospitals - <i>Christine Weir Abbyad</i>	37
o Les soins en santé communautaire et le suivi infirmier à domicile pour les diabétiques - <i>Action de l'équipe de SIDC - Micheline Jreij Abou Chrouch</i>	40
o Professional advancement program for Lebanese nurses - <i>Nisrin Abou Fakhr</i>	42
o Understanding the experiences of middle-aged Lebanese women in disclosing sexual concerns and seeking help - <i>Mathilde Azar</i>	46
o Structured scoping review of systematic reviews to evaluate outcomes of massage intervention on preterm and/or low birth weight infants- <i>Bahia Abdallah El-Moufti</i>	49
o Determinants of low childhood immunization among Lebanese families in high-risk mohafazats in Lebanon - <i>Vicky Gebran, Mathilde Azar, Joumana Yeretzian & Dr. Nada Ghosn</i>	52
o Nursing Workforce In Lebanon: Providing Evidence to Change Policy and Practice - <i>Diana Jamal & Fadi El-Jardali</i>	54
o La lutte contre les escarres - <i>Ghada Kesserwani</i>	63
o Description de l'environnement psychosocial des cadres gestionnaires infirmiers du Liban - <i>Martine Mayrand Leclerc, Rima Sassine Kazan & Claire Zablit</i>	66
o Running head: Readiness To HER Adoption - <i>Abdellatif M. Marini</i>	71
o A Heart Failure Clinic In Lebanon: Proposal and Recommendations - <i>Angela Massouh</i>	73
o La coordination entre Infirmiers-ères et autres professionnels-les du milieu hospitalier et ses conséquences pour la formation professionnelle - <i>Nicole Nadot Ghanem</i>	77
o Le mythe infirmier Ou le pavé dans la mare - <i>Michel Nadot</i>	81
o Santé au travail: La qualité de vie des infirmières et le projet ARIQ - <i>Anne-Marie Pronost</i>	84
o Programme national de financement de la Recherche Infirmière en France - <i>Monique Rothan-Tondeur, Cécile Dupin & Christophe Debout</i>	86
o L'impact d'une intervention sur l'amélioration de la documentation à l'hôpital Saint-Georges Centre Médical Universitaire (SGMUC) - <i>Madona Saad</i>	90
o Le rôle éducatif dans la formation initiale universitaire des infirmières au Liban Approches et différences entre les institutions universitaires - <i>Marie Thérèse Sabbagh</i>	93
o The Full Outline Of Unresponsiveness Score Coma Scale An Emerging Coma Scale - <i>Anthony Shamoun</i>	96
Recommandations du congrès / Conference Recommendations	100

EDITORIAL

F Ce numéro présente les actes du 1er Congrès International « Mondialisation et Profession Infirmière : Défis et Perspectives » organisé par l'Ordre des Infirmier/es au Liban.

Inauguré le 12 mai pour célébrer la Journée Internationale des Infirmiers/ères, le congrès a réuni des spécialistes du secteur de la santé venus du Liban, de la région, du Canada, des Etats-Unis et de l'Europe. Ce Congrès a été une plateforme d'échanges, de connaissances, d'informations et d'expériences dans les quatre domaines de la profession infirmière : pratique, formation, recherche et gestion.

Ces actes comprennent les différentes communications, les ateliers de travail, ainsi que les recommandations échangés et présentés au cours du Congrès. Cette initiative s'aligne dans la même perspective de renforcement et de consolidation de la profession infirmière, tout en soulignant le rôle proactif de l'Ordre dans le développement et l'évolution de la profession infirmière au Liban.

Nous espérons que les informations citées dans ce numéro seront pour les lecteurs une source de motivation et d'inspiration afin de poursuivre leur rôle entreprenant et de pionnier comme acteurs dynamiques et principaux dans le domaine de la santé.

E This issue presents the proceedings of the 1st International Conference organized by the Order of Nurses in Lebanon: “Globalization and Nursing Profession: Challenges and Perspectives.”

The conference was launched on May 12 in celebration of the International Nurses Day. It brought together keynote speakers from Lebanon and its surrounding regions, Canada, the United States, and Europe.

The conference was a platform to exchange, knowledge, information and experiences in the four main domains of the nursing profession: practice, education, research and administration.

The proceedings include many lectures, workshops and recommendations, exchanged during the conference. This initiative aims to consolidate and strengthen the nursing profession through confirming and supporting the proactive and leader role of the Order in the expansion and development of the nursing profession in Lebanon.

We hope that the information included in this issue will be a source of motivation and inspiration to all readers, thus giving them a boost-drive and pushing them to become dynamic and essential players in the health sector.



Séances plénierès
Plenary Sessions

Les compétences : pierre angulaire de la formation en sciences infirmières

Francine Girard

Francine Girard, inf., Ph. D.

Doyenne et professeure agrégée

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

francine.d.girard@umontreal.ca

Résumé

En réponse aux besoins de santé des populations, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal a créé un programme de baccalauréat basé sur une approche pédagogique d'apprentissage par compétences.

Cette formation découle de trois fondements théoriques : cognitivisme, constructivisme et socioconstructivisme. Le référentiel de compétences en constitue l'outil central. Il comporte huit compétences déclinées en divers indicateurs permettant de suivre le développement des compétences visées. Cette approche pédagogique s'appuie sur des stratégies d'enseignement et d'apprentissage en petits groupes durant tout le programme.

L'apprentissage par compétences vise l'atteinte de « La Compétence » dans la pratique infirmière.

Le monde infirmier, y compris la formation en sciences infirmières, est présentement soumis à d'immenses contraintes. Mentionnons, entre autre, la précarité des ressources humaines et financières de même que la complexité des soins qui augmentent sans cesse. Dans ce contexte, les programmes de formation en sciences infirmières doivent être arrimés aux besoins de santé de la population, aux exigences des ordres professionnels et des organismes d'agrément. Ces programmes doivent également incorporer les attentes des milieux cliniques et inclure les résultats probants issus de la recherche. Plusieurs compétences sont considérées comme essentielles à une pratique infirmière qui se veut à la fois de grande qualité et hautement sécuritaire. En 2004, la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal a adopté une approche par compétences comme base pédagogique pour son programme de baccalauréat. L'idéal visé est le développement et l'intégration de ces compétences, lesquelles sont reconnues comme la pierre angulaire de la formation infirmière. Le programme « vise à former une infirmière clinicienne généraliste, capable de soigner tout en créant des conditions favorables à la santé des personnes, des familles et des communautés ».

Les compétences

Les compétences sont définies comme des « savoir-agir complexes prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations. »

L'approche par compétences prend appui sur trois fondements théoriques :

1. Le **constructivisme** conçoit l'apprentissage comme

une construction graduelle qui implique l'intégration du « nouveau » au déjà acquis, exigeant ainsi la participation d'un apprenant actif dans la réalisation de tâches signifiantes.

2. Le **cognitivisme**, une spécialité de la psychologie qui traite de l'apprentissage, soutient la mise en place d'activités éducatives qui ancrent les nouveaux savoirs dans le déjà connu de manière itérative et en utilisant des situations significatives et suffisamment complexes pour susciter leur motivation.

3. Le **socioconstructivisme** met l'emphase sur l'aspect relationnel de l'apprentissage et souligne l'importance que l'apprenant soit actif, en interaction avec les autres apprenants et avec les enseignants.

Le référentiel de compétences constitue l'outil central du programme. Il comprend huit compétences qui sont déclinées dans une série d'indicateurs, selon la progression attendue au cours du programme.

Ces compétences sont :

- Exercer un jugement clinique infirmier ;
- Agir avec humanisme en accompagnant les personnes/familles/communautés dans leurs expériences de santé ;
- Agir avec les personnes/familles/communautés en vue de favoriser une population en santé ;
- Assurer la continuité des soins des personnes et familles vivant des expériences de santé ;
- Démontrer du leadership clinique dans la pratique professionnelle infirmière ;
- Traiter toute activité professionnelle et disciplinaire avec rigueur scientifique ;
- Agir avec professionnalisme ;
- Collaborer dans des équipes professionnelles.

Cette approche pédagogique s'appuie sur plusieurs types

d'activités éducatives qui favorisent l'intégration des connaissances et l'application des compétences, misant majoritairement sur l'apprentissage en petits groupes et l'autoapprentissage. On réfère donc à l'apprentissage par problèmes par le biais de schématisation, de simulation en laboratoire, de pratique réflexive, de stage clinique en préceptorat et ce, durant tout le programme.

L'évaluation des apprentissages et de l'atteinte des compétences est réalisée à partir des indicateurs du référentiel de compétences. Le processus d'évaluation est basé sur l'utilisation d'une méthode de triangulation qui s'appuie sur l'observation, l'interprétation et le concept de modèle cognitif d'apprentissage.

L'approche par compétences transforme l'offre de cours au sein d'un programme. La progression des compétences exige une intégration graduelle de tous les savoirs qui amène une interdépendance des cours et un parcours académique selon une séquence assez stricte. Un travail d'harmonisation entre tous les cours du programme doit être constamment effectué en fonction des objectifs du programme et non selon les champs d'intérêt de l'étudiant. L'apprentissage par compétences devrait par conséquent mener à l'atteinte de la « Compétence » dans la pratique infirmière, c'est-à-dire que l'infirmière soit en mesure d'exercer un jugement clinique qui s'appuie sur une diversité de savoirs et sur l'école du caring tout en tenant compte de l'évolution de la discipline.

Recherche

Il reste considérablement de recherche à faire pour soutenir les décisions pédagogiques que nous prenons. L'évaluation des apprentissages, entre autres, exige de comprendre comment chaque compétence se développe. À la FSI de l'UdeM, des études sont en cours pour identifier les étapes de développement des compétences de notre programme, les apprentissages critiques qui s'y rapportent ainsi que les indicateurs qui permettent de les observer. Ces résultats nous permettront d'ajuster les indicateurs de notre référentiel de compétences.

Références

- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., Day, L. (2010). *Educating Nurses: A call for Radical Transformation*. Jossey-Bass.
Health Professionals for a New Century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world, *The Lancet*, 2011
Référentiel de compétences © du baccalauréat en sciences infirmières, Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, 2010
Tardif, J., 2006. L'évaluation des compétences. Documenter le parcours de développement. Chenelière Éducation, Montréal, p. 26

Leadership en formation infirmière

Notre profession nécessite un leadership infirmier de la part des doyennes / directrices d'écoles, directrices des soins infirmiers, représentantes des ordres professionnels, qui occupent des fonctions centrales pour intégrer la recherche, la formation et la pratique clinique. Plusieurs stratégies sont à considérer :

- Adopter des programmes de formation basés sur l'approche par compétences ;
- Adapter ces compétences aux changements rapides de la pratique actuelle ;
- Encourager des programmes interprofessionnels en éliminant les silos et en travaillant efficacement en équipes ;
- Exploiter les pouvoirs de la technologie dans les méthodes de formation ;
- Développer des valeurs communes autour de nos responsabilités sociales ;
- Favoriser l'intégration entre la formation académique et la formation pratique en développant des partenariats réels entre milieux de formation et milieux cliniques ;
- Utiliser toutes les stratégies éducatives possibles pour développer le raisonnement et le leadership cliniques chez toutes les infirmières ;
- Mettre l'emphase sur la formation/le développement des compétences plutôt que sur la socialisation et l'apprentissage de rôle ;
- Développer des stratégies pour soutenir l'utilisation des résultats probants et le partage des connaissances et ce, de façon continue.

Ces stratégies vont créer un éventail de possibilités pour transformer la formation infirmière et assurer la qualité des soins tout en inspirant la nouvelle génération d'infirmières, à exercer leur leadership pour contribuer au façonnement des services de santé au niveau local, national et international.

Globalization and multiculturalism: Implications for nursing

Shake Ketefian

Shake Ketefian, EdD, RN,
FAAN

Professor Emerita
University of Michigan School
of Nursing

ketefian@umich.edu

Abstract

This paper highlights some features of globalization and their implications for nursing. It identifies several global issues that are compelling in the current environment: The Millennium Declaration initiative, the 10/90 gap, demographic trends, and nurse migration. This section is followed by a discussion of educational and curricular approaches for preparing nursing students with cultural and global competence. The last part of the paper suggests some experiential learning options to augment the curricular approaches. The author is aided in this regard by a recently published paper providing an evaluation of a global initiative undertaken 20 years earlier (Frenk & Chen, 2011), that provided "lessons learned."

Globalization and multiculturalism: Implications for nursing

In the past decade we have had our awareness heightened, and have heard much exhortation about, the need to educate our students with a keen global awareness and relevant competencies, as they will be called upon to function in a global marketplace, regardless of what field they are in. Faculties and university presidents agree, but in the main, what we do in this regard is random and haphazard and involves a very small percentage of students on our campuses.

Thus, your focus on this topic is welcome: we want to educate our students and nurses to be competent global citizens, with the skills to manage cultural differences; further, for those offering graduate education, we also need to prepare national and global leaders. To achieve our goals will necessitate us to transform our educational systems and engage our faculties to accomplish the elements of our mission within a global context, which is to say, offer our education, our research and our service in such a way that these activities are done for the benefit of the world, not just our own nations.

What Are the Needs Globally?

It is important that we have an understanding of some of the consequences of globalization and what the global needs are so that we can help our students become engaged in areas of need in locations where they can make a difference even as they learn. I will address only a few of the issues selectively. **These are the Millennium Development Goals (MDGs), the 10/90 gap/problem, demographic trends, and migration of nurses.** After discussing each of these briefly, I will suggest some educational principles and experiences for addressing the

issues for your consideration, such as ways in which the nursing education system can have an impact in rectifying the problem, or redefining it in a way that we may be able to have impact.

Millennium Declaration

The Millennium Declaration, or MDGs, with eight Goals was adopted in 2000 to meet the needs of the world's poorest nations; they are as follows:

1. Eradicate extreme hunger and poverty
2. Achieve universal primary education
3. Promote gender equality and empower women
4. Reduce child mortality
5. Improve maternal health
6. Combat HIV/AIDS
7. Ensure environmental stability [access to safe drinking water and sanitation]
8. Develop global partnership for development (United Nations, 2010).

Some of these goals are directly health related, others are non-health goals with direct ramifications for health. They have been central to much of the work of the UN since they were agreed to by many nations of the world. Many non-governmental organizations (NGOs), institutions and foundations are also being guided by these MDGs. Progress is evaluated by teams each year; we are said to be making progress, but not fully meeting the targets each year.

10/90 Gap/Problem

The burden of disease is heaviest on those who are least able to cope with such burdens. The concept of the 10/90 Gap was developed in 1990 by a group called the "Global Forum For Health Research." They developed some methods to guide their work. To summarize the concept:

73 Billion dollars are annually spent on global health research by all public and private sources. Less than 10% of this figure is devoted to research on health problems that account for 90% of global disease burden, measured in Disability Adjusted Life Years [DALYs] (Global Forum for Health Research, 2004, p. xv).

Demographic Trends

In the past 20 years there has been a steady growth in the world's population, which continues unabated, with the largest growth in the less developed regions, with emphasis on the growth of 15-24 year-olds. One of the things this means is a dramatic increase in the education participation level worldwide [12.7%]. (Dhanarajan, 1998). This also means diversity in the participants themselves and in the learning modalities they use. Nursing needs to think of ways to tap this population phenomenon, such as how we can recruit new entrants to nursing to increase diversity in the nursing work force, and address the worldwide nursing shortage as well.

Nurse Migration

Nurse migration is a manifestation of globalization. There appears to be no single worldwide standard for assessing the adequacy of staffing, with the result that the same situation of staffing can be viewed as understaffing by some and overstaffing by others, depending on who is the observer. Like others who migrate, nurses migrate for many reasons, at the top of which are factors having to do with improving living and working conditions for self and family, professional development opportunities, and other reasons as well. Nurse migration can also be involuntary, as a result of war, political instability, lack of suitable work in the home country etc. these have been classified into pull and push factors by Kingma of ICN (2006).

There have been many calls for destination countries to voluntarily abstain from actively recruiting from countries that are typically understaffed themselves, or creating bilateral agreements between two countries, but these have not been very effective. The ICN, WHO and its regional offices have been involved in this issue for years. ICN and CGFNS have collaborated in establishing the Nurse Migration Center, which serves as a resource on nurse migration issues. As well, the ICN has commissioned an impressive amount of scholarly works in this area. A recent collaboration between the WHO and ICN is a significant document titled "The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel," which was adopted by the 63rd World Health Assembly in May 2010, and is now available on the Web (WHO, 2010).

Implications for Nursing and Nursing Education

Given these realities, what do these mean for us, and what kinds of steps might we take through the educa-

tional and research processes? I will include here ideas learned from experience, and ideas from individuals who have shared their thoughts regarding these and related matters in the broader literature.

Preparing Our Students with Cultural and Global Competence

It is of interest that historically the two areas of cultural competence and global competence have been treated separately, but I contend that there is considerable overlap across them, and many of the skills developed for cultural competence are transferable to that required for global competence. This is borne out by the research of Chickering and Braskamp (2009) and by the thoughtful writings of Bok (2006).

Curricular approach. Some educators and groups have endeavored to develop a curricular approach for the expanded population entering the education enterprise. The UNESCO Commissioners have called for four pillars of education as the basic framework of a global curriculum. These are:

- a) **Learning to know**, by having a broad overview of things and the skills to work in depth on selected fields; learning to learn and thereby benefit from the opportunities to learn throughout life;
- b) **Learning to do**, by acquiring vocational skills and the competencies to work in different situations and in teams;
- c) **Learning to live together**, and appreciating other cultures and people, respecting pluralism, peace and managing conflict; and
- d) **Learning to be**, so as to better develop one's own personality, acting with autonomy, judgment and personal responsibility (cited in Dhanarajan, 1998, p. 10).

This list is flexible and can be applied to interdisciplinary education, and to many education levels as well. It also focuses both on the intellectual functions of learning and on skills that professionals need to learn and perform, and most importantly, it is learner-centered rather than teacher-centered.

Developing global citizens. Bok (2006) has included the following elements in his writings: (a) understanding of cultures, languages, religions, science and technology, sensitivity and respect for different cultural traditions; (b) global perspective includes an appreciation and respect for racial, cultural, and religious differences regardless of where they are; (c) developing the skills of collaboration, persuasion, and negotiation; expanding capabilities for leadership; and (d) expose students to diverse range of individuals. This helps develop critical thinking, challenges them to respond to different value perspectives; they become more active as citizens, interested in helping others and in improving their communities (Bok, 2006, p. 195 and 221).

Teaching of cultural and global competence. The mem-

bers of the American Academy of Nursing's Expert Panel on Nursing and Global Health and the Transcultural Nursing Society collaborated in an initiative two years ago to develop and draft universally applicable standards of practice for culturally competent care to guide nurses' work in practice, research, education and administration. Numerous nurses were involved in drafting or in sending comments – from the US and from 16 countries. Social justice has been used to frame the standards; "...the belief that every individual and group is entitled to fair and equal rights and participation in social, educational, economic, and, specifically in this context, healthcare opportunities. It is through the use of the principles of social justice in the application of culturally competent care that racial and ethnic inequalities in health outcomes may be reduced" (Douglas, 2009, p. 257). It is hoped that these standards will assist nurses to make cultural competence a priority in providing care. This document, once finalized, is expected to become the international standard of care in this area.

Lessons Learned From an Evaluation of a Global Initiative

Frenk and Chen (2011) have recently reviewed the work that has been accomplished from the recommendations of the Commission on Health Research for Development, since that group's major report 20 years earlier [this is companion work to the 10/90 gap project, discussed earlier]. The recommendations were as follows:

- Strengthening "essential national health research" so every country can pursue research to advance national health goals; and
- Mobilizing global health research partnerships so that scientists in all countries can join together in advancing knowledge as an international public good.

The authors assess the reigning paradigm at the time – 1990 -- to be paternalistic, and solutions were unidirectional, from the north to the south. Funding for development in health more than doubled to \$21.8 billion in seven years, helping to enhance research capacity, and giving rise to numerous multilateral partnerships and initiatives in global health.

The report underscored the interdependence of nations and highlighted the value of global partnerships for health research (Frenk & Chen, 2011). The authors discuss several approaches for countries to use to strengthen their research:

1. Capacity building. These are mostly focused on developing human resources for scientific work, as it helps support the research infrastructure. Through such efforts, needed knowledge can be developed/created, or translated into usable evidence that can guide policy formation and implementation. Capacity building also promotes a culture whereby policy makers and others can become effective users of research.

2. Establishing global health research partnerships. Such partnerships and collaboration help strengthen

health research systems and to coordinate activities globally. These are system-level and institutional activities that can have broad impact. A recent example of this type is a major US government initiative financed through PEPFAR to build medical school capacity in sub-Saharan countries.

3. Overcoming gaps. Need to overcome various types of gaps, such as between local and global, gaps between types of research and areas of research, gaps between public and private entities concerned with competition that is generated as a result of who funds what and how much, gaps between knowledge and its application. As well, they suggest that bridges need to be built across disciplines so that students from various disciplines can study and conduct research together.

I now share with you some experiences for students that we have found helpful in our work, to enable the implementation of the ideas presented here. Some of the ideas work for undergraduate students while others are best for graduate level students. One wants to push for experiences that can benefit as large a group of students as possible, and have the potential for system-wide impact. The activities I share below fit within: creating global awareness in students, capacity building, global citizenship and partnerships, research collaboration, and addressing gaps.

1. Mentorship

Perhaps the most critical aspect of leadership and scholarly development is a one-on-one relationship established with a mentor. Through this relationship, the mentee learns, acquires and internalizes values, behaviors and skills that cannot always be taught in a classroom. A significant aspect of this relationship is role modeling by the mentor.

From studies on mentorship and its effects we learn that mentorship needs to deal with specific roles, not just broadly, and that it is a collaborative relationship between a mentor and a mentee. Mentorship can occur using various of our technologies, so it is not a geographically bound activity.

2. Systematically Exploiting the Presence of International Students

Many of our institutions have international students enrolled in our programs. We need to create situations where interactions among all students can occur both in the classroom as well as in social activities. For example, joint projects in the classroom can motivate students to work together and make joint presentations at seminars; asking international students to discuss their national/cultural perspectives on issues under discussion can enrich all.

3. Special Enrichment for International Students

With regard to international students on our campuses, we need to be on the alert about exposing them to various experiences that may not be directly related to their

program of study, but which will be helpful to them upon their return home. For example, they may be asked to serve in high level policy positions in their countries because they may be the most qualified individuals available. Some of these students are very young and may not think about such matters in the press of daily study responsibilities, but they are always grateful when the advisor facilitates access and opens doors.

4. Working with International Organizations/Internships

Networks and organizations such as INDEN can facilitate collaboration and doctoral program development around the world in crucial ways. Smaller networks can form among and between pairs of institutions or individuals as well. Providing the opportunity for individuals to network and become aware of what others are doing has enabled the stimulation of creative ideas on ways in which new learning can be applied to one's own setting.

Both the WHO and its regional offices have paid and non-paid internship opportunities for graduate students. The International Council of Nurses similarly has such internships available. These are wonderful learning experiences for students to obtain observational and hands-on participatory training.

5. Short-term International Study and Internships

Short-term visits to another country can be organized to great benefit to both faculty and students. These can be for small groups of undergraduate and graduate student groups or individuals. In case of groups, a faculty member needs to accompany students. The experience can be credit bearing or not. As well, a graduate student can be paired with an undergraduate to work on the research of a colleague in the host country. Participation in the research of a faculty member in another institution can serve to expand the student's horizons on an area of research and can help in improving the conceptualization and design of a study, and in seeing the dissertation as the start of a program of research. Month-long internships can well serve this purpose and can benefit all those involved, and open future opportunities for collaboration between and among faculties and students in the participating institutions.

6. Interdisciplinary Studies

The area of global health provides unique opportunities to organize educational offerings for interdisciplinary students; students from different disciplines can be sent to the same setting for international internships, each contributing to the solution of the problem in the setting from the perspective of his/her own discipline. For those who will practice in overseas settings this type of experience prepares them well to develop skills to function in interdisciplinary environments. Many campuses have offerings in various departments, which can be creatively combined to help students develop an individualized program of study in this way, while interacting with peers from different fields of study.

7. Multi-Site Research

The strategy of developing and coordinating multi-site studies is an excellent way to contribute to scientific knowledge that is country-specific and leads to improved cultural understanding about health problems; it also helps in understanding how nursing is practiced, and in evaluating how nursing science can contribute to nursing practice.

8. Translational Research Specific to the Needs of Lebanon

Translational research entails research that will enable the application of published research to specific populations and settings of interest. This used to be referred to as research utilization and now evidence-based practice. Some of the methods useful in this regard are research synthesis, meta-analysis, among others, approaches that we need to begin teaching in our graduate programs.

9. Develop Research Priorities for Lebanon

One of the things you can do collaboratively is work on developing a list of research priorities so that it can guide faculty research, and the engagement of students in research projects. Academics need to provide leadership to a major effort of this kind, but the drivers may need to be major professional organizations. Without a set of agreed upon priorities, individuals will be left on their own to decide what is important for the country. This requires the assessment of the health needs of the country, as well as the state of knowledge/science that may be available, but not yet implemented.

You can come up with a variety of experiences to suit student learning objectives and the resources available to you. I hope this brief presentation helps trigger the readers' creativity about opening opportunities or exploiting existing ones that might help students acquire the skills needed in today's global marketplace.

Abbreviations and Acronyms

- AIDS**, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome
CGFNS, Commission on Graduates of Foreign Nursing Schools
HIV, Human Immunodeficiency Virus
ICN, International Council of Nurses
INDEN, International Network for Doctoral Education in Nursing
MDG, Millennium Development Goals
PEPFAR, President's [U.S.] Emergency Plan for AIDS Relief
UN, United Nations
UNESCO, Unites Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
US, United States
WHO, World Health Organization

References

- Bok, D. (2006). Our underachieving colleges. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Chickering, A., & Braskamp, L.A. (2009). Developing a global perspective for personal and social responsibility. Peer Review, 11, 27-30.
- Dhanarajan, G. (1998). International and inter-institutional collaboration in distance education. (accessed from www.col.org/speeches/curtin98.htm, 6/10/2005).
- Douglas, M.K. et al. (2009). Standards of practice for culturally competent nursing care: A request for comments. Journal of Transcultural Nursing, 20(3), 257-269.
- Frenk, J., & Chen, L. (2011). Overcoming gaps to advance global health equity: A symposium on new directions for research. Health Research, Policy and Systems, 9(11).
- Global Forum for Health Research (2004). The 10/90 Report on Health Research, 2003-2004. Geneva: Author.
- Kingma, M. (2006). Nurses on the move: Migration and the global health care economy. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- United Nations (2010). Summit on the Millennium Development Goals. (Accessed from www.un.org/millenniumgoals, 5/4/2011).
- World Health Organization. (2010). User's Guide: The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Geneva, Switzerland: WHO. Available at: www.who.int/hrh/migration/code/practice/en/index.html.

Qualités des soins: défis et perspectives

Diane Morin

Diane Morin, inf., PhD

Professeure titulaire,
Faculté des sciences
infirmières,
Université Laval,
Québec, Canada
Professeure ordinaire,
Faculté de biologie
et de médecine
Université de Lausanne
Directrice de l'Institut
universitaire de formation et de
recherche en soins, Lausanne
iufrs.direction@chuv.ch

Introduction

Ce bref propos a comme objectif de fournir un cadre de réflexion pour mieux comprendre ce que sont la qualité, les risques et la sécurité des soins et la place importante que ces préoccupations doivent occuper dans la pratique infirmière au quotidien. Il tentera de donner des pistes pour répondre aux questions suivantes : Qu'est-ce au juste que la qualité? Pourquoi s'intéresse-t-on aux risques, à la sécurité et à la qualité des soins? Comment s'est développée la notion de qualité dans les soins infirmiers? Quelle différence fait-on entre un programme d'amélioration de qualité, un programme d'évaluation des risques et un programme de contrôle de qualité? Est-ce que tous les soignants voient la qualité de la même façon?

Mais d'abord, ces discussions ne peuvent avoir lieu que si elles prennent ancrage au sein du métaparadigme infirmier. On réfère alors au fait que les soins reposent sur la meilleure évidence scientifique possible, qu'ils visent la promotion, le maintien et l'amélioration de la santé, du bien-être et de la qualité de vie des personnes, qu'ils tiennent compte de l'histoire personnelle, qu'ils permettent d'établir une relation de confiance et qu'ils visent à ce que la personne assume ses responsabilités en tenant compte de ses possibilités, développe des mécanismes d'adaptation, compense ses déficits ou développe ses ressources personnelles pour assumer ses auto-soins . Ces soins tiennent compte des enjeux individuels, familiaux, communautaires et sociétaux. Ils se déplient dans un cadre disciplinaire ou interdisciplinaire.

Alors qu'est-ce au juste que la qualité?

C'est un ensemble de caractéristiques que l'on attend d'un soin pour satisfaire un besoin précis. C'est à la fois un processus et un résultat. C'est évolutif en fonction des connaissances et des enjeux. En fait... C'est le degré à partir duquel les soins sont considérés par les experts à la fois comme pertinents, adéquats et sécuritaires tout en augmentant la probabilité qu'ils seront efficaces . C'est également la mesure à partir de laquelle les malades ou leurs familles considèrent que les soins et le contexte dans lequel ils les ont reçus sont adéquats et ont permis d'améliorer la santé ou le bien être .

Pourquoi s'intéresse-on aux risques, à la sécurité et à la qualité des soins?

On s'intéresse aux risques, à la sécurité et à la qualité des soins notamment parce qu'entre 8% et 12% des patients admis dans un établissement hospitalier ont subi des effets indésirables reliés aux soins reçus lors de, ou suite à leur hospitalisation et que cela est jugé trop élevé par l'ensemble des experts internationaux. On souhaite se préoccuper de la qualité lorsqu'on veut soit évaluer l'efficacité des processus, comparer l'efficacité des processus, évaluer l'impact des caractéristiques structurel-

les sur la qualité des services rendus aux usagers ou encore par exemple évaluer l'influence des caractéristiques des usagers sur les soins et services. On se préoccupe de qualité également lorsqu'on est préoccupé par les résultats des soins chez nos malades. La notion de résultats renvoie aux gains ou aux modifications dans l'état de santé et de bien-être qu'on croit pouvoir imputer aux processus de soins tout en tenant compte des éléments individuels de chaque malade, de chaque famille, et des éléments structurels qui appartiennent aux dispositifs et milieux de soins .

Mais au fond, on s'intéresse à la qualité parce que finalement... on est sérieusement préoccupé par trois questions: Est-ce qu'on a tout ce dont on a besoin pour bien faire ce que nous avons à faire? Est-ce que nous faisons bien ce que nous avons à faire... tout au moins aussi bien que l'évidence scientifique et les normes de pratiques nous le dictent? Est-ce que ce que nous faisons bien, donne les résultats attendus ?

La définition de la sécurité des patients

La sécurité des patients se définit comme étant une préoccupation qui nous amène à travailler sans relâche

à la réduction et l'atténuation des conditions ou des effets d'actes dangereux présents ou posés dans le système de santé, sans égard à la maladie du patient, ainsi que l'utilisation de pratiques exemplaires éprouvées qui améliorent la sécurité des patients.

Un risque à la sécurité peut alors être considéré comme une probabilité qu'un événement indésirable survienne suite à une conduite professionnelle ou à des conditions environnementales défavorables à la sécurité. Un risque peut aussi être considéré comme un facteur qui augmente la probabilité d'une issue sanitaire défavorable survienne. Finalement, un risque peut être considéré comme une conséquence d'une conduite non sécuritaire.

Cela nous amène à présenter quelques notions apparentées au risque, à la sécurité et à la qualité. D'abord, la notion de prévalence d'un risque désigne la proportion de la population exposée ou potentiellement exposée à un risque donné. Par exemple, la prévalence du risque de chute pourrait être de 5 % dans une population de personnes âgées fragiles, vulnérables et en perte d'autonomie. Puis la notion de risque relatif consiste en la probabilité comparée d'une issue sanitaire défavorable chez des sujets exposés et non exposés à un risque donné. Par exemple, les personnes âgées fragiles et en perte d'autonomie qui se mobilisent sans aide ou sans surveillance, ont peut-être 10 à 15 fois plus de chances, en moyenne, de faire une chute que celles qui sont accompagnées à la marche, à la levée du lit ou à la mobilisation générale. La notion plus complexe de danger désigne quant à elle la propriété intrinsèque d'une caractéristique quelconque, par exemple l'eau très chaude constitue un danger pour le bain des enfants et celui des personnes très âgées, de même que la seringue souillée pour l'infirmier ou l'infirmière. On retrouve également la notion de charge évitable et cette fois, il s'agit de la proportion de la charge morbide ou traumatique potentiellement susceptible d'être évitée si l'on ramène le niveau d'exposition actuel et futur à celui qui correspond à une distribution sécuritaire par exemple das les infections nosocomiales.

Comment s'est développée la notion de qualité dans les soins infirmiers ?

Parmi les grands précurseurs bien connus par le monde infirmier, trois méritent d'être retenus parce qu'ils auront marqué leur siècle. D'abord Semmelweis (1818-1865) pour ses travaux sur les fièvres puerpérales, puis Nightingale (1820-1910) pour la prise en compte des caractéristiques de l'environnement soignant dans l'ancrage du soin et puis finalement Donabedian (1919-2000) qui a développé le cadre trilogique d'évaluation de la qualité des soins qui est certainement le plus connu dans le monde d'aujourd'hui et qui tient compte, des caractéristiques des personnes soignées, des caractéristiques de l'environnement de soins, du processus de soin et des résultats intermédiaires ou terminaux attendus auprès

des patients, des familles ou auprès des structures de dispensation des soins.

Bien sûr, plusieurs autres facteurs sont en jeu dans le développement de la qualité, de la sécurité. Qu'il s'agisse de la voix des malades eux-mêmes qui exigent plus de qualité, qu'il s'agisse de corporations professionnelles, qu'il s'agisse de l'influence de la hausse des coûts, de l'évolution phénoménale de la technologie ou du développement des mesures, la mise de la qualité comme centre d'intérêt est un phénomène très dynamique.

Quelle différence fait-on entre un programme d'amélioration de qualité, un programme d'évaluation des risques et un programme de contrôle de qualité ?

Il s'agit là de plusieurs concepts associés les uns aux autres. En fait, tout dépend de l'angle qui nous intéresse... Néanmoins, nous pourrions dire que l'amélioration de la qualité inclut un processus d'identification, opérationnalisation, mise en œuvre et évaluation des changements systématiques nécessaires pour améliorer la qualité de la structure, des processus et/ou des résultats de soins. Les changements sont évalués sur la base des consommateurs et d'indicateurs de performance.

En ce qui concerne le concept d'assurance qualité, il s'agit alors d'assurer la réalisation du niveau de la qualité désirée ou exigée (...) et démontrer que ce résultat est effectivement obtenu. Ce concept inclut les visites d'accréditation ou d'agrément. Ce concept inclut le fait qu'il y ait des ordonnances pour des mesures de redressement ou encore des recommandations sanctionnelles visant l'amélioration d'un secteur considéré comme déficient. Il s'agit souvent d'un processus qui inclut une démarche standardisée avec des experts externes. Le concept d'assurance qualité est proche du terme de gestion de qualité désignant tous les mécanismes mis en place dans un établissement pour supporter le maintien et l'amélioration de qualité.

Ce terme s'applique à tous genres d'organismes. Et il implique un suivi de la qualité qui consiste à déployer une série d'activités visant à mesurer des indicateurs eu égard à un problème précis ou à une activité critique d'un établissement, département, unité ou service ayant fait l'objet de recommandation. Le terme qualité totale fait aussi partie du jargon. On le désigne comme étant l'application d'une pratique de type industrielle pour systématiquement améliorer et/ou maintenir la performance globale de l'établissement en matière de contrôle de qualité. Les mesures de succès d'un programme de qualité totale sont évaluées sur des bases quantitatives et relient les résultats à des intrants financiers.

Finalement, la recherche sur la qualité des soins inclut les études scientifiques : la qualité des équipements, de la main d'œuvre (structure), des procédures et traitements (processus) de même que la qualité des résultats (outcomes).

Est-ce que tout le monde voit la qualité de la même façon?

En soins infirmiers, le choix de certains indicateurs de qualité est souvent questionné, et ce, dans tous les cas où les mesures de qualité utilisées ne sont pas en lien direct et spécifique avec la pratique professionnelle (par exemple, des mesures de satisfaction de clientèle en milieu hospitalier qui n'incluraient pas d'indicateurs rigoureux et spécifiques pour construire des mesures qui concernent les soins infirmiers dans l'établissement)... En effet, plusieurs chercheurs ont fortement insisté sur la nécessité, lors d'études évaluatives, de toujours lier deux aspects de la qualité du service : un aspect du processus de soins et un aspect des résultats attendus chez le patient. Ils ont défendu que des aspects du processus de soins infirmiers devaient être systématiquement introduits comme covariables dans la mesure des résultats escomptés .

C'est ainsi qu'il existe un débat entourant l'utilisation de mesures spécifiques ou de mesures plus génériques comme résultats de la qualité des soins infirmiers qui est tout à fait d'actualité. Une ligne «dure» de pensée en sciences infirmières redoute l'utilisation de mesures basées sur des indicateurs de qualité qui ont fait abstraction des soins infirmiers. On y argumente que la recherche en mesures de qualité des soins infirmiers devrait procurer à la fois l'occasion de développer le corpus de connaissances et de distinguer la contribution unique des infirmières. Selon cette ligne de pensée, quoique recon-

naissant leurs bénéfices pour les systèmes de santé, les mesures génériques de qualité peuvent être attribuées à trop de types d'interventions pour être vraiment utiles à l'évaluation systématique des soins. Ces auteurs estiment que des mesures de qualité qui font abstraction des processus de soins infirmiers qui les ont induits font perdurer un effet de «boîte noire» et n'aident pas les prises de décision favorables aux soins infirmiers. Les enjeux liés à l'utilisation des mesures de qualité qui font le lien avec les contributions spécifiques pour la profession infirmière sont nombreux .

Mais, à d'autres égards, certains soutiennent qu'à ce stade-ci, toute utilisation de mesures permettant de quelque façon la responsabilisation et l'imputabilité des infirmières ou jouant un rôle de support connexe à l'émergence du développement théorique ou professionnel, devient déterminante dans la quête de l'excellence et doit être encouragée. Issues de ces positions¹⁰.

Conclusion

Évaluer la qualité des soins c'est mesurer le lien entre des éléments de la structure de dispensation des soins et des bénéfices objectifs ou subjectifs pour les patients, tout en mettant simultanément en lumière certains aspects des processus de soins qui les ont vraisemblablement induits.

Références

- Hegvary S.T. (1991) Issues in outcomes research. *Journal of Nursing Quality Assurance*. 5(2): 1-6.
Lang N.M., Marek K.D. (1990) The classification of patient outcomes. *Journal of Professional Nursing*. 6(3): 158-163.
Morin D (1999) Mesure de résultats en soins infirmiers : satisfaction des usagers. *Recherche en soins infirmiers*. 58 : 95-102.
Morin D (1997) Génériques ou spécifiques : réflexion critique sur les mesures de résultats en soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*. 40 : 71-77.
Pepin, J., Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010) La pensée infirmière. 3e édition. Montréal : Chenelière Education. 206 p.
Smith T.C. (1991) Nursing standards: the basis of professional practice in Schroeder P. Monitoring and evaluation in nursing (The encyclopedia of nursing care quality Volume III). Thiensville, Wisconsin; Aspen Publications: 7-18.
Tourigny A, Aubin T, Haggerty J, Bonin L, Morin D, Reinhartz D, Leduc Y, St-Pierre M, Houle N, Giguère A, Benounissa Z, Carmichael PH (2010) Patients' perceptions of the quality of care following primary care reform – The Family Medicine Groups in Quebec. *Canadian Family Physician*. 56:e273-82.
Tourigny, A., Morin, D., Kerfoot, M.-J., Dubuc, N., Robichaud, L., Morin, J., Côté, L., Lebel, P., Verreault, R., Kröger, E., Benounissa, Z. & Proulx, S. (2008) Measuring and improving the quality and continuity of health care and services delivered to vulnerable elders: Pilot project for people with cognitive impairments or dementia. Chap 16. In Hébert R, Tourigny A, Raïche M. PRISMA volume II, Integration of services for disabled people: Research leading to action. Edisem, Québec, pp. 319-336.
Tourigny, A., Côté, L., Kröger, E., Lebel, P., Kerfoot, M.-J., Morin, D. et al. Cadre de référence pour l'évaluation de la qualité des soins et services aux personnes âgées vulnérables in Hébert R, Tourigny A & Gagnon M (2004) Intégrer les services pour le maintien de l'autonomie des personnes. Québec : EDISEM : 301-320

Heart disease in Lebanon: Lessons learned from research

Samar Noureddine

Samar Noureddine, PhD, RN

Associate Professor

Assistant Director

Hariri School of Nursing
American University of Beirut

sn00@aub.edu.lb

Abstract

Coronary Artery Disease (CAD) is the leading cause of mortality and hospitalizations in Lebanon, with a recent prevalence estimate of 12.86 % in people aged 34 to 65 years. Yet, research about CAD in Lebanon is limited. Significant prevalence of CAD risk factors, such as hypertension and smoking both in clinical and healthy samples is well documented. The literature suggests that there is over use of cardiac catheterization for diagnosis compared to other countries. Moreover, few studies in limited centers reported that in-hospital mortality from CAD was reduced over the years and management patterns became more in line with international evidence based guidelines.

Nursing research is scarce but the little cardiovascular nursing research that has been done showed gaps in the knowledge of patients and the public about CAD. Patients admitted with acute coronary syndrome were found to delay coming to the hospital a median of 4.5 hours from the start of their symptoms. Also, a 30% readmission rate with another cardiac event within 3 months of discharge was reported. Self care deficit in heart failure patients was found as well. Only one study tested an educational intervention in open heart surgery patients but did not show positive outcomes.

Clinical issues in the acute care of CAD patients need to be identified and studied. Lifestyle behaviors that impact heart disease such as smoking, diet and exercise, must be investigated, and targeted interventions to promote healthy behaviors developed and tested. A multidisciplinary approach in research is recommended to impact patient outcomes.

Introduction

Ischemic heart disease (IHD) is the leading cause of mortality in Lebanon, accounting for 40.4% of deaths in adults aged 50 years and above (Sibai et al., 2001). IHD is the leading cause of admissions to government hospitals (Ministry of Public Health, 2007). In a recent WHO Step study of 2278 adults 25 to 65 year old, a 9.1% prevalence of cardiovascular disease (CVD) was reported, including stroke (Sibai & Hwalla, 2010). Moreover, prevalence of CVD risk factors in that sample was: hypertension 26.5%, diabetes 17.2%, cigarette smoking 38.5%, arguileh smoking 22.4%, and obesity 27%. In another study of adults 50 years and older in Lebanon, a prevalence of 20% was reported for heart disease, 41% for hypertension, 18% for diabetes, and 32% for hyperlipidemia (Sibai et al., 2010). These statistics show a significant prevalence of CVD and its risk factors. This paper reviews medical and nursing research on heart disease in Lebanon.**Medical Studies**

Studies of patients with coronary artery disease (CAD) addressed predictors, genetics, diagnosis and treatment. Similar to Western and Middle Eastern populations, older age, elevated blood sugar, and elevated lipoproteins were found to predict CAD in 300 Lebanese patients un-

dergoing cardiac catheterization (Abchee et al., 2006). Coronary artery calcium, a predictor of coronary events, was examined in 1154 asymptomatic individuals with > 1 CVD risk factors. Coronary calcium score was significantly higher in men than women, and was predicted by age and high cholesterol in the sample and in women. In men, additional predictors included diabetes and smoking (Dakik et al., 2005). Consanguinity was examined in 4284 patients with CAD (Youhanna et al., 2010). CAD risk did not increase with consanguinity, but the age of onset of CAD was earlier in off springs of blood related parents. Thus predictors of CAD in Lebanon are similar to those reported in other countries, but their prevalence differs from other populations.

In terms of the diagnosis of CAD patients, the number of cardiac laboratories increased from 10 to 35 in one decade, with 9.32 labs per 1 million population. Overuse and misuse of coronary angiography was documented, with Lebanon ranking third after the US and Germany in the rate of coronary angiographies. Examination of 20,069 coronary angiographies showed that only 54.7% of patients underwent the procedure appropriately according to international guidelines; 74.6% had no cardiac enzymes reported and 43% had zero vessel disease.

Eighty four percent of patients were not evaluated by noninvasive tests, probably due to their cost and the lack of coverage by insurance companies (Sibai et al., 2008).

Thus the use of evidence based interventions in CAD patients is on the rise, as shown in a study that compared management trends and outcomes of patients with acute coronary syndrome (ACS) between 1997-1998 and 2002-2005. Results showed a significant increase in the use of beta blockers, angiotensin converting enzyme inhibitors (ACEI), angiotensin receptor blockers (ARB), statins and aspirin over time; increasing use of percutaneous coronary interventions (PCI) and coronary artery bypass grafting (CABG). Moreover, hospital mortality decreased from 13% to 7.6% ($p < 0.01$). (Abdal-lah et al., 2010). The overall revascularization rate of the 2002-2005 group in this study was similar to that of the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE), a multinational study of > 60,000 ACS patients from the USA, Europe, Australia, Canada, New Zealand, Argentina, and Brazil. However, the use of aspirin, Plavix, beta blockers, ACEI/ARB, Glycoprotein IIb/IIIa inhibitors and statins was higher in GRACE than the Lebanese sample ($p < 0.01$) and the in-hospital mortality rate was lower ($p < 0.05$). (Karrowni et al., 2009).

A 10.2% in-hospital mortality following myocardial infarction (MI) was reported in a national sample of 432 MI patients. Mortality was significantly positively correlated with older age, hemodynamic instability and presence of complications, and negatively with use of thrombolytic therapy, aspirin, ACEI, heparin and beta blockers (Sawa-ya et al., 2000).

Overall results suggest that there is still room for improvement in the management of Lebanese cardiac patients.

Nursing Studies

Nursing studies on cardiac patients are limited. One study of 200 CAD patients in Zahle documented high (80%) and moderate (17.5%) levels of state anxiety, despite low trait anxiety in the sample. Patients utilized emotional and social support coping significantly more than problem based coping. Older age and high trait anxiety predicted higher state anxiety, whereas using problem based and social support coping predicted lower anxiety (Breidy Abi Aad, 2007). Another study tested the effect of an educational intervention on anxiety in 110 patients undergoing CABG (Deyirmenjian et al., 2006). The intervention did not succeed in reducing anxiety following surgery. Patients displayed considerable anxiety at the end of the educational session, suggesting different needs in Lebanese compared to Western patients.

Another group of studies looked at risk reducing behaviors in cardiac patients. A cross sectional study of 234 CAD outpatients documented regular physical activity in 77% of participants, mostly walking (98.7%). Regular physical activity was predicted by physical activity prior

to the cardiac event and exercise self-efficacy (Kahwagi El Hage & Sassine Kazan, 2010).

Seeking health care in response to a heart attack was examined in a study of 212 ACS patients. Two thirds of patients had previous similar experience with ACS, were hypertensive (63.8%); 52.2% were smokers, 52.4% hyperlipidemic, 30% were diabetic and 42.2% were obese. These high risk patients delayed coming to the hospital a median of 4.5 hours after symptom onset (range of 20 minutes to 6 days), with 25% delaying over 12 hours. Females, the highly educated, those who experienced dyspnea, intermittent symptoms, or waited for symptoms to go away delayed significantly more than others. On the other hand, those with intense symptoms and who considered initially going to the hospital came more quickly to the emergency room (Noureddine et al., 2006). In men, the intensity and continuousness of symptoms, and realizing their importance predicted delay, whereas in women experiencing dyspnea and waiting for symptoms to go predicted delay (Noureddine et al., 2009). Moreover, although patients who had previous experience with similar symptoms had higher knowledge of symptoms of MI, they did not come to the hospital quicker than those without such experience. Patients responded the same way to their symptoms, such as taking medicines or trying to relax. Only those who denied in the past responded more actively this time (Noureddine et al., 2009).

To further understand the thinking underlying the decision to seek care, Noureddine and Dumit (2010) surveyed 50 patients admitted with MI about their experience and responses to their symptoms. Preliminary analyses showed that when sensing the symptoms, patients evaluate them and come up with their own diagnosis of their cause, based on their experiences, past knowledge and the location of pain. Based on that diagnosis they decide to respond either by self-treatment, consulting with family, friend, or most commonly a doctor whom they know. They then wait and monitor the effect of their response. When things do not improve they eventually make the decision to come to the hospital, often after consulting with someone. Family witnesses often support the decision to seek care (Noureddine & Dumit, 2010).

Perceptions about heart disease were examined in 401 adults who were visiting hospitalized patients (Noureddine et al., 2010). The majority of participants considered heart disease a chronic illness, with serious consequences. They believed that the disease can be controlled by treatment and one's behavior, yet 30% reported that CAD is determined by chance or fate. Participants recognized common symptoms of heart disease like chest pain and dyspnea, but they also thought some irrelevant symptoms like headache and muscle cramps to be due to heart disease. Most participants recognized high cholesterol, smoking, hypertension, obesity and heredity as the most common causes of heart disease but 25% could not estimate their own CVD risk. When asked what

they would do if they experienced symptoms of a heart attack, only 21% reported going to the hospital. Instead they reported resting if the symptoms occurred during activity and self-help if they occurred at rest (Noureddine et al., 2010). These findings suggest lack of knowledge of symptoms of MI in Lebanese adults.

Self-care was examined in CAD and heart failure patients. Fifteen CAD patients were asked about their perception of cardiac self-care in a qualitative study. Patients were not familiar with the term itself, but their descriptions of how they manage their illness reflected self-care behaviors. Patients perceived stress and 'za'al' to cause heart disease. Other themes that emerged in this study included relying on God, accepting one's fate, and perceiving the cardiac event as a life and death warning (Dumit, 2008). A quantitative survey of 75 patients with heart failure showed that the most commonly performed self-care behaviors are limiting alcohol intake, not smoking and taking the medications as prescribed. On the other hand, contacting the physician in case of weight gain or nausea, weighing oneself daily and getting the flu shot were the least frequently performed behaviors. Self-care was significantly more likely to be practiced in older patients, the more educated, those with dyslipidemia, lower ejec-

tion fraction, and a recent diagnosis of heart failure (El Khatib, 2007).

Implications for Nursing

This review shows a significant gap in nursing research on cardiac patients. The findings so far suggest lack of knowledge in patients and community samples on heart disease, and self-care deficit in heart failure patients. Thus awareness campaigns about symptoms of a heart attack and what to do when they occur is needed. Nurses need to evaluate their patients' knowledge and provide needed education.

Studies are needed on lifestyle behaviors in cardiac patients, and interventions to reduce cardiovascular risk must be developed and implemented, considering the high prevalence of CVD risk factors. With the limited resources in Lebanon for research, a team approach for building cardiovascular nursing knowledge is recommended. The author invites interested nurses to create a working group on cardiovascular nursing to launch quality studies that are direly needed.

References

- Abchee, A., Puzantian H., Azar, S. T., Shbaklo H., Nasrallah, A., Sawaya, F. J., et al. (2006). Predictors of coronary artery disease in the Lebanese population. *Thrombosis Research*, 117, 631—637.
- Abdallah M., Karrowni, M., Shamseddine, W., Itani, S., Kobeissi, L., Ghazzal, Z., et al. (2010) Characteristics, Management, and Outcomes at the American University of Beirut Medical Center, 2002–2005. *Clinical Cardiology*, 33, E6–E13.
- Breidy Abi Aad, J. (2007). Les facteurs associés à l'état d'anxiété des patients coronariens dans la région de Zahlé . Unpublished thesis. Université St. Joseph: Liban.
- Dakik H. A., Skouri, H. N., Sibai, A. M., Sibai, T., Alam, S., Sawaya, J., et al. (2005) Prevalence of coronary artery calcium among asymptomatic men and women in a developing country: Comparison with the USA data. *Atherosclerosis*, 183, 141–145.
- Deyirmenjian M., Karam, N., Salameh, P. (2006). Preoperative patient education for open-heart patients: A source of anxiety? *Patient Education and Counseling*, 62, 111-117.
- Dumit, N. Y. (2008). Perceptions of cardiac self-care among Lebanese patients and their family caregivers. Unpublished dissertation. University of Colorado: USA.
- El Khatib, N. (2007). Self-care in a sample of Lebanese heart failure patients. Unpublished thesis. American University of Beirut: Lebanon.
- Kahwagi El Hage, R. & Sassine Kazan, R. (2010). Les facteurs prédictifs de la pratique régulière de l'activité physique chez les coronariens dans un centre hospitalier universitaire de Beyrouth. *Lebanese Journal of Nursing*, 1, 7-9.
- Karrowni, W., Abdallah, M., Itani, S., Kobeissi, L., Shamseddine, W., Dakik, H. A. (2009). Management of acute coronary syndromes in developing countries: Are we complying with practice guidelines? *International Journal of Cardiology*, 144, 95-96.
- Ministry of Public Health. (2007). Statistical Bulletin. The Ministry of Public Health: Beirut, Lebanon.
- Noureddine, S., & Dumit, N. (2010). Decision process to seek healthcare in myocardial infarction patients in Lebanon. *European Journal of Cardiovascular nursing*, 10, S44.
- Noureddine, S., Froelicher, E. S., Sibai, A., & Dakik, H. (2010). Response to a Cardiac Event in Relation to Cardiac Knowledge and Risk Perception: A Descriptive Study in a Lebanese Sample. *International Journal of Nursing Studies*, 47(3), 332-347.
- Noureddine, S. (2009). Patterns of responses to cardiac events over time. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(5), 390-397.
- Noureddine, S., Adra, M., Arevian, M., Dumit, N., Puzantian, H., Shehab, D., & Abchee, A. (2006). Delay in seeking health care for acute coronary syndromes in a Lebanese sample. *Journal of Transcultural Nursing*, 17, 341 – 348.
- Sawaya, J. I., Jazra, C., Farhat, F., Alam, S., Eid, E., & Sabra, R. (2000). In-hospital mortality after acute myocardial infarction in Lebanon: Incidence, associations, and influence of newer treatment regimens. *Lebanese Medical Journal*, 48, 63-69.
- Sibai, A. M., Nasreddine, L., Mokdad, A. H., Adra, N., Tabet, M., Hwalla, N. (2010). Nutrition Transition and Cardiovascular Disease Risk Factors in Middle East and North Africa Countries: Reviewing the Evidence. *Annals of Nutrition & Metabolism*, 57, 193-203.
- Sibai, A. M., Tohme, R. A., Saade, G. A., Ghanem, G., Alam, S. (2008). The appropriateness of use of coronary angiography in Lebanon: implications for health policy. *Health Policy and Planning*, 23, 210 –217.
- Sibai, A., Fletcher, A., Hills, M., Campbell, O. (2001). Non-communicable disease mortality rates using the verbal autopsy in a cohort of middle aged and older populations in Beirut during wartime, 1983–93. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, 271 – 276.
- Youhanna, S. Platt, D. E., Rebeiz, A., Lauridsen, M., Deeb, M. E., Nasrallah, et al. (2010). Parental consanguinity and family history of coronary artery disease strongly predict early stenosis. *Atherosclerosis*, 212, 559–563.

L'approche écologique: définition, potentiel et enjeux pour les sciences infirmières

Lucie Richard

Lucie Richard, Ph.D.

Professeure titulaire,
Faculté des sciences
infirmières,
Université de Montréal
Chercheure nationale,
Fonds de la recherche
en santé du Québec
Directrice-adjointe et
chercheure,

Institut de recherche en
santé publique, Université
de Montréal (IRSPUM)

Chercheure associée,
Centre de recherche,
Institut universitaire
de gériatrie de Montréal
Chercheure,
Centre de recherche Léa-
Roback sur les inégalités
sociales de santé de Montréal

lucie.richard@umontreal.ca

Résumé

Cet article porte sur la santé publique et sur l'expression populationnelle du soin. Après avoir défini les concepts de santé publique et de promotion de la santé, l'auteure présente l'approche écologique et ses avantages du point de vue de la santé des populations. La question de l'intégration de l'approche au sein de la pratique infirmière est abordée, notamment en examinant les résultats d'une étude menée dans le contexte des Centres locaux de services communautaire du Québec. Trois pratiques prometteuses sont évoquées comme pistes de solutions en vue d'une pénétration accrue de l'approche écologique dans les milieux infirmiers.

Ce court article porte sur la santé publique et sur l'expression populationnelle du soin, laquelle est bien présente dans la discipline infirmière depuis Nightingale jusqu'à son énoncé contemporain (Pepin, Kérouac, & Ducharme, 2010). Mais tout comme le nursing a évolué depuis Nightingale, la santé publique a cheminé remarquablement vers ce qu'on désigne maintenant comme nouvelle santé publique (Baum, 2008). Déterminants de la santé, multidisciplinarité, rôle de représentation, équité et justice sociale en sont quelques principales dimensions (voir le tableau 1 pour une comparaison des approches traditionnelle et nouvelle en santé publique).

L'approche écologique et le mouvement de promotion de la santé auquel elle se rattache, s'inscrivent résolument dans la mouvance la nouvelle santé publique. L'approche écologique est classiquement définie comme un cadre de recherche et d'intervention en santé qui met l'accent sur une vision élargie des déterminants de la santé (Richard, Gauvin, & Raines, 2011). L'approche formalise l'idée selon laquelle la santé n'est pas l'affaire d'une cause unique et proximale. Pour illustrer, un adolescent ne commence pas à fumer qu'en raison d'une méconnaissance des dangers de la dépendance à la nicotine ou des amis qui l'encouragent à le faire. Il commence aussi en réaction à des influences environnementales plus larges : la publicité qui lui martèle que « c'est cool », le bar-tabac qui rend les cigarettes facilement accessibles, le prix du tabac qui n'est pas assez élevé, les compagnies qui développent des cigarettes légères et aromatisées, le gouvernement qui est lent à légiférer sur la question des taxes. Intervenir de façon écologique en reconnaissant la multiplicité des causes, c'est intervenir dans différents milieux (l'école,

le bar-tabac, les associations de jeunes, etc.), sur différentes cibles (les médias, les élus, etc.), au moyen de différentes stratégies (l'éducation, le marketing social, le lobbying, etc.).

Pourquoi est-il avantageux d'intervenir de façon écologique?

D'abord, cela est davantage cohérent avec les données probantes issues de l'épidémiologie sociale qui montrent que mortalité et morbidité sont le résultat non seulement de génétique et d'habitudes de vie mais aussi de conditions de vie et de diverses caractéristiques de l'environnement socio-économique (Berkman & Kawachi, 2000). Ensuite, une approche écologique impulse l'intervention dans différents points d'ancrage, multipliant les influences favorables et misant sur les synergies entre les différentes interventions. Elle offre ainsi un potentiel accru en comparaison avec les programmes qui misent exclusivement sur l'action éducative individuelle. Les intervention écologiques s'avéreraient également préférables aux interventions éducatives traditionnelles

qui sont parfois associées à un accroissement des inégalités sociales de santé, ce qui se produit quand elles attirent les groupes déjà bien pourvus en ressources et arrivent difficilement à rejoindre ceux dont les besoins sont les plus criants. Avec de tels avantages, il n'est pas étonnant de noter l'engouement que suscite l'approche écologique chez les praticiens, les gestionnaires et les décideurs (Green, Richard, & Potvin, 1996; McLaren & Hawe, 2005; Richard et al., 2011; Sallis, Owen, & Fisher, 2008).

L'intégration de l'approche écologique en promotion de la santé

Je vous propose maintenant d'examiner brièvement la question de l'intégration de l'approche écologique en promotion de la santé. Depuis plus de quinze ans, j'étudie, selon une perspective d'évaluation de programme, comment s'actualise cette approche dans les programmes et pratiques des professionnels. Un tel monitorage est d'autant important qu'il existe des perceptions à l'effet que l'approche écologique pénètre trop lentement les pratiques, étant donné les nombreux obstacles à son implantation (Beaglehole & Bonita, 2004). Pour étayer le propos, je partagerai ici les résultats d'une étude récente réalisée auprès d'infirmières québécoises (Richard et al., 2010).

Ces travaux faisaient partie d'une étude principale portant sur les pratiques d'infirmières œuvrant en mission CLSC (Centres locaux de services communautaires) (Beaudet, Richard, Gendron, & Boisvert, sous presse) et avaient spécifiquement pour objectif d'examiner leurs conceptions de la prévention et de la promotion de la santé (PP). Essentiellement, nous avons constitué un échantillon d'infirmières présentant un profil varié en termes d'expérience, de formation, de secteur d'activité. Nous avons procédé par entrevue semi-dirigée comportant plusieurs questions. Deux sont pertinentes ici alors qu'on leur demandait d'entrée de jeu de décrire une intervention PP récente dans laquelle elles avaient été impliquées et qui avait « bien fonctionné ». Plus tard, on leur demandait de nous décrire ce qu'elles entendaient justement par prévention et promotion. Les résultats nous ont surpris. D'abord, en ce qui a trait aux conceptualisations de la prévention, nous avons pu observer qu'elles étaient généralement conformes aux définitions classiques et acceptées, avec des descriptions étoffées et plutôt justes des notions de prévention primaire, secondaire et tertiaire. Nous avons par contre été étonnées de constater que pour une majorité de répondantes, la promotion de la santé était le plus souvent que de l'éducation à la santé à plus grande échelle, impliquant un discours positif sur la santé, le bien-être et non plus la maladie et les problèmes. Très rarement, les répondantes ont émaillé leur propos de notions telles l'empowerment, les déterminants de la santé, l'action environnementale ou politique. Enfin, les interventions qui nous ont été décrites se sont avérées complètement

convergentes avec ces définitions, en ce qu'il y a surtout été question d'approches éducatives et très peu d'actions sur des cibles environnementales.

Ces résultats sont-ils vraiment étonnantes? Oui et non. Oui, car ils proviennent d'un des pays fondateurs du mouvement de la promotion de la santé, d'une province où la programmation en santé publique se réclame d'une approche écologique depuis au moins deux décennies. Mais également peu surprenants car ils vont dans le sens de ce que des dizaines d'études rapportent également depuis deux décennies : que les infirmières, même celles œuvrant en santé publique, n'ont pas encore pris le virage promotion de la santé et restent encore attachées à des modèles de type éducation à la santé. Les travaux de Dean Whitehead sont fort éloquents à ce sujet et font écho à plusieurs contributions semblables en provenance de différents pays dans le monde (Whitehead, 2006). Notons aussi qu'une intégration limitée de l'approche a été observée dans plusieurs études impliquant d'autres groupes de professionnels (Richard et al., 2008; Ryerson Espino & Trickett, 2008). Mais, s'agissant des infirmières, n'y a-t-il pas là un paradoxe? La promotion de la santé s'avère en effet considérée par plusieurs comme une approche toute désignée pour la discipline (Longtin, Richard, & Bisson, 2006; World Health Organisation, 1989). De fait, la philosophie et les dimensions de la promotion de la santé rejoignent bien plusieurs dimensions de la pratique infirmière :

- La santé: une dimension centrale de la discipline ;
 - Une philosophie holistique et un accent sur le développement des capacités et la participation ;
 - L'expertise biopsychosociale convergente avec une approche de déterminants de la santé;
 - Une habitude d'intervention en contexte multidisciplinaire ;
- Et aussi,
- Un objectif soutenu par plusieurs plans d'action et énoncés politiques, y compris en sciences infirmières (Organisation mondiale de la santé, 2000);
 - Des infirmières parmi les inspiratrices du mouvement de promotion de la santé (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2006).

Mais alors, pourquoi une si faible intégration et surtout, comment changer les choses? Plutôt que de terminer sur l'habituel énoncé des barrières et des facilitateurs, je préférerais conclure en énonçant quelques pratiques exemplaires et prometteuses, souhaitant que la diffusion de ces expériences heureuses puissent contribuer à changer le statu quo.

Une première pratique réfère à un concept inspiré du mouvement de promotion de la santé et qui met en scène un milieu que les infirmières connaissent bien : l'hôpital. L'hôpital promoteur de santé est né dans le sillon des approches milieux lancées par l'OMS et ayant donné lieu, entre autres, aux écoles en santé. Selon le Réseau français OMS, « le but d'un hôpital promoteur de santé

est d'améliorer la qualité des soins, les conditions de vie et de travail ainsi que la satisfaction des salariés, des patients et de leurs proches. Un hôpital promoteur de santé étend également ses responsabilités au-delà des frontières étroites des épisodes cliniques aigus et coopère avec la communauté pour promouvoir une approche globale des soins et de la prévention » (<http://www.inpes.sante.fr/HPS/promotion.asp>). Le tableau 2 présente les dimensions d'une démarche de promotion de la santé à l'hôpital. La lecture des éléments listés révèle clairement l'intention de travailler sur différents déterminants de la santé. À Montréal, plusieurs projets portés par des établissements de santé s'inscrivent dans cette perspective : projet d'amélioration de l'environnement alimentaire dans un hôpital pédiatrique, adoption d'une politique de développement durable avec accès à des douches et vélos en libre-service dans un Centre de santé et de services sociaux, initiatives de mobilisation et d'implication des partenaires du voisinage immédiat dans un projet de construction d'un méga-hôpital (<https://agence.santemontreal.qc.ca/publications-de-lagence/bulletins/des-tination-sante-montreal/>).

Une deuxième pratique se rapporte aux actions de représentation mises en place par des leaders de la profession. Un excellent exemple à apporter sont certes les initiatives de la Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille dont la titulaire est Francine Ducharme (www.chairedesjardins.umontreal.ca). Dans les dernières années, la Chaire a déposé plusieurs mémoires et énoncés de recommandations dans la foulée de réflexions et législations qui ont eu cours autour de la question des conditions de vie et des soins aux aînés. Ces actions ont su influencer les décideurs et ont contribué à l'émergence d'initiatives significatives, notamment une loi créant un fonds de soutien aux aidants et

un Plan d'Action sur la maladie d'Alzheimer (voir Pépin et al., 2010, chapitre 8, pour un exposé détaillé). Voilà un bel exemple qui pourrait avantageusement être repris dans d'autres secteurs.

Finalement, je terminerai en parlant de formation, un levier de changement de pratique extrêmement puissant. Alors que plusieurs études montrent que les curricula en sciences infirmières tardent encore souvent à transmettre des contenus résolument orientés vers la promotion de la santé (Whitehead, 2007), des collègues de ma Faculté ont profité de la dernière réforme du baccalauréat pour développer un cursus en santé communautaire bien aligné aux contenu, méthodes et enjeux propres à cette approche. On trouve des références claires à des compétences liées à l'action avec les personnes, les familles et les communautés en vue de favoriser une population en santé de même qu'à des notions telles l'approche populationnelle, les déterminants de la santé et les inégalités sociales (cours « Communautés et santé », Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, document non publié). Bref, si cet enseignement fait son chemin, il est permis d'espérer de beaux lendemains.

En conclusion, à l'instar de mon collègue Whitehead (Whitehead, 2011), je reprendrai simplement une citation d'Illona Kickbusch (Kickbusch, 2000), sans conteste une pionnière du mouvement de promotion de la santé à l'OMS. Commentant, voilà une dizaine d'années, l'état des lieux de la promotion de la santé en sciences infirmières, elle déclarait simplement : il y a des exemples qui montrent qu'il s'en fait, que cela peut être fait; il faut simplement qu'il s'en fasse encore plus...

Références

- Baum, F. (2008). *The New Public Health* (3rd ed.). Victoria AU: Oxford University Press.
- Beaglehole, R., & Bonita, R. (2004). *Public Health at the Crossroads: Achievements and Prospects* (2nd edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Beaudet, N., Richard, L., Gendron, S., & Boisvert, N. (sous presse). Advancing Population-Based Health-Promotion and Prevention practice in Community-Health Nursing: Key Conditions for Change. *Advances in Nursing Science*.
- Berkman, L. F., & Kawachi, I. (Eds.). (2000). *Social Epidemiology*. Oxford: Oxford University Press.
- Green, L. W., Richard, L., & Potvin, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10(4), 270-281.
- Kickbusch, I. (2000). Foreword. In A. Wass (Ed.), *Promoting Health: The Primary Health care Approach* (2nd ed.). Sydney, AU: Harcourt.
- Longtin, M., Richard, L., & Bisaillon, A. (2006). L'intégration de la promotion de la santé au sein de la discipline infirmière [Integration of health promotion in the field of nursing]. *Recherche en soins infirmiers*, 87, 4-15.
- McLaren, L., & Hawe, P. (2005). Ecological perspectives in health research. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(1), 6-14.
- Organisation mondiale de la santé. (2000). Déclaration de Munich: les infirmières et les sages femmes, un atout pour la santé, 2000. Copenhague: OMS-Bureau régional de l'Europe.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (5th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson-Prentice Hall.
- Pépin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). La pensée infirmière. Montréal: Chenelière Éducation.
- Richard, L., Gauvin, L., Gosselin, C., Ducharme, F., Sapinski, J. P., & Trudel, M. (2008). Integrating the ecological approach in health promotion for older adults: a survey of programs aimed at elder abuse prevention, falls prevention, and appropriate medication use. *International Journal of Public Health*, 53, 46-56.
- Richard, L., Gauvin, L., & Raines, K. (2011). Ecological models revisited: Their uses and evolution in health promotion over two decades. *Annual Review of Public Health*, 32. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101141
- Richard, L., Gendron, S., Beaudet, N., Boisvert, N., Garceau-Brodeur, M. H., & Sauvé, M. S. (2010). Health promotion and disease prevention in nursing practice : findings from a qualitative study of nurses working in local public health organizations in Montréal, Québec. *Public Health*

- Nursing, 27(5), 450-458.
- Ryerson Espino, S. L., & Trickett, E. J. (2008). The spirit of ecological inquiry and intervention research reports: A heuristic elaboration. American Journal of Community Psychology, 42(60-78).
- Sallis, J. F., Owen, N., & Fisher, E. B. (2008). Ecological models of health behaviors. In K. Glanz, B. K. Rimer & K. Viswanath (Eds.), Health behavior and health education. Theory, research, and practice (4th ed., pp. 465-485). San Francisco: Jossey-Bass.
- Whitehead, D. (2006). Health promotion in the practice setting: findings from a review of clinical issues. Worldviews on Evidence-Based Nursing, 3, 165-184.
- Whitehead, D. (2007). Reviewing health promotion in nursing education. Nurse Education Today, 27, 225-237.
- Whitehead, D. (2011). Health promotion in nursing: a Derridean discourse analysis. Health Promotion International, 26(1), 117-127.
- World Health Organisation. (1989). Nursing Leadership for Health for All. Genève: World Health Organisation - Division of Health Manpower Development.

Tableau 1
Santé publique traditionnelle vs nouvelle santé publique

Santé publique traditionnelle	Nouvelle santé publique
Préoccupation pour l'environnement physique en vue d'améliorer le logement, la qualité des eaux, l'hygiène, etc.	<i>Idem mais aussi préoccupation pour le soutien social, le capital social, les comportements et habitudes de vie</i>
Accent sur lois et règlements	Accent sur législation et action politique. Rôle de représentation en santé des populations
La médecine occupe une place centrale	Importance de l'action intersectorielle et des autres disciplines de la santé
Dominance d'une approche expert	Importance de la participation de la communauté ; dominance de l'intérêt citoyen
Primauté de l'épidémiologie	Diversité d'approches méthodologiques
Approche de prévention des maladies	Approche de prévention des maladies et de promotion de la santé
Une définition de la santé axée sur l'absence de maladie	<i>Vision positive de la santé</i>
Prévention des maladies infectieuses	Action sur toute forme de menace à la santé : maladies chroniques, maladies mentales, risques environnementaux, etc.
Prise en charge des pauvres et des groupes présentant des besoins spéciaux	Centralité des questions d'équité et de justice sociale

Source : Baum, 2008

Tableau 2
Dimensions de la démarche de promotion de la santé à l'hôpital

-
- Travailler dans une logique de santé axée sur la qualité de vie des patients, par delà la lutte contre les maladies;
 - Mettre en œuvre des actions d'éducation pour la santé des personnes qui fréquentent l'hôpital ou vivent à proximité;
 - Travailler en partenariat avec d'autres acteurs de santé pour assurer la continuité des soins (notions de continuum de services);
 - Faire de l'hôpital un lieu où les conditions de vie et de travail exercent une influence favorable sur la santé de chacun;
 - Faciliter la participation effective et concrète des patients et du personnel aux décisions qui concernent leur santé;
 - Participer à l'amélioration du système de santé en général.
-

Source : Réseau français OMS (<http://www.inpes.sante.fr/HPS/promotion.asp>)

La profession infirmière au Liban à l'heure de la mondialisation

Rima Sassine Kazan

Rima Sassine Kazan, inf.,

Ph.D

Chef de département de formation supérieure

Faculté des sciences

infirmières

Université Saint-Joseph

rima.sassine@usj.edu.lb

Résumé

La complexité des besoins de santé de la population, l'évolution des connaissances et des avancées technologiques, l'interdisciplinarité et le développement des moyens de communication font émerger plus que jamais la question de l'évolution et de la mondialisation de la profession infirmière au Liban. Comment sont perçues la formation, la pratique et la recherche infirmière au Liban sous l'angle de la mondialisation au niveau politique, économique, social, technologique, environnemental et légal ? A travers des entrevues et des analyses des documents, l'auteur expose l'état de la profession infirmière dans le contexte libanais. Ceci va aider, d'une part, à identifier la position du Liban par rapport à l'évolution de la profession infirmière au niveau international, d'autre part, à évaluer si la profession infirmière aujourd'hui, confrontée à une mobilisation qui est ce qu'elle est, suit les changements du monde en respectant les valeurs sous-jacentes de la profession et en s'engageant au service de la communauté.

Introduction

La mondialisation est l'un des sujets les plus débattus au monde. Elle était le plus souvent envisagée sous un angle strictement économique. Or, la mondialisation est un processus social global, à la fois historique, géographique, sociologique, politique et économique (Baudran, & Henry, 2006). Ainsi, avec la mondialisation, autrement dit l'ouverture et l'échange, la profession infirmière est devenue une profession «mondialisée» (Rizk, 2011) et a subi les conséquences de la mondialisation.

Cet article vise à décrire le contexte de la profession infirmière au Liban à partir des différents environnements de la mondialisation et à identifier les conséquences afin de proposer des stratégies adaptées aux enjeux de la mondialisation.

Contexte de la profession infirmière au Liban

Afin de mieux décrire le contexte de la profession infirmière au Liban, un sondage d'opinions a été réalisé chez les infirmières¹ sur la perception de la mondialisation suivi d'une évaluation des différents aspects de l'environnement extérieur de la mondialisation à partir de l'analyse PESTE (Helfer, Kalika, & Orsoni, 2003).

Le sondage d'opinions, effectué auprès de 10 infirmières libanaises professionnelles et académiques a montré que la mondialisation revêt à la fois des aspects positifs et négatifs. Les aspects positifs évoqués par les infirmières, comprenaient l'ouverture, les échanges, la diversité culturelle et le partage des connaissances et des expériences ainsi qu'un développement du rôle de l'infirmière vers un rôle ciblé sur la pratique avancée. Quant aux aspects négatifs, ils se traduisent

par une pénurie du personnel infirmier qualifié et par une dilution de l'identité culturelle et l'émergence des problèmes sociaux.

L'analyse PESTE est un canevas utile, selon Helfer et ses collaborateurs (2003), pour examiner et évaluer les cinq aspects de l'environnement extérieur susceptibles d'exercer un impact sur la profession infirmière: il s'agit de l'environnement démographique et politique, économique, social, réglementaire et technologique.

Au niveau de l'environnement démographique et politique, le Liban, situé sur la Méditerranée, est un cas de mondialisation du fait de son pluralisme culturel et religieux et ce, par la juxtaposition de 18 communautés chrétiennes et musulmanes. L'Ordre des infirmier/es au Liban créé en 2003, est une organisation de 9460 infirmières (2011). La majorité est du genre féminin (80.9%) contre 19.01% du genre masculin ; 55% ont moins que 35 ans, 46.46% détiennent une licence académique. Leur répartition géographique est concentrée à Beyrouth et 87.65% travaillent principalement dans le secteur hospitalier dans des établissements privés.

En 2010, le Conseil de tourisme a affirmé de faire le Liban « l'hôpital de l'Orient » et il manifeste son souhait que ce pays devienne un leader dans le domaine « du tourisme médical » du fait de son nombre élevé des médecins et des hôpitaux. Par conséquent, ceci entraînera une augmentation de la demande d'un personnel infirmier qualifié. Or, cette demande paraît problématique car le Liban, à l'instar des autres pays, vit actuellement une situation de crise due d'un côté à la migration d'un personnel qualifié et à d'autres problèmes au niveau économique.

1. Dans le texte, le terme infirmière inclut les infirmières et les infirmiers

L'environnement économique quant à lui, est influencé par un problème majeur de migration des infirmières qui a causé une pénurie et une augmentation du coût de turnover. La profession infirmière au Liban connaît actuellement de graves problèmes dont, la pénurie et la rétention des infirmières et surtout la diminution de l'attrait à la profession, ce qui entraîne un recrutement insuffisant dans la formation infirmière. Selon une étude réalisée par El-Jardali et ses collègues en 2009 sur la pénurie des infirmières, il est apparu que le Liban semble avoir la faible densité en personnel infirmier dans la région méditerranéenne. La densité infirmière est de 1.18/1000 versus la densité mondiale qui est de 4.06/1000. On estime avoir une infirmière pour 1600 patients et un médecin pour 170 patients.

C'est ainsi que L'Ordre a déjà entamé une série de mesures visant l'amélioration des conditions de travail, l'élaboration d'études sur l'image de l'infirmière et le lancement d'une vaste campagne de sensibilisation à la profession infirmière.

L'environnement social est influencé par les conditions insatisfaisantes de travail que témoignent les infirmières dans certaines régions libanaises (OIL, 2011), telles que: les rémunérations insuffisantes, le non respect de la Loi libanaise de travail concernant les frais de transport et les congés fériés. Certaines infirmières ne sont pas inscrites à la caisse nationale de sécurité sociale et dans certains cas, il n'existe pas une déclaration exacte du salaire. Dans ce contexte, l'Ordre des infirmier/ies au Liban (OIL), s'est mobilisé d'une part, en demandant aux ministres de la santé et de travail d'exiger le respect de la loi de travail dans tous les établissements de santé. Et d'autre part, au niveau réglementaire, la présidente de l'Ordre a participé au sein des commissions parlementaires, à la révision du projet de loi organisant l'exercice de la profession infirmière. Dans le but d'assumer sa mission qui est : jouer un rôle pionnier dans la protection et le développement de la profession infirmière au Liban, l'Ordre veille à être représenté dans toutes les activités, les colloques et séminaires et même dans les évaluations qui touchent les infirmières dans le contexte national et même international. Notons aussi la naissance du projet d'attribution de crédits de formation continue (CEU's) pour les infirmières, qui a été mis en vigueur par le comité scientifique de l'Ordre en 2010 et ce, afin d'encourager les formations continues dans les hôpitaux.

Par ailleurs, le développement **des moyens de communication et d'information** a accéléré le processus de diffusion de savoirs scientifiques ce qui a exercé une grande influence sur le développement de la formation, de la recherche et des pratiques avancées infirmières. Desrosiers (2006) avance que « Une des caractéristiques de la mondialisation est le développement des connaissances et l'accélération des idées par les technologies de l'information ». La question qui se pose : Saurions-nous partager nos recherches, notre pratique et nos savoirs au niveau local avant de les diffuser au niveau international ?

Toutefois et malgré les manifestations impressionnantes de la mondialisation tant positives que négatives, l'image perçue et véhiculée de la profession infirmière par le public et les médias demeure encore négative. A mon avis, il y va du devoir des infirmières elles-mêmes de projeter une image positive de leur profession et de travailler avec toutes les instances concernées à formuler des recommandations pour l'avenir de la profession.

Impact de l'environnement sur la profession infirmière

Les différents aspects de l'environnement externe exposés ci-dessus, semblent exercer un impact sur le contexte de la profession infirmière en formation, en pratique, en gestion et en recherche.

Au Liban, **la formation en soins infirmiers** est délivrée dans les Universités et dans les écoles techniques, et ce, au niveau de la formation initiale et du 2ème cycle. La formation de 3ème cycle n'est pas encore mise en place au Liban. Les infirmières titulaires du diplôme de 3ème cycle ont suivi leur formation au Canada ou aux États Unis.

Toutes ces formations sont dispensées selon l'un des deux systèmes d'éducation: le système francophone et le système anglophone qui se côtoient dans le pays. Avec l'ère de la mondialisation, les universités à la fois francophones et anglophones ont développé chacune de son côté, des projets de collaboration internationale, européenne, nord-américaine et même régionale. L'impact de ces échanges internationaux dans la formation est surtout perçu dans le design des curriculums de programmes de formation, dans le système de crédits et même dans les stratégies d'enseignement. Toute cette ouverture a permis le développement des techniques de communication et d'information (TIC) et l'échange des étudiants ainsi que la possibilité de suivre des cours en ligne.

Au niveau de la pratique, l'accréditation des hôpitaux a influencé la pratique : des protocoles ont été élaborés et des pratiques ont changé afin de mieux répondre aux besoins de la population et aux nouveaux problèmes de santé (Zablit, 2010). Dans le milieu clinique, les pratiques avancées sont nouvellement intégrées dans l'exercice infirmier au Liban ; l'hôpital Américain de Beyrouth compte depuis 2008 des infirmières formées aux pratiques avancées en psychiatrie et en soins critiques. Cette évolution dans la pratique de l'infirmière a permis le développement de son jugement clinique. Présentement, les infirmières ont valorisé cet aspect de jugement au détriment des gestes répétitifs techniques et sans complexité thérapeutique (Desrosiers, 2006).

Dans la gestion, le rôle des infirmières cadres a évolué suite à la complexité des problèmes de santé et au besoin d'information de la personne soignée et de sa famille. Ainsi, des collaborations interprofessionnelles timides se sont développées entre les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé (Asmar, 2011). Par ailleurs, la notion de l'environnement de travail paraît être une notion importante à ne pas négliger dans les établissements de santé. Ainsi, il importe de s'attarder à optimiser cet environnement par la priorisation et

l'application d'actions tangibles dans ces établissements qui veulent prendre soin de leurs cadres gestionnaires (Mayrand-Leclerc, Sassine, & Zablit, 2009).

Quant à l'impact de la mondialisation **sur la recherche**, cette dernière a commencé à se développer dans les établissements de santé surtout dans les CHU et dans les universités. La création d'un département ou d'une unité de recherche au sein des institutions hospitalières a favorisé l'implantation d'une culture de recherche parmi les infirmières et des projets de recherche sont réalisés par les équipes de soins (Zablit, 2010).

Dans ce contexte, le transfert de connaissances a été amorcé par le processus d'accréditation des hôpitaux imposés par le Ministère de la Santé depuis 2002. En effet, les normes d'accréditation exigent d'offrir des soins selon des protocoles et procédures afin de garantir une qualité de soins, ce qui a motivé les infirmières libanaises à avoir recours aux résultats de recherche empiriques et à la recension exhaustive des écrits pour asseoir les bases de leurs interventions (Zablit, 2010).

Malgré l'impact reconnu du transfert du savoir scientifique dans la pratique, l'utilisation des résultats de recherche dans l'exercice infirmier au Liban est encore timide. Ceci pourrait être dû à plusieurs causes, nous citons : 1) l'exportation des théories et des résultats de recherche des pays nord-américains qui sont, dans certains cas, inadaptés au contexte culturel du pays et 2) le nombre insuffisant des organismes de financement des recherches, ce qui ne facilite pas la multiplication des recherches.

En somme, la figure 1 illustre le contexte de la profession infirmière à l'ère de la mondialisation ainsi que l'impact des différents environnements sur son évolution.

Recommandations

Au-delà de tous ces défis engendrés par la mondialisation, il en est du devoir de l'Ordre des infirmier/ies au Liban, des décideurs, des leaders d'opinion, des professionnels de santé et des académiques d'œuvrer ensemble pour promouvoir la profession infirmière au niveau national, régional et international, sans négliger, selon Rizk (2011) de reconnaître les spécificités culturelles de chaque pays en tant que sources de richesses et d'évolution.

Devant un tel contexte, plusieurs recommandations pourraient être formulées.

Premièrement, **au niveau de la formation**, le rôle de l'infirmière en tant que leader dans la profession infirmière doit être élargi et bien défini de par, la loi et les exigences de l'accréditation afin de garantir une qualité des soins à la personne et à sa famille. On pourrait aussi suggérer auprès des personnes responsables de la formation à :

- Veiller à former des infirmières qualifiées et compétentes
- Collaborer avec des responsables académiques et professionnels afin d'augmenter l'attractivité à la formation sur le plan national
- Encourager les institutions pour être agréé (en tant que

formation) par un organisme disciplinaire

- Encourager les instituts de formation à développer la formation du 3ème cycle.

Au niveau de la pratique, dans le but de soutenir les infirmières et de préserver leurs droits dans l'exercice de leur fonction, il serait judicieux que l'Ordre leur assure un environnement de travail sain et une retraite en sécurité, or, l'Ordre prépare le lancement du projet de la caisse de retraite en décembre 2011.

Quant à la gestion, l'infirmière est appelée à développer, dans un environnement changeant, un leadership qui aura une vision commune de la santé, de l'individu et de la famille.

Enfin, qui dit mondialisation, dit diffusion du savoir et transfert de connaissances, ainsi, il serait pertinent, **au niveau de la recherche**, que l'OIL et les institutions académiques et de santé de collaborer ensemble afin de:

- Créer des réseaux de collaboration locaux, nationaux et internationaux
- Stimuler les infirmières à utiliser les TIC en milieu de travail
- Vulgariser le savoir provenant des recherches dans un langage accessible (Kérouac et al., 2010)
- Créer des organismes de subvention des recherches.

Or, tout ceci, ne réussira pas sans **la prise de conscience** du rôle que l'infirmière peut jouer au niveau individuel et en groupe, en tant qu'acteur et médiologue de santé (Nadot, 2011) afin de :

- Définir une identité professionnelle claire dans le but d'échanger et de communiquer clairement sa mission dans la société
- Devenir un agent de changement dans la société en respectant les règles d'éthique et les valeurs humaines
- Etre ouvert au monde et collaborer avec les différents professionnels de la santé pour dispenser des soins de qualité
- Savoir se questionner et actualiser ses connaissances (Kérouac et al., 2010).

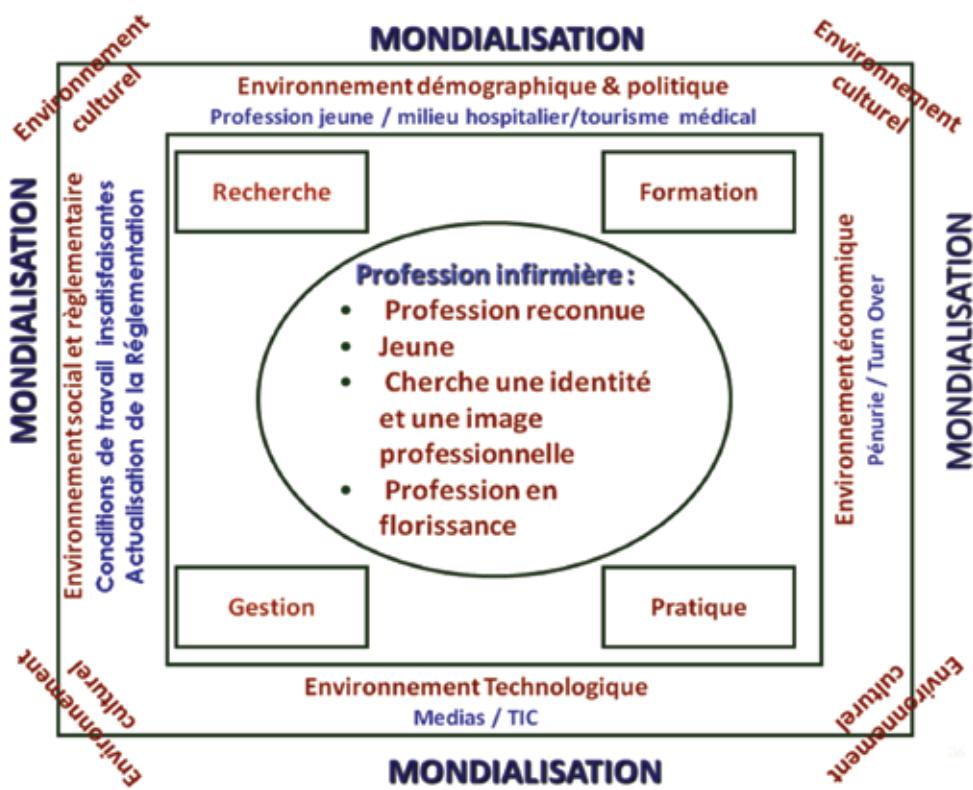
Enfin, « Il faut le dire et le répéter que les infirmières ont un vrai rôle à jouer dans l'évolution du pays », assure le Dr Thamine Siddiqi, représentant de l'OMS au Liban. Leur départ a un impact certain sur la santé. De ce fait, les infirmières doivent être conscientes du concept de la mondialisation et de son influence sur la santé car après tout, elles doivent travailler ensemble pour la promotion de la santé qui est un droit pour tous.

« Dans un monde déchiré par des problèmes économiques, religieux et culturels, la santé demeure l'une des valeurs universelles, la santé est un pont vers la paix, un antidote à l'intolérance et une source de sécurité » (Gro Bandtland, WHO, Geneva, 2000).

Références

- Asmar, M. (2011). La collaboration interprofessionnelle dans les institutions de santé: Le cas d'un hôpital universitaire libanais. Thèse de doctorat inédite, Université Paris Dauphine-U.F.R. Sciences des organisations : France.
- Baudran V., Henry, G.M (2006). Comprendre la mondialisation. France : Studyrama, 2006.
- Davidson, P.M., Daly, J., Meleis, A., & Douglas, M. (2003). Globalisation as we enter the 21st century: Reflections and directions for nursing education, science, research and clinical practice. *Contemporary Nurse* 15(3). 162-174.
- Desrosiers, G. (2006). Défis de l'Ordre infirmier dans un contexte de mondialisation. *Perspective infirmière*. 6-13.
- Helfer, J.P., Kalika, M., & Orsoni, J. (2006). Management, stratégie et organisation. France: Vuibert.
- Kérouac, S., Pepin, J., & Ducharme, F. (2010). La pensée infirmière (3ème Ed). Montréal : Chenelière Education.
- Mayrand-leclerc, M., Sassine, R., & Zablit, C. (2011). Description de l'environnement psychosocial des cadres gestionnaires infirmiers. Communication présentée au 1er Congrès International de l'Ordre des infirmier/es au Liban. Beyrouth, Liban.
- Nadot, M. (2011). Le mythe infirmier, ou le pavé dans la mare ! Communication présentée au 1er Congrès International de l'Ordre des infirmier/es au Liban. Beyrouth, Liban.
- Rizk, B. (2011). Mondialisation et profession infirmière : défis et perspectives. Conférence d'ouverture présentée au 1er Congrès International de l'Ordre des infirmier/es au Liban. Beyrouth, Liban.
- Zablit, C. (2010). Etat de la recherche en sciences infirmières au Liban. *Recherche en soins infirmiers*. 100.

Figure 1: La profession infirmière au Liban dans un contexte de mondialisation





Ateliers
Workshops

Workshop 1: Palliative/hospice care: Reflecting on experiences from Lebanon and Jordan

Speakers

SANAD Association Team, a NGO whose role is to help and support terminally-ill patients and their families preserve their dignity, get culturally-sensitive care and ensure legally and ethically sound decision-making at end of life.
Helene Samaha Nuwayhed, Rana Hamad, Dr. Mazen El Bashir, Lubna Izziddin, Dr. Salam Jalloul, Dr. Rabih Shammai & Marie Claire Mhawej.

Aim of the workshop

To raise awareness of Nurses and Health Professionals regarding palliative/hospice care in Lebanon and to shed the light on Palliative Care as compassionate, individualized and holistic care to terminally ill patients and their families at end-of-life. In essence, palliative care provides hands-on pain relief and symptom management for terminally-ill patients in the comfort of their own homes.

Outline

- Preview on Palliative Care/ Hospice Care and mission of SANAD
- ALMALATH Model of Palliative Care in Jordan
- Presentation and analysis of case studies
- Testimonials by family members
- Film
- Discussion and lessons learned
- Concluding Statements
- Volunteers filling up application/ networking opportunities



Workshop 2: Gestion du diabète de type 1

Intervenants

Equipe du Chronic Care Center :

Claude Rayess Sadek, Pascale Nawfal, Colette Bitar & Tima Timani

Contenu

- *La maladie du diabète type 1* : Epidémiologie, diagnostic, complications aigues et chroniques, traitement
- *Education du diabétique* :
 - . Principes théoriques : Théories de l'apprentissage
 - . Principes pratiques : Processus d'élaboration d'une séquence d'apprentissage,
 - . Exemples pratiques
- *Informations sur les nouveautés*
 - . CGMS
 - . Pompe Real Time
 - . Greffe des îlots souches
- *Prise en charge du diabétique au niveau diététique*
 - . Evaluation nutritionnelle, intervention et réajustement
 - . Comptage avancé des hydrates de carbone et gestion intensive de la glycémie
 - . Développement de l'autonomie

Workshop 3: Advanced Life Support - ALS simulation

Speakers

Lebanese - European Academy of Emergency Medicine team (LEAEM):

Hiba Hammoud, Catherine Berbari & Alfred Chahbar

Coordinator: Georges Saad & Eliana Wannous

Objectives

The incidence of cardiac arrest all over the world is increasing. Because of this, the presence of a well qualified resuscitation team is very important to save and improve the quality of life.

Nurses are the core of this team, preparing them to hold responsibilities and to be effective members during resuscitation is very crucial.

After this 3hrs workshop all participants should be able to:

- Demonstrate and apply the ABCDE Approach.
- Demonstrate a high quality CPR under new guidelines.
- Apply the new algorithm of CPR.
- Manage special circumstances.

Workshop 4: Advanced Pediatric Life Support - APLS

Speakers

Lebanese - European Academy of Emergency Medicine team (LEAEM):
Nouhad Nassif, Dayane Nehme & Mira Haddad

Objectives

The new guidelines of the Advanced Pediatric Life Support have been adjusted to make the resuscitation easier and similar to the adult resuscitation.

After this 3hrs workshop, the participants should be able to:

- Demonstrate and apply the ABCDE Approach.
- Demonstrate high quality of CPR under the new guidelines.
- Manage respiratory problems.
- Manage arrhythmias.

Workshop 5: Bien contrôler son asthme

Intervenants

Equipe d'Asthma Center- Childhood Protection & Care Association:
Danielle Daccache & Maral Kojabelian

Contenu

- Vue d'ensemble sur l'asthme
- Pose d'un diagnostic éducatif
- Contrôle de l'environnement
- Les techniques d'inhalation et l'utilisation de l'inhalateur à effet rapide
- Les outils d'aide au traitement : l'utilisation du débitmètre de pointe.

Workshop 6: Directives in the management of heart failure care

A multidisciplinary approach

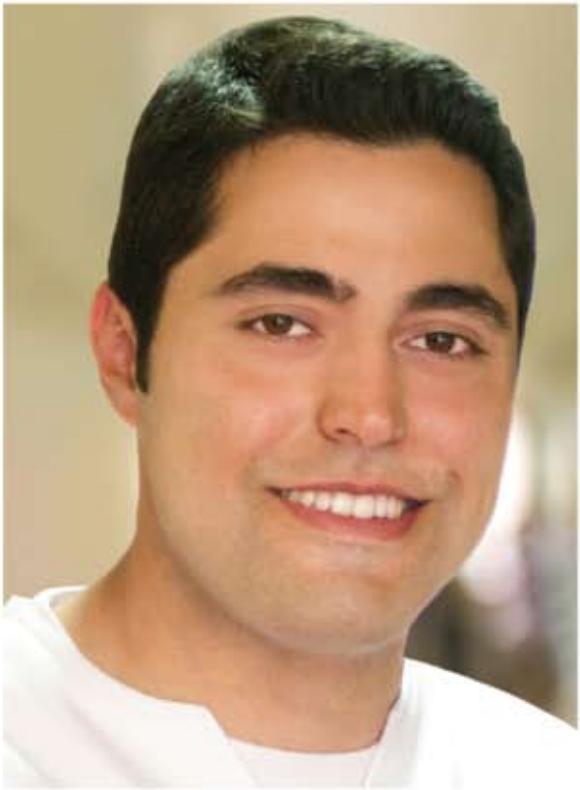
Speakers

Heart Failure interest group of the Lebanese Order of Physician team:
Sarine Beukian, Angela Massouh , Hind Dakhil Abboud & Dr. Hadi Skouri

Outline

- Update on medical management of acute and chronic HF
- Update on nursing care in HF management
- Update on patient education in HF care
- Heart Failure Community Outreach Program at AUBMC in Lebanon
- Update on dietary management in HF





**MAKE A DIFFERENCE
BE A NURSE**

www.orderofnurses.org.lb





Séances parallèles
Concurrent sessions

Effects of smoking on fertility and pregnancy

Christine Weir Abbyad

**Christine Weir Abbyad, PhD,
RN, WHNP**

Clinical Assistant Professor
American University of Beirut
Hariri School of Nursing
Beirut, Lebanon

cw07@aub.edu.lb

Abstract

Smoking or being exposed to secondhand smoke has negative effects on fertility and pregnancy. Such effects include: infertility, ectopic pregnancy, spontaneous abortion, placental problems, prematurity, low birth weight, perinatal mortality, and congenital malformations. Despite this, many women in Lebanon smoke or are exposed to smoke. This may be because women and their healthcare providers are not well informed about the adverse birth outcomes of smokers. This review summarizes findings about smoking, reproduction and pregnancy. It hoped that nurses will renew efforts to engage smoking women in discussions about the importance of quitting tobacco, long before a woman becomes pregnant.

Introduction

Scientific evidence has documented the negative effects of smoking and second hand smoke on fertility and pregnancy (Einarson & Riordan, 2009). Still, many women continue to smoke during their reproductive years. This may be because both women and healthcare providers are uninformed about smoking effects (Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine, 2008). The problem of smoking is acute in Lebanon where 60% of Lebanese smoke, one third being women (World Bank, 2002), and 27% of whom smoke cigarettes and/or arghileh during pregnancy (Chayaa, 2003). Therefore, this review of the literature summarizes the evidence regarding the impact of smoking on fertility and pregnancy.

Literature Search Results

Infertility

Whether in utero or during the reproductive period, tobacco exposure can affect fertility (Cooper, & Moley, 2008; Soares, & Melo, 2008). Exposure to nicotine causes offspring to have reduced rates of reproduction (Holloway, Kellenberger, & Petrik, 2006). This may be explained by their having fewer oocytes in adulthood (Lutterodt et al., 2009), follicle immaturity, altered ovarian function (Cesta, Petrik, Ambraska, & Holloway, 2009; Petrik et al., 2009), increased oocyte chromosomal abnormalities, reduced fallopian tube function, and reduced uterine receptiveness to implantation (Soares, & Melo, 2008).

Males fetuses exposed to nicotine also have a 41% reduction in germ cells (Mansen et al., 2010). Active and passive smoking exposure decreases sperm density, motility, concentration, and possible alteration of sperm function and morphology. Men whose mothers smoked

are also shown to have low sperm density (Dorfman, 2008; Soares, & Melo, 2008).

Placental Complications

Smoking leads to changes in placental tissues and decreases blood flow (Jauniaux, & Burton, 2007; Mehendale, Hibbard, Fazleabas, & Leach, 2007). The odds of having a placenta previa where the placenta lies over the cervix is up to seven times more for smokers compared to non-smokers. Because of decreased blood flow, a smoker's placenta is larger and thus more likely to cover the cervix (Einarson & Riordan, 2009). There is also an increased risk for an accreta where the placenta grows and becomes part of the uterine wall (Salihu & Wilson, 2007). Smokers' placentas are twice as likely to tear away from the uterine wall and cause an abruption (Ananth, Smulian, & Vintzileos, 1999). Paternal smoking may also contribute towards uterine abruption (Tikkanen, Nuutila, Hiilesmaa, Paavonen, & Ylikorkkala, 2006).

Spontaneous Abortion

Smoking women have a 20 – 80% higher risk for miscarriage than non-smokers. This may be from decreased levels of chorionic gonadotropin in smokers (Einarson & Riordan, 2009), or vasoconstriction caused by nicotine reducing uterine and placental blood flow (Ford, & Schust, 2009). Pre-pregnancy smoking (Nielsen et al., 2006) and environmental tobacco smoke also contribute to abortion (Zhang et al., 2010).

Fetal Growth Restriction and Low Birth Weight

Compared to non-smokers, smokers have twice the chance of delivering a low birth weight baby or one with slowed fetal growth (Vardavas et al., 2010). These fetuses have an increased chance of reduced growth in

head circumference, abdominal circumference and femur length (Jaddoe et al., 2007). Factors causing restricted fetal growth include: chronic hypoxia from increased placental vascular resistance, decreased uterine blood flow, and increased levels of carboxyhemoglobin (Herrmann, King, & Weitzman, 2008). However, the effect of smoking on birth weight seems to be determined by genetic predisposition (Reeves & Bernstein, 2008).

Preterm Delivery

Smoking during pregnancy is associated with preterm birth (Fantuzzi et al., 2007). The more a woman smokes, the more preterm her infant is likely to be. This effect is more likely for very preterm birth (<32 weeks) than moderately preterm birth (32 – 36 weeks) (Källén, 2001; Zeitlin, Ancel, Saurel-Cubizolles, & Papiernik, 2001). Possible mechanisms include premature rupture of membranes (Lee & Silver, 2001), intrauterine infection (Naeye, 1978), and release of prostaglandins (J.S.Park, C.W. Park, Lockwood, & Norwitz, 2005).

Pre-eclampsia

Smokers may be protected against pre-eclampsia (Wikstrom, Stephansson, & Cnattingius, 2010) but not if they are overweight (Ness, Zhang, Bass, & Klebanoff, 2008). Those who develop pre-eclampsia have double the risk of premature delivery before 34 weeks gestation (Pipkin, 2008). Moreover, smokers with chronic hypertension have an increased risk of also having pre-eclampsia (Chappell et al., 2008).

Stillbirth

Stillbirth occurs more in pregnant smokers than non-smokers (Aliyu, Salihu, Wilson, & Kirby, 2007; Höglberg & Cnattingius, 2007; Salihu et al., 2008). Those at least 35 years old, have three times the risk of intrapartum stillbirth as that of non-smoking mothers younger than 35 years (Aliyu, Salihu, Wilson, Alio, & Kirby, 2008). Nicotine levels in the fetus are 15% higher than in the mother's blood. Fetal hypoxia results from nicotine's vasoconstriction of the uterine and umbilical arteries, and of harmful effects on the fetal center for respiratory control (Yakoob et al., 2009).

Congenital malformations

Pregnancy smoking is associated with: cardiac defects

References

- Aliyu, M.H., Salihu, H.M., Wilson, R.E., & Kirby, R.S. (2007). Prenatal smoking and risk of intrapartum stillbirth. *Archives of Environmental & Occupational Health*, 62, 87-92.
- Aliyu, M.H., Salihu, H.M., Wilson, R.E., Alio, A.P., & Kirby, R.S. (2008). The risk of intrapartum stillbirth among smokers of advanced maternal age. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 278, 39-45.
- Ananth, C.V., Smulian, J.C., & Vintzileos, A.M. (1999). Incidence of placental abruption in relation to cigarette smoking and hypertensive disorders during pregnancy: a meta-analysis of observational studies. *Obstetrics & Gynecology*, 93, 622-628.
- Carmichael, S. L., Ma, C., Rasmussen, S. A., Honein, M. A., Lammer, E. J., & Shaw, G. M. (2008). Craniosynostosis and maternal smoking. *Birth defects research: A Clinical and molecular teratology*, 82, 78-85.
- Cesta, C.E., Petrik, J.J., Ambraska, H., & Holloway, A.C. (2009). In utero and lactational exposure to nicotine alters the intra-ovarian IGF system in adult female rats. *Reproductive Biology Insights*, 2, 1-9.
- Chaaya, M., Awwad, J., Campbell, O.M., Sibai, A., & Kaddour, A. (2003). Demographic and psychosocial profile of smoking among pregnant

(Gianicolo, CresciAit-Ali, Foffa, & Andreassi, 2010), oral cleftlip and palate (Jiyanan et al., 2010); gastroschisis (Weinshemer & Yanchar, 2008; Rasmussen & Frias, 2008); anal atresia (Miller, Manning, Rasmussen, Reehuis, & Honein, 2009); esophageal atresia (Wong-Gibbons et al., 2008); digital anomaly (Man & Chang, 2006); clubfoot (Kancherla, Romitti, Caspers, Puzhankara, & Morcuende, 2010); renal agenesis or hypoplasia (Slickers, Olshan, Siega-Riz, Honein, & Aylsworth, 2008); and craniosynostosis (Carmichael et al., 2008).

Pregnancy and passive smoking

Exposure to passive smoking contributes to infertility, fetal losses (Peppone, et al., 2009), spontaneous abortion (Zhang et al., 2010), and a small for gestation age baby (Leonardi-Bee, Smyth, Britton, & Coleman, 2008) who may also have congenital anomalies (Salmasi et al., 2010).

Conclusion

A large number of studies over the past decade have demonstrated the undeniable poor outcomes for pregnant smokers and their babies. Nurses need to be aware of the latest research on tobacco and pregnancy as nurses are often in the position to counsel women about their tobacco use. Ideally nurses should engage women on this subject throughout the reproductive years, but especially pre-conceptually before pregnancy. Quitting tobacco is extremely difficult and must be started long before there is a pregnancy and the fetus is exposed to high levels of nicotine.

- women in Lebanon: public health implications. *Maternal and Child Health Journal*, 7, 179-186.
- Chappell, L.C., Enye, S., Seed, P., Briley, A.L., Poston, L., Shennan, A.H. (2008). Adverse perinatal outcomes and risk factors for preeclampsia in women with chronic hypertension: a prospective study. *Hypertension*, 51, 1002-1009.
- Cooper, A.R., & Moley, K.H. (2008). Maternal tobacco use and its preimplantation effects on fertility: more reasons to stop smoking. *Seminars in Reproductive Medicine*, 26, 204-12.
- Dorfman, S., (2008) Tobacco and fertility: our responsibilities. *Fertility and sterility*, 89, 502-504.
- Einarson, A. & Riordan, S. (2009) Smoking in pregnancy and lactation: a review of risks and cessation strategies. *European Journal of Clinical Pharmacology*. 65(4):325-30. UI: 19169678
- Fantuzzi, G., Aggazzotti, G., Righi, E., Facchinetto, F., Bertucci, E., Kanitz, S., Barbone, F., Sansebastiano, G., Battaglia, M.A., Leoni, V., Fabiani, L., Triassi, M., & Sciacca, S. (2007). Preterm delivery and exposure to active and passive smoking during pregnancy: a case-control study from Italy. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 21, 194-200.
- Ford, H.B., Schust, D.J. (2009). Recurrent pregnancy loss: etiology, diagnosis, and therapy. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*. 2, 76-83.
- Gianicolo, E.L., Cresci, M., Ait-Ali, L., Foffa, I., Andreassi, M.G. (2010). Smoking and Congenital Heart Disease: The Epidemiological and Biological Link. *Current Pharmaceutical Design*, 16, 2572-2577.
- Herrmann, M., King, K., & Weitzman, M. (2008). Prenatal tobacco smoke and postnatal secondhand smoke exposure and child neurodevelopment. *Current Opinion in Pediatrics*, 20, 184-190.
- Högberg, L. & Cnattingius, S. (2007). The influence of maternal smoking habits on the risk of subsequent stillbirth: is there a causal relation? *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology*, 114, 699-704.
- Holloway, A.C., Kellenberger, L.D., & Petrik, J.J. (2006). Fetal and neonatal exposure to nicotine disrupts ovarian function and fertility in adult female rats. *Endocrine*. 30, 213-216.
- Jaddoe, V.W., Verburg, B.O., de Ridder, M.A., Hofman, A., Mackenbach, J.P., Moll, H.A., et al. (2007). Maternal smoking and fetal growth characteristics in different periods of pregnancy: the generation R study. *American Journal of Epidemiology*, 165, 1207-1215.
- Jauniaux, E., & Burton, G.J. (2007). Morphological and biological effects of maternal exposure to tobacco smoke on the feto-placental unit. *Early Human Development*, 83, 699-706.
- Jianyan, L., Zeqiang, G., Yongjuan, C., Kaihong, D., Bing, D., & Rongsheng, L. (2010). Analysis of interactions between genetic variants of BMP4 and environmental factors with nonsyndromic cleft lip with or without cleft palate susceptibility. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery*, 39, 50-56.
- Källén, K. (2001). The impact of maternal smoking during pregnancy on delivery outcome. *European Journal of Public Health*, 11, 329-333.
- Kancherla, V., Romitti, P. A., Caspers, K. M., Puzhankara, S., & Morcuende, J. A. (2010). Epidemiology of congenital idiopathic talipes equinovarus in Iowa, 1997-2005. *American Journal of Medical Genetics*. 152(A), 1695-1700.
- Lee, T. & Silver, H. (2001). Etiology and epidemiology of preterm premature rupture of the membranes. *Clinics in Perinatology*, 28, 721-734.
- Leonardi-Bee, J., Smyth, A., Britton, J., & Coleman, T. (2008). Environmental tobacco smoke and fetal health: systematic review and meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood, Fetal and Neonatal Edition*, 93, 351-361.
- Lutterodt, M.C., Sørensen, K.P., Larsen, K.B., Skouby, S.O., Andersen, C.Y., & Byskov, A.G. (2009). The number of oogonia and somatic cells in the human female embryo and fetus in relation to whether or not exposed to maternal cigarette smoking. *Human Reproduction*. 24, 2558-66, 2009.
- Mamsen, L.S., Lutterodt, M.C., Andersen, E.W., Skouby, S.O., Sørensen, K.P., Andersen, C.Y., et al. (2010). Cigarette smoking during early pregnancy reduces the number of embryonic germ and somatic cells. *Human Reproduction*, 25, 2755-276.
- Man, L.X., Chang, B., (2006). Maternal cigarette smoking during pregnancy increases the risk of having a child with a congenital digital anomaly. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 117, 301-308.
- Mehendale, R., Hibbard, J., Fazoleabas, A., Leach, R. (2007). Placental angiogenesis markers sFlt-1 and PIGF: response to cigarette smoke. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 197, 363e-1-5.
- Miller, E.A., Manning, S.E., Rasmussen, S.A., Reefhuis, J., Honein, M.A. (2009). Maternal exposure to tobacco smoke, alcohol and caffeine, and risk of anorectal atresia. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 23, 9-17.
- Naeye, R.L. (1978). Effects of maternal cigarette smoking on the fetus and placenta. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 85, 732-737.
- Ness, R.B., Zhang, J., Bass, D., Klebanoff, M.A. (2008). Interactions between smoking and weight in pregnancies complicated by preeclampsia and small-for-gestational-age birth. *American Journal of Epidemiology*, 168, 427-433.
- Nielsen, A., Hannibal, C.G., Lindekilde, B.E., Tolstrup, J., Frederiksen, K., Munk, C., et al. (2006). Maternal smoking predicts the risk of spontaneous abortion. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 85, 1057-1065, 2006.
- Park, J.S., Park, C.W., Lockwood, C.J., & Norwitz, E.R. (2005). Role of cytokines in preterm labor and birth. *Minerva Ginecologica*, 57, 349-366.
- Peppone, L.J., Piazza, K., Mahoney, M.C., Morrow, G.R., Mustian, K.M., Palesh, O.G., et al. (2009). Associations between adult and childhood secondhand smoke exposures and fecundity and fetal loss among women who visited a cancer hospital. *Tobacco Control*, 18, 115-120.
- Petrik, J.J., Gerstein, H.C., Cesta, C.E., Kellenberger, L.D., Alfaidy, N., & Holloway, A.C. (2009). Effects of rosiglitazone on ovarian function and fertility in animals with reduced fertility following fetal and neonatal exposure to nicotine. *Endocrine*, 36, 281-90.
- Pipkin, F.B. (2008). Smoking in Moderate/Severe Preeclampsia Worsens Pregnancy Outcome, but Smoking Cessation Limits the Damage. *Hypertension*, 51(Suppl.4), 1042-1046.
- Rasmussen, S.A., Frías, J.L. (2008). Non-genetic risk factors for gastroschisis. *American Journal of Medical Genetics, Part C, Seminars in Medical Genetics*, 15, 199-212.
- Salihu, H. & Wilson, R. (2007) Epidemiology of prenatal smoking and perinatal outcomes. *Early Human Development*, 83, 713-720.
- Salihu, H.M., Sharma, P.P., Getahun, D., Hedayatzadeh, M., Peters, S., Kirby, R.S., et al. (2008). Prenatal tobacco use and risk of stillbirth: a case-control and bidirectional case-crossover study. *Nicotine & Tobacco Research: official journal of the Society for Research on Nicotine and Tobacco*, 10, 159-166.
- Salmasi, G., Grady, R., Jones, J., McDonald, S.D., & Knowledge Synthesis Group. (2010). Environmental tobacco smoke exposure and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analyses. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica*, 89, 423-441.
- Slickers, J. E., Olshan, A. F., Siega-Riz, A.-M., Honein, M. A., & Aylsworth, A. S. (2008). Maternal body mass index and lifestyle exposures and the risk of bilateral renal agenesis or hypoplasia: the National Birth Defects Prevention Study. *American Journal of Epidemiology*, 168, 1259-1267.
- Soares, S.R., & Melo, M.A. (2008). Cigarette smoking and reproductive function. *Current Opinion in Obstetrics & Gynecology*. 20, 281-291.
- The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine (2008). Smoking and infertility. *Fertility and Sterility*, 90(Suppl1),

- 254-S259.
- Tikkanen, M., Nuutila, M., Hiilesmaa, V., Paavonen, J., & Ylikorkala, O. (2006) Clinical presentation and risk factors of placental abruption. *Acta O_{bstetricia et Gynecologica Scandinavica}*, 85, 700-705.
- Vardavas, C.I., Chatzi, L., Patelarou, E., Plana, E., Sarri, K., Kafatos, A., et al. (2010). Smoking and smoking cessation during early pregnancy and its effect on adverse pregnancy outcomes and fetal growth. *European Journal of Pediatrics*, 169, 741-748.
- Weinsheimer, R.L. & Yanchar, N.L. (2008). Canadian Pediatric Surgical Network. Impact of maternal substance abuse and smoking on children with gastroschisis. *Journal of Pediatric Surgery*, 43, 879-883.
- Wikstrom, A.K., Stephansson, O., Cnattingus, S. (2010). Tobacco use during pregnancy and preeclampsia risk: effects of cigarette smoking and snuff. *Hypertension*, 55, 1254-1259.
- Wong-Gibbons, D.L., Romitti, P.A., Sun, L., Moore, C.A., Reefhuis, J., Bell, E.M. et al. (2008). Maternal periconceptional exposure to cigarette smoking and alcohol and esophageal atresia +/- tracheo-esophageal fistula. *Birth Defects Research*, 82, 776-784.
- World Bank (2002). *Tobacco: Health Impacts and Economics in the Middle East and North Africa Region*, Washington, DC : Human Development.
- Yakoob, M.Y., Menezes, E.V., Soomro, T., Haws, R.A., Darmstadt, G.L., & Bhutta, Z.A. (2009). Reducing stillbirths: behavioural and nutritional interventions before and during pregnancy. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 9(Suppl 1), 3.
- Zeitlin, J.A., Ancel, P.Y., Saurel-Cubizolles, M.J., & Papiernik, E. (2001). Are risk factors the same for small for gestational age versus other preterm births? *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185, 208-215.
- Zhang, B.Y., Wei, Y.S., Niu, J.M., Li, Y., Miao, Z.L., & Wang, Z.N. (2010). Risk factors for unexplained recurrent spontaneous abortion in a population from southern China. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 108, 135-138, 2010.

Birthing practices of maternity nurses in Lebanese governmental hospitals

Christine Weir Abbyad

Christine Weir Abbyad, PhD,

RN, WHNP

Clinical Assistant Professor
American University of Beirut
Hariri School of Nursing
Beirut, Lebanon

cw07@aub.edu.lb

Abstract

Maternity nurses working in governmental hospitals do not have a standard educational background. Therefore the Lebanese Ministry of Health in collaboration with the Italian Cooperation was interested to survey the knowledge and skills of all maternity nurses (midwives, registered nurses, and practical nurses). The final goal was to develop a curriculum based on the survey results. A WHO assessment tool, centered on evidence based practices, was adapted to the Lebanese context. Based on the analysis of the surveys, an evidence based curriculum was proposed for upgrading the knowledge base of maternity nurses.

Introduction

Maternity nurses working in Lebanese governmental hospitals do not have a standardized education. Some receive training at the baccalaureate level, are certified midwives, practical nurses, or are high school graduates with practical experience. Therefore, the Lebanese Ministry of Public Health (MOPH) in collaboration with the Italian Cooperation (IC) was interested to survey maternity nurses and midwives about their practice in order to upgrade and standardize their knowledge and skills. Because the findings of this research project are extensive, only those related to birthing practices are reported.

According to the International Confederation of Midwives (2010) and the American College of Nurse Midwives (2008), standardization and continuous enhancement of knowledge and skills is central to providing competent, professional maternity care. This is especially true for midwives (Sandall, Devane, Soltani, Hatem, & Gates, 2010). It contributes greatly to patient safety and assures the public that care is based on current best practices. In Lebanon access to midwives and physicians before and during birth is high but evidence based practices are not always used (DeJong, Akik, El-Kak, Osman, & El-Jardali, 2010). High quality maternal care during the perinatal period should follow best practices based on research results (Callister, 2011). Evidence-based maternity care is known to improve outcomes for mothers and babies (Sakala & Corry, 2008). Additionally, with professional advancement and commitment to the profession, Lebanese nurses are more likely to be satisfied with their jobs (Badr, Risk, Farha, 2010).

Objectives of Research

The Lebanese MOPH has been actively working to improve maternal child services in Lebanese governmental hospitals. Collaboration has come from the

IC. Therefore, the IC, working with the MOPH, approached the Hariri School of Nursing at the American University of Beirut (AUB), with a proposal. The objectives of the proposal included four aims: use of a health assessment tool (HAT) to survey maternity nursing practice in governmental hospitals; adapt a HAT developed by the Institute of Child Health in Trieste, Italy and World Health Organization (WHO, 2009) to the Lebanese context; administer the HAT to maternal child nurses (midwives, registered nurses, and practical nurses); and develop a curriculum to improve knowledge, and skills based on survey results.

Methodology

Following AUB institutional review board approval, the project was implemented. A team of maternal child nursing experts was assembled: three nurse educators with clinical and teaching experience in maternal child health; a certified nurse midwife; and a nurse manager with experience as a nursing director and auditor for Lebanese hospital accreditation. The HAT was revised and reduced from 133 pages to 52 pages and was more reflective of the Lebanese context than the original tool. Part I of the HAT collected data about hospital characteristics while Part II collected data about practices on maternal/child units.

Following the HAT revision, hospital directors were phoned and agreed to participate as they had been apprised of the study by the MOPH. The project manager visited every hospital to provide consistency in data collection and in reporting results. At least two team members were present for each visit. Out of 23 hospitals, three were found not to have maternity services. The revised HAT was trialed in three of 20 hospitals, found to be adequate, and thus left unchanged.

Hospital directors were mostly compliant and had completed Part I before the team's arrival. Part II was

obtained by interviewing supervisors of the various units (delivery suite, postpartum, nursery, neonatal intensive care unit (NICU), and maternity/pediatric outpatient clinics). Information was also obtained through observation. On average, each hospital visit lasted around 2 hours.

A statistician was retained for data entry and analysis. While Part I (hospital characteristics) and Part II (practices) were analyzed, only results pertaining to labor and delivery practices are discussed here.

Research Findings and Suggestions

Despite variations in the size of health care facilities and number of deliveries, important observations were made. Most labor and delivery suites were staffed by certified nurse midwives. These midwives were university graduates with a midwifery certificate. They were of high caliber with a broad range and depth of knowledge totally adequate for providing safe maternal care. While a few of the nurse midwives interviewed had only a couple of years experience, many (49%) had five or more. Midwives seemed confident and secure in their practices. While they did not always have written protocols or procedures, they easily verbalized how they would assess and manage a woman during labor and delivery and measures they would take should complications arise.

Maternity Care Practices in Labor

All midwives obtain intake histories. After a period of observation, the patient is given a focused exam including assessing contractions, fetal heart tones, maternal vital signs, amniotic fluid status and pelvic exam. Once admitted, limited blood work is performed. Laboring women (100%) have an intravenous line (IV), enemas (90%) and perineal shaving (95%).

After admission the most common policy is to allow only one family member to stay with the laboring woman (75%). Some midwives admitted that they are flexible with this policy while others stated they are strict in applying the rules. In none of the hospitals is the support person allowed into the delivery or c-section room. In none of the hospitals are prenatal classes offered. Midwives stated that patients often arrive in labor with misconceptions. For example, some patients start pushing in early labor. Most midwives (95%) stated that they provide anticipatory guidance about the labor process, coping and relaxation techniques (95%), and breathing patterns (100%).

Other findings include: women kept clean and dry (100%); privacy is respected (95%); midwife stays with patient in labor (100%) and is present for delivery (100%); routine vital sign assessment (100%); intermittent fetal monitoring (80%); hourly assessment of contractions (100%); encouragement of frequent voiding without use of catheterization (95%); use of upright position (85%) and ambulation (90%); artificial rupture of membranes in late active labor or transition (83%); hourly cervical exam (87%); and use of partograms (80%); and collaborative

patient management with the doctor (94%). In addition, use of oxytocin induction or augmentation is often ordered by the physician but there is no uniformity in its administration. Analgesia management without epidurals is common. Fetal distress is managed with position change, increased fluids, and oxygen (74%). No food or drink in labor is allowed (100%) except for sips of water. In all hospitals (100%) pushing in the second stage of labor begins with full cervical dilatation. Pushing is almost always forceful (89%), using the closed glottis technique. Patients are not allowed support persons at this point as the midwife (100%) coaches the laboring woman. Lying on the back in a modified semi fowler position is the favored position for delivery (95%). No midwives we talked to allowed patients to squat, side lie, or use other positions for pushing. Hospitals with newer birthing beds could adjust beds to a semi squatting position. However, this is unusual. Patients are mostly put into stirrups for pushing on the delivery table. Heating of delivery rooms with portable heaters was attempted when central heating was unavailable.

Most midwives have birthed women when the physician is unavailable. Use of fundal pressure (74%) varied, with some midwives saying categorically that they would never use it and others saying that it was frequently used. Generally midwives knew that fundal pressure for delivery is not advised but physicians may request it. Episiotomies are common (83%) as well as iodine for perineal cleansing.

Maternal complications

Hospitals without a NICU transfer mothers with complications to a tertiary center (100%). Care before transfer depends on the situation with antihypertensives, central nervous system depressants, tocolytics, or corticosteroids sometimes being given. Large hospitals with NICUs (20%) have access to all needed medications; monitor intake and output, proteinuria, blood pressure, reflexes; and order clotting, liver and renal function studies (100%). If a woman refuses to be transferred, or delivery is imminent, the baby is delivered and then transferred. Midwives said they inform mothers of risks to themselves and their babies when consent for transfer to better equipped hospitals is denied.

Poor progress in labor is managed by consultation with physicians. Oxytocin is used until there is an arrest of labor and then a c-section is performed. There is no standard practice for how this is managed as it depends on each physician. Oxytocin is given by IV pump (100%). In summary, pre eclampsia was managed adequately in 78% of 9 hospitals who responded; inductions and infections in 83% of 18 respondents; and preterm labor in 80% of 10 respondents.

Management of Obstetric Emergencies

In all hospitals midwives were responsible for assessing women with obstetrical emergencies. The midwife then confers with the obstetrician and a transfer arranged if

needed. Those trained to deal with emergencies are: midwives (67%), obstetricians (68%) and medical officer (55%). Essential equipment and lab tests are available in all facilities. However, a midwife may not always have help in an emergency. Protocols are applied in 50% of hospitals. Hygiene and cleanliness are universal. Progress is documented in the chart if the patient stays. Otherwise a paper briefly listing the patient's condition is sent with the transferee. Pre-referral treatment is given in 58% of referring hospitals. Hospital fees (84%) and transport fees (68%) may be barriers to access of care.

Besides the availability of basic equipment and medications for a safe delivery, the main strength of the MOPH facilities are the university educated nurses and midwives. They are competent and provide comprehensive maternity care. Other midwives may have years of experience and provide safe care, but do not have as broad or deep knowledge base as university educated nurses and midwives. Therefore, university educated government certified midwives should be the standard in all hospitals providing intrapartum care. Many of the practices we saw are grounded in safe care such as ambulation and upright position in labor, assessment of fetal heart rate, assessment of the mother throughout labor, delivery, and postpartum, and education of the mother on all aspects of care. However, midwives we surveyed were not always using evidence based practices. Examples of labor and delivery practices which are no longer considered necessary and which may increase risk to the mother or her newborn are: perineal shaving, enemas, denial of food and drink in labor, continuous fetal monitoring, lack of continuous support throughout labor, induction of labor, not being allowed freedom of movement and positioning during labor and delivery, forceful pushing; fundal pressure and use of episiotomies (Gennaro, 2007; Sakala Mayberry, &

Kafulafula & Corry, 2008; National Collaborating Center for Women's and Children's Health , 2008; Sakala & Corry, 2008). Therefore, continuous updating of maternity personnel on current best evidence-based practices is recommended.

That evidence based practices are not always the norm may reflect medical practice in the MOPH system. Nurses and midwives are often implementing medical orders. Some physicians welcome suggestions of nurse midwives while others do not. Nurse midwives in turn supervise other nurses or practical nurses who may be assisting. Therefore, updated information about best practices in all areas of maternity is important and necessary for all maternity nurses, and midwives, in particular. It would also be good to have midwives from within the MOPH system meeting and exchanging ideas.

Impact on Nursing Profession

The assessment tool proved useful in determining what kind of maternity care was being provided in the MOPH facilities. This tool, because it is evidence based, can be used in other hospitals to determine areas where education of nurses and midwives might be needed. Nurses should take a leadership role in promoting the need for constant and continuous education as a means of improving and maintaining safe patient care. Attendance at national and regional conferences should be encouraged as a way of being apprised of new and important practices and their application to maternity care. Finally, the profession should promote the use of university educated midwives and nurses as the basis for providing and maintaining safe maternity care.

References

- American College of Nurse Midwives (2008). Core competencies for basic midwifery practice. Retrieved August 31, 2011 from http://www.midwife.org/siteFiles/descriptive/Core_Competencies_6_07.pdf
- Badr, L., Risk, U., Farha, R. (2010). The divergent opinions of nurses, nurse managers and nurse directors: the case in Lebanon. *Journal of Nursing Management*, 18, 182-193.
- Callister, L.C. (2011). Global and cultural perinatal nursing research: improving clinical practice. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25, 139-143.
- DeJong, J., Akik, C., El-Kak, F., Osman, H. & El-Jardali, F. (2010). The safety and quality of childbirth in the context of health systems: mapping maternal health provision in Lebanon. *Midwifery*, 26, 549-557.
- International Confederation of Midwives (2010). Essential competencies for basic midwifery practice 2010. Retrieved August 31, 2011 from http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430_ICM_2011_Essential_Competencies_2010_ENG.pdf
- Sakala,C. & Corry, M.P. (2008). Evidence-based maternity care: What it is and what it can achieve. Retrieved on December 28, 2010, from <http://www.milbank.org/reports/0809MaternityCare/0809MaternityCare.html>.
- Sandall,J., Devane, D., Soltani, H., Hatem, M. & Gates, S.(2010). Improving quality and safety in maternity care: the contribution of midwife-led care. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 55, 255-261.
- World Health Organization (2009). Making pregnancy safer: A tool for assessing the performance of the health system in improving maternal, newborn, child and adolescent health. Retrieved on December 27, 2010 from http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/98795/E93132.pdf

Les soins en santé communautaire et le suivi infirmier à domicile pour les diabétiques

Action de l'équipe de SIDC

Micheline Jreij Abou Chrouch

Micheline Jreij Abou Chrouch
Master en Santé Publique (en cours), Licence en Sciences Infirmières et DU en santé Communautaire

Coordinatrice du projet
SIDC (Soins Infirmiers et Développement Communautaire)

mabouchrouch@sidc-lebanon.org

Résumé

C'est une expérience dans un centre communautaire de soins à domicile où l'approche infirmière aide les diabétiques à adopter un mode de vie sain. Au début, une évaluation des besoins est faite avec le client, suivie d'une démarche de soins se basant sur trois dimensions : préventive, curative et de réhabilitation. Une visite à domicile a permis de voir le client dans son contexte socio-familial et d'impliquer la famille dans la démarche de soins déterminée par une équipe multidisciplinaire. La majorité des soins est basée sur l'éducation menée individuellement ou à un groupe de diabétiques et étalée sur 5 séances abordant les divers aspects des soins. Une évaluation continue est menée à domicile. En parallèle, un plan motivationnel est établi avec les clients dans le but de l'aider à se prendre en charge.

Introduction :

Le diabète est un dysfonctionnement du système de régulation de la glycémie, qui peut avoir des causes diverses (sécrétions d'insuline, réponse à l'insuline...). Cet état de santé a été découvert depuis des milliers d'année avant Jésus-Christ. Le diabète est classifié sous plusieurs types, citons : les diabètes primaires (diabète type 1 ou insulinodépendant, diabète type 2 ou non-insulinodépendant, et diabète gestationnel), les diabètes secondaires à d'autres maladies ou dysfonctionnements (cushing, corticoïdes, pancréatites, etc.).

Les récentes statistiques de l'OMS montrent que 285 millions vivent avec le diabète (2010), ce qui correspond à 6.4% du total de la population adulte. La prévalence d'avoir un diabète, est plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

Notons que L'OMS a prévu que les décès dus au diabète doubleront entre 2005 et 2030, à ne pas oublier l'important impact économique sur les individus, les familles, les systèmes de santé et les pays..

D'autre part un style de vie simple et sain tel qu'une alimentation saine, une activité physique régulière, le maintien d'un poids normal et l'épargne de l'usage du tabac peuvent prévenir ou retarder la survenue du diabète de type 2.

L'action de l'équipe Infirmier de SIDC dans la prévention des complications du Diabète :

Partant des données théoriques et se basant sur le fait

que l'Infirmière communautaire a un rôle essentiel dans la prévention des complications du diabète et par la suite dans l'amélioration de la qualité de vie des diabétiques à travers:

- La Planification des soins avec le patient lui-même
- La Conscientisation sur la maladie
- Le Soutien et le counseling
- L'Education, la formation
- Les Soins, les suivis et l'évaluation infirmières

L'Equipe infirmier de SIDC a commencé cette action préventive auprès des diabétiques depuis 1991 dans la région de Sin-El-Fil et Bourj Hammoud. Ainsi une série de 18 sessions de formation et d'éducation ont été organisées, depuis lors, pour des clients à raison d'une séance par semaine sur cinq semaines, ensuite un manuel de formation sur ce sujet a été développé par une équipe multidisciplinaire à SIDC (Infirmières, infirmiers, aides soignantes, assistante sociale, Santé publique, Endocrinologue, Diététicienne) comme fruit de cette expérience. Le but du document est d'offrir un outil de travail à tous ceux et celles qui sont engagé(e)s professionnellement dans le domaine de la santé et qui ont pour tâches d'éduquer et de suivre les diabétiques. Un nombre de dispensaires a bénéficié de ce document pour implémenter cette éducation.

Le déroulement du suivi et des sessions d'éducation :

Le contenu et la méthodologie des sessions d'éducation sont préparés en collaboration avec un endocrinologue

et une diététicienne suivant les étapes suivantes :

- **Repérage des diabétiques (10- 15 personnes):** il se fait à travers le service de laboratoire à SIDC, ou par l'orientation d'un médecin ou d'un centre de santé ou même de bouche à oreille.

- **Premier recueil d'informations:** le premier recueil d'informations s'est basé sur une fiche de questionnaire contenant des données personnelles, médicales, socio-économiques et familiales suivant les 14 besoins de Virginia Henderson. Ceci est suivi par un test de glycémie pour avoir une idée de la situation du diabète du participant et pour évaluer le devenir de cette glycémie à la fin des sessions permettant ainsi d'évaluer l'adhésion des participants aux mesures de prévention des complications.

- **Constitution d'un groupe homogène de participants:** une analyse des données recueillies sur les participants permet de grouper d'une façon homogène les nouvelles personnes recrutées se basant sur leur niveau d'éducation, leur âge, leur situation socio-économique et sur d'autres données. Parfois les groupes sont divisés en deux selon les résultats de l'analyse et le nombre recruté des personnes en vue de garder un nombre acceptable aux normes générales des sessions d'éducation (10-15 personnes Maximum).

- **Le contenu théorique:** il est présenté par l'infirmière éducatrice du centre et est divisé en cinq chapitres illustrés par une série de 60 diapositives, à ajouter que la méthode d'éducation est une méthode interactive se basant sur des démonstrations, exercices, présentations, discussions, etc.

Les chapitres abordent les thèmes suivants:

a. Aperçu général sur le diabète: qu'est-ce que le diabète?, types de diabète, complications, mesures préventives...).

b. Complications du diabète: d'une façon approfondie, les autres facteurs de risques, la surveillance médicale.

c. Le traitement médicamenteux (insuline, comprimés, actions, effets secondaires, familiarisation avec le traitement, hypoglycémie...)

d. Les soins et l'hygiène de vie (pied diabétique, sport...)

e. Régime alimentaire et style de vie actif (exercices...)

Références :

- International Diabetes Federation (2009). IDF Diabetes Atlas- The Global Burden 4th edition. Brussels: International Diabetes Federation
Soins Infirmiers et Développement Communautaire (SIDC) (1997). Dossier de Formation pour Sessions d'éducation à des Groupes de Diabétiques.
Beirut: SIDC
World Health Organization (April 2011). Global Status Report on non communicable diseases 2010. Retrieved on April 8, 2011 from http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
World Health Organization (2011). Fact sheet N°312. Retrieved on April 6, 2011 from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/>
World Health Organization (2010). Country and regional Data on Diabetes- Switzerland, Chronic Disease and Health promotion-Diabetes Unit.
Retrieved on April 6, 2011 from http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en/index2.html

Professional advancement program for Lebanese nurses

Nisrin Abou Fakhr

Nisrin Abou Fakhr RN, BSN,

MSN

Unit Coordinator - Internal Medicine & ENT 3rd Floor
Private Outpatient Clinical Care Services
American University of Beirut - Medical Center

na84@aub.edu.lb

Summary

If continuing education is to be standardized at a national level, it needs a specific framework to assure needed and quality continuing education activities leading to competent practice. The main purpose of this project is to describe the importance of a proposed framework for professional advancement program for Lebanese nurses at all levels. It encompasses integrating essential concepts, such as developing and implementing competency outcomes, interactive learning strategies, and assessment methods. The Lebanese Order of Nurses is best positioned to initiate and support such a program.

One of the important standards in accreditation of hospitals in Lebanon is that healthcare workers, including nurses, maintain and improve their competency level via accumulating certain educational contact hours (Accreditation of hospitals in Lebanon, 2008). Hospitals and nursing directors are in an essential position to support continuing educational activities for nurses to assure quality of care. However, the Order of Nurses in Lebanon is best positioned to initiate or support a program that enhances nurses' competence nation-wide. The Order is the logical, legal, and ideal body that is mandated to control, assure, and maintain nursing care. A professional advancement program can be achieved by following a framework for advancing nurses' competence at a national level based on assessment of nurses' skills, knowledge, competence, and the healthcare needs of the Lebanese.

A professional advancement program will create a culture that supports the development of the nursing profession, retains the most experienced nurses, and ensures a pool of new well trained professionals (Roache, Lamoureux, & Teehan, 2004). In order to do so, there should be a standardized and unified program for continuing education for nurses nationwide that help avoid discrepancies in the level of quality provided to patients/clients. Thus in this project we are proposing a continuing education program labeled professional advancement program for Lebanese nurses at all levels whether BT, TS, LT, or BS, and working in hospital or primary healthcare settings.

This project is significant in the sense that it proposes a framework for building nurses' capacities and enhancing their competence at bed side and practice areas. It is worth mentioning that it will be the first proposal to tackle this issue. It is hoped that the project's plan provides the grounds and platform to initiate continuing educational activities for Lebanese nurses. Such activities are in

high need mainly to improve patient's care outcomes and secondary to respond to accreditation requirements. Nevertheless, while there is some agreement concerning the aim of continuing nurses' education, there appears to be no consensus in the literature reviewed on what exactly constitutes continuing education (Griscti & Jacono, 2006); thus agreeing on what is considered continuing education is a challenge.

The Framework

In order to ensure that nurses' competence is maintained and/or improved in Lebanon a framework would be of great help. By definition a framework is a hypothetical description of a complex entity or process that helps in achieving the needed goal (Willoughby, Budreau, & Livingston, 1997). Thus adopting a unified framework for continuing competence of nurses in Lebanon is also the right of the public; it is expected that registered nurses are continuously learning in their profession. The framework tackles a model for professional advancement of nurses in Lebanon. The continuing competence program should be administratively feasible, publicly credible, professionally supported, economical, effective, flexible, and applicable to practice in various settings (Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador, 2009).

A logic Model for Professional Advancement of Nurses in Lebanon

McNamara (2009) presented a logic model that illustrates the inputs, processes, outputs and outcomes in order to show the flow of progression throughout the various steps to produce the desired results (Figure 1). We are proposing to use this logic model as a framework for professional advancement competence of nurses in Lebanon. It is hoped that this framework will be presented to the Order of Nurses in Lebanon as a suggestion to initiate continuing educational activities

and resources for the professional advancement of nurses. It is important to define the terms used in the model as stated by McNamara (2009), in order to relate them to the proposed framework. The definitions are:

- Inputs: are materials and resources that the program takes in and then processes to produce the results desired (McNamara, 2009)
- Processes: are used by the program to manipulate and arrange items to produce the results desired by the project (McNamara, 2009)
- Outputs: are usually the tangible results of the major processes in the project (McNamara, 2009)
- Outcomes: are the impacts on the people that the organization benefits with due to the program; the outcomes range from short-term, intermediate, to long-term (McNamara, 2009)

It is worth mentioning that the terms were not divided into various categories; nevertheless, the division was done in order to make the material more understandable in a coherent and logical manner. The proposed framework's Inputs are divided into two categories human and non-human resources (Figure 2). The human resources include expert nurse educators and their corresponding trainees. Nurses who voluntarily want to become expert nurses will be referred as trainee experts and will be responsible of providing the continuing educational activities in collaboration with the expert nurses (Figure 3). The non-human resources include publications, supplies that will be used by the expert nurse educators, setting, equipment, stationary, and transportation.

In the framework the Processes will include the topics that will be chosen by the Scientific Committee of the Order of Nurses in Lebanon, and the Continuing Education Committee based on assessment of learning needs of Lebanese nurses (Figure 2). The Continuing Education Committee must consist of at least one nurse educator and one planner (ANA-Maine, 2009). The nurse planner will be someone with expertise in project management and design. A pilot testing of the program will be conducted in randomly chosen hospitals in Lebanon using suggested topics that were collected by the Order's council during their visit to most Lebanese hospitals. Nurse educators will be chosen following certain criteria such as expertise in the area needed to be taught, good presentation skills, willingness to voluntarily participate in the program, having a minimum of BS in nursing, and it is preferable if he/she has experience or related education in the field of learning (ANA-Maine, 2009). The next step will be training the nurses who fit the above criteria, yet do not have the expertise and are willing to provide educational sessions for nurses in hospitals and primary healthcare centers. A pre-test will be distributed to the RNs before the sessions/presentations; afterwards, a post-test will be conducted for evaluation purposes. It is expected that the expert nurse educators and the trainee nurse educators will form a sustainable expert pool to be established by the Order to enhance, update, and

evaluate continuing educational activities for Lebanese nurses (Figure 3).

After the pilot design is completed and evaluated a need assessment is done in order to be aware of the basic information and knowledge deficiencies of the employees prior to planning other continuing educational activities. It is encouraged that most staff members will participate in the need assessment tool in order to share their varied and unique experiences; thus building on their previous learning experience (Tryssenaar & Gray, 2004). Afterwards, the educational activities will be conducted among all the hospitals in Lebanon in a unified and standardized manner.

Guidelines for implementing the continuing educational activities for nurses in Lebanon are adopted from the guidelines used by Tryssenaar and Gray (2004). These guidelines include: a) timing of the session is better planned before the summer vacation period to maximize attendance of full-time and part-time permanent staff; b) the sessions are better conducted to overlap the afternoon shift change thereby including all day employees and reaching as many staff as possible from the day and afternoon shifts; c) in relation to the duration of sessions they should be as short as possible approximately 30 minutes from beginning to end.

An important issue to be taken into consideration in continuing education for nurses is the fact that some staff cannot attend the sessions such as permanent night employees; hence, the nurse educators can provide self-learning packages. Competency-based education has been found to be equally efficient in both informative and self learning approaches; they can be based on validation of performance by expert practitioners. However, self-learning packages will give little opportunity for reflection and affective support. Another suggestion can be presenting the sessions during the night shifts; although, this might be inconvenient for the educators; on the other hand, it can emphasize the value of the educational sessions for the health care providers (Tryssenaar & Gray, 2004).

The framework's Outputs (Figure 2) consist of post test results and evaluation of sessions in order to evaluate the knowledge and skills of the trained nurses. Various techniques are available in order to evaluate the knowledge and skills of the trained nurses, such as papers, projects, participation and presentations and Competency Performance Examinations (CPEs) (Redman et al., 1999).

The Outcomes as defined above range from short-term, to intermediate and long-term (Figure 2). The Short-term Outcomes are various and can be achieved within a period of six months. The educators and participants will be provided official certificates from the Order of Nurses in Lebanon and the MOPH. In addition to that, depending

on their work context RNs might get credits from the Order and the time spent on continuing educational sessions will be covered by the hospital they are employed in. The Order will mandate that RNs should complete 30 educational contact hours yearly as per the Lebanese hospital accreditation guidelines.

According to various nursing leaders they believed that facilitating the process of national certification demonstrated an additional level of commitment not only for nurses but also to the patients they served (Lacey et al., 2008). Hence national certification can be facilitated by providing: "course materials and study modules, if available; reimbursing examination fee when successful; providing a per-hour differential for nurses who obtain certification; and adding the certification credential to the nurse's name badge" (Lacey et al., 2008, p. 4). Furthermore, such a program can give nurses the chance to have more than one certification that could be an incentive to them to participate in continuing educational activities (Lacey et al., 2008).

The Intermediate Outcomes can be achieved after six months of completion of the piloted design to a maximum period of 18 months. Basic mandatory yearly tests will be introduced among all hospitals as a requirement from the Order of Nurses in Lebanon. Another Intermediate Outcome is that nurse leaders and/or managers are responsible to complete a Performance Appraisal (PA) for each nurse whereby their participation in the continuing educational sessions will show significant improvement based on their knowledge and skills.

Concerning the Long-term outcomes, which can be achieved after 18 months, include continuously measuring the effect of the program on patients/clients, healthcare providers, and the organization in general. The second Long-term Outcome is the evaluation of the professional advancement program; the evaluation is an essential aspect that shows the extent of success of the program and highlights the gaps to re-modify the program to fit the needs of the Lebanese nurses.

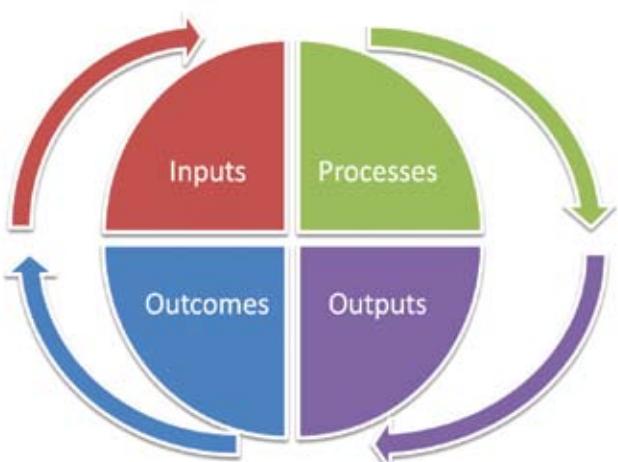


Figure 1: A logic model for the professional advancement of nurses in Lebanon (McNamara, 2009)



Figure 2: A logic model for the professional advancement of nurses in Lebanon (Expanded form) (McNamara, 2009)

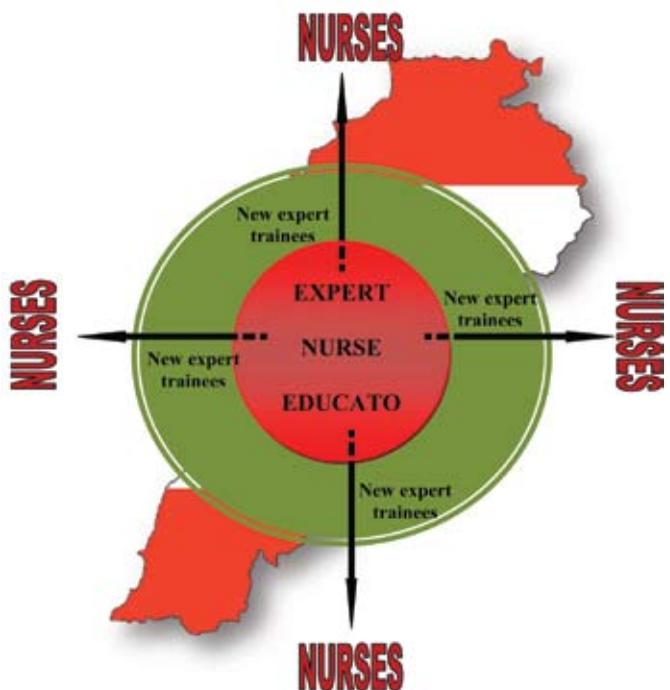


Figure 3: Sustainable pool of experts

Conclusion

To maintain high quality of care, nurses should sustain and enhance their competence level since they are the primary care providers who provide care to patients most of the time. Therefore, to enhance nurse's competence in Lebanon a unified and well structured framework should be established. Hence, the Order of Nurses in Lebanon is the best to commence this project. Competence of nurses can be achieved via continuing educational activities that could be implemented starting with a pilot design then projected to a national level. Implementation of the project is one mechanism to ensure that the central mission of the nursing profession and the direct delivery

of patient care are achieved by expert practitioners. The framework is essential to guide programs into successful outcomes. However, the program should be planned in a flexible manner to anticipate inadvertent occurrences and should integrate contingency plans to alienate these occurrences. Finally, it is hoped that this proposed program serves the nursing profession, the Lebanese nurses, and ultimately the Lebanese population in the best way.

References

- Accreditation of hospitals in Lebanon, (2008). Human and Health, 5, 11-16. Retrieved from <http://www.syndicateofhospitals.org.lb/accred/index.asp>
- Association of registered nurses of Newfoundland and Labrador (2009). Retrieved April 5, 2010, from http://arnnl.nf.ca/documents/pages/CCP_Framework_09.pdf
- Griscti, O., & Jacono, J. (2006). Effectiveness of continuing education programmes in nursing: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(4), 449-456.
- Lacey, S.R., Teasley, S. L., Henion, J. S., Cox, K.S., Bonura, A., & Brown, J. (2008). Enhancing the work environment of staff nurses targeted interventions of support. *The Journal of Nursing Administration*, 38(7), 336-340.
- McNamara, C. (2009). Guidelines and Framework for Designing Basic Logic Model. Retrieved April 5, 2010, from http://managementhelp.org/np_progs/np_mod/orgfrm.Htm
- Redman, R.W., Lenburg, C.B., & Walker P., H. (1999). Competency assessment: methods for development and implementation in nursing education. *The Online Journal of Issues in Nursing*, 4(2), 1-10.
- Roache, J. P., Lamoureux, E., & Teehan, T. (2004). A Partnership between nursing education and practice. *Journal of Nursing Administration*, 34(1), 26-32.
- Tryssenaar, J. & Gray, H., (2004). Providing meaningful continuing education in a changing long-term care environment. *Journal for Nurses in Staff Development*, 20(1), 1-5.
- Willoughby, C., Budreau, G., & Livingston, D. (1997). A framework for integrated quality improvement. *Journal of Nursing Care Quality*, 11(3), 44-53.

Understanding the experiences of middle-aged Lebanese women in disclosing sexual concerns and seeking help

Mathilde Azar

Mathilde Azar BSN,MSN,PhDc

University of Balamand – Lebanon

mathilde.azar@balamand.edu.lb

Abstract

Female sexual dysfunction is highly prevalent public health problem that negatively affects women's life. Few women seek help or are examined by the professionals for this problem. Thus, the aim of the present study proposal is to understand middle-aged Lebanese women's experiences in disclosing their sexual concerns and to explore influences that could lead to their seeking help from care givers.

Methodology: The study is exploratory qualitative. Women aged 40 - 55 years will be purposefully selected and data interpreted using thematic framework analysis.

We expect that findings of the present study will allow us to contribute to the promotion of women's sexual health.

Introduction

Female sexual dysfunction is a highworldwide problem that is defined as disorders of sexual desire, arousal and orgasm, and pain, which lead to personal distress (American Psychiatric Association, 2000; Aslan & Fynes, 2008). It commonly affects women across cultures and age groups. Based on an international study involving 29 countries and collecting data from 27500 men and women, 49% of sexually active women aged 40–80 years have at least one sexual dysfunction (Moreira, Brock, Glasser, Nicolosi, Laumann, Paik, et al., 2005).

Female sexual dysfunction increases with age and from pre- to the postmenopause (Abdo, Oliveira, Moreira, & Fittipaldi, 2004; Safarinejad, 2006). This is significant because by 2030 it is estimated that 1.2 million women will fall into this category (World Bank, 1993). These women spend one third of their life fighting the multitude of physical, psychosocial, and particularly sexual dysfunction related to menopause (Vahdaninia et al., 2009). Indeed, although this dysfunction is not a life threatening condition, it can have adverse effects on women's well-being (Anastasiadis, Davis, Ghafar, Burchardt, & Shabsigh, 2002; Kadri, Alami, & Tahiri, 2002; Safarinejad, 2006). In turn, this exacerbates sexual dysfunction, thus creating a vicious circle (Bancroft, Loftus, & Long, 2003).

Although sexual health has been prioritised on the international health agenda during the last two decades, female sexual dysfunction is generally not well addressed.

It is often overshadowed by other reproductive health concerns like maternal health and sexually transmitted diseases (Gott & Hinchliff, 2003). Due to the availability of treatment, more attention has been paid to male sexual dysfunction (Moreira Jr et al., 2005). In contrast, female sexual dysfunction remains under recognised and under treated (Bagherzadeh, Zahmatkeshan, Gharibi, Akaberian, Mirzaei, Kamali, et al., 2010) and recommendations or protocols about the way women might manage this condition do not really exist (Moreira, Glasser, Nicolosi, Duarte, & Gingell, 2008).

Another layer of complexity is added because women in many countries avoid discussing sexual issues because this is still a taboo topic (Safarinejad, 2006). Few of them seek medical assistance although a substantial proportion of them would like to do so (Elnashar, EL-Dien Ibrahim, EL-Desoky, Ali, & El-Sayd Mohamed Hassan, 2006; Laumann, Paik, & Rosen, 1999).

Thus, little is known about help-seeking behaviour in regard to sexual dysfunction and the factors that might determine it (Berman, Berman, Felder, Pollets, Chhabra, Miles, et al., 2003; Vahdaninia et al., 2009). This varies considerably worldwide and substantial barriers, whether cultural, socioeconomic or health-related hamper women from seeking help and receiving appropriate assistance.

Furthermore, available studies about the topic are mostly quantitative and do not allow for an in-depth understanding of women's experience. Sexuality is a personal experience that is determined by the interplay

of social, emotional, and physical factors and the way women perceive themselves as sexual beings (WHO, 2006). Therefore, there is a necessity to focus on qualitative research designs that provide a meaningful and holistic picture of the different dimensions that determine women's help-seeking behaviour for sexual dysfunction.

In Lebanon, sexuality is still a taboo topic that is not openly discussed. Women's sexual health is under-researched and studies that focus on the understanding of female sexuality are missing. The majority reported data about general and reproductive health issues and quality of life (Kaddour, Hafez, & Zurayk, 2005; Makhlouf Obermeyer, 1999; Sabbah, Drouby, Sabbah, Retel-Rude, & Mercier, 2003; Salem, & Zurayk, 2005; Zurayk, Myntti, Salem, Kaddour, El-Kak, & Jabbour, 2007). Only one study examined obstetricians/gynaecologists readiness to provide sexual assistance and suggested increasing physicians' education and training to become more confident in addressing patients' concern (El-Kak, Jurdi, Kaddour, & Zurayk, 2004).

Previous studies about sexuality have been conducted in developed and developing countries that might be different from Lebanon culturally and in the provision of healthcare services. Accessibility to and availability of these services are compromised by discrepancies related to geographical areas and socio-economic status of the Lebanese population. Lebanon is a mosaic of cultures where value systems that are rooted in its different communities determine women's perceptions, beliefs, and attitude about sexuality and the way they manage sexual dysfunction.

Being aware of the complexity of women's sexuality, this study will be conducted to understand facilitators for and barriers to help-seeking behaviours for female sexual dysfunction.

General objectives:

1. Investigate the perceived experience of middle-aged Lebanese women 40 - 55 years in expressing sexual dysfunction to health professionals.
2. Explore factors that underpin women's decision to seek help from health professionals for sexual dysfunction.

Specific objectives:

1. Understand the perceptions and beliefs of women concerning the disclosure of their sexual dysfunction to healthcare professionals.
2. Identify the types of help-seeking behaviour and sources of support when sexual dysfunction emerges.
3. Explore facilitators for and barriers to help-seeking behaviours.
4. Understand women's perception of the role of the health professionals in helping them discuss their sexual dysfunction.

Secondary objectives:

1. Provide recommendations and suggestions for

healthcare providers to address women's sexual needs.

Method

Study design: This is an exploratory qualitative study, designed to provide a meaningful and an in-depth understanding of women's experience of help-seeking behaviour.

Sampling: A purposive sample of 24 Lebanese women aged 40 – 55 years will be used, stratified by menopausal and educational status. Women will be selected from the mammography unit at Saint George Hospital University Medical Centre and Rafik Hariri University Hospital. The sample will be chosen in respect to heterogeneity in order to generate a greater plurality of opinions and actions.

Ethical considerations: Recruitment procedure will be guided by an information sheet that will be addressed to women. This explains study objectives and implications, ethical considerations, location and duration of the interview, and whether or not they desire to voluntary participate in the study. Those who agree will be asked to provide written consent. Women will be assured that their names will not appear on the data and will be replaced by pseudonyms. Study documentation will be kept in locked and secure filing cabinets and that all transcripts and data analysis files will be password protected. Access to the data will be restricted to the investigators.

Data Collection: An interview guide was specifically designed for this study in order to address the research aims and objectives. It consists of two vignettes with a series of six open-ended questions that prompt women to talk about disclosing sexual concerns and help-seeking behaviour. Vignettes are used as a technique in qualitative studies to encourage openness and avoid embarrassment (Richie & Lewis, 2003). Given that sexuality is a sensitive topic that might not be discussed openly by women; vignettes were seen as an appropriate choice for this study. To characterise women's profile, a questionnaire is developed about socio-demographic characteristics.

In line with standard practice, the interview guide will be back-translated in Arabic and pilot tested prior to its utilisation.

The researcher will conduct face-to-face interviews with women in their homes or in the healthcare centre according to their preference. With their approval, all data will be tape-recorded. The duration of the interview will be about one hour.

Data management and analysis plan:

The thematic framework approach of Ritchie and Spencer (1994) will be used for data analysis. Thematic framework analysis consists of summarising and classifying data within a thematic framework. It starts deductively from the aims and objectives of the study even though it is grounded and inductive. It involves a five-stage process that includes: familiarization with the data in order to list key ideas and recurrent themes. The second step is the identification of a thematic framework (concepts and themes) that will serve to examine and

reference the data to the aims and research questions of the study. The third step is the indexing where all the textual data will be numerically annotated. Charting, the fourth step, involves the rearrangement of the data according to the thematic frame. The final stage is mapping and interpretation that allow the exploration of the association between the concepts and themes. This stage is also influenced by the research objectives as well as by the findings (Green, & Thorogood, 2004; Ritchie, & Spencer, 1994).

Framework analysis was chosen because of its congruence with the descriptive exploratory qualitative design of the study. Additionally, given the scarcity of research in the field of sexual concerns and help seeking behaviour, the thematic framework analysis is appropriate to describe and interpret findings in order to give a holistic representation of women's experience.

Clinical implications

Based on the results of the study, recommendations will be made to establish an interdisciplinary framework to provide innovative and high quality sexual healthcare services in order to promote women's sexual health. The focus will be on health professionals' education and training, particularly nurses and midwives, to become more skilful in sexual health assessment and management; A sensitization program would be necessary to help women recognize their sexual needs and the possible solutions of care available to them. Awareness in the community in general about sexual health and the possible medical attention would be another key factor towards contributing to improving women's capacities to seek help and maintain a satisfying sexual life. Furthermore, the results of this exploratory study will serve as a basis for other research to better understand women's sexual health.

References

- Abdo, C.H., Oliveira, W.M. Jr, Moreira, E.D. Jr, Fittipaldi, J.A. (2004). Prevalence of sexual dysfunctions and correlated conditions in a sample of Brazilian women--results of the Brazilian study on sexual behaviour (BSSB). *Int J Impot Res*, 16, 160-6.
- American Psychiatric Association (APA). (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Anastasiadas, A., Davis, A., Ghafar, M., Burchardt, M., & Shabsigh, R. (2002). The epidemiology and definition of female sexual desire disorders. *World of Urology*, 20, 74-78.
- Aslan, E. & Fynes, M. (2008). Female sexual dysfunction. *International Urogynecology Journal*, 19(2), 293-305.
- Bancroft, J., Loftus, J., & Long, S. (2003). Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships &. *Archives of Sexual Behaviour*, 32, 193-208.
- Bagherzadeh, R., Zahmatkeshan, N., Gharibi, T., Akaberian, Mirzaei, K., Kamali, F., Pouladi, S., Yazdanpanah, S., et al., (2010). Prevalence of Female Sexual Dysfunction and Related Factors for Under Treatment in Bushehran Women of Iran. *Sexual Disability*, 28, 39–49.
- Berman, L., Berman, J., Felder, S., Pollets, D., Chhabra, S., Miles, M., & Ann Powell, J. (2003). Seeking help for sexual function complaints: What gynecologists need to know about the female patient's experience. *Fertility and Sterility*, 79(3), 572-576.
- El-Kak, F., Jurd, R., Kaddour, A., & Zurayk, H. (2004). Gender and sexual health in clinical practice in Lebanon. *Int J Gynaecol Obstet*, 87(3), 260-266.
- Elnashar, A.M., EL-Dien Ibrahim, M., EL-Desoky, M.M., Ali, O.M., & El-Sayd Mohamed Hassan, M. (2007). Female sexual dysfunction in Lower Egypt. *BJOG*, 114, 201–206.
- Gott, M., & Hinchliff, S. (2003). Barriers to seeking treatment for sexual problems in primary care: a qualitative study with older people. *Family Practice*, 20(6), 690-695.
- Green, J. & Thorogood, N. (2004). Qualitative Methods for Health Research. London: Sage.
- Kaddour, A., Hafez, R., & Zurayk, H. (2005). Women's perceptions of reproductive health in three communities around Beirut, Lebanon. *Reproductive Health Matters*, 13(25), 34-42.
- Kadri, N., Alami, M., & Tahiri, M. (2002). Sexual dysfunction in women : population based epidemiological study. *Archives of Women's Mental Health*, 5, 59-63.
- Laumann, E.O., Paik, A., & Rosen, R.C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537–544.
- Makhoul Obermeyer, C. (1999). The cultural context of reproductive health: Implications for monitoring the Cairo agenda. *International Family Planning Perspectives*, 25(S), S50-55.
- Moreira, E.D., Brock, G., Glasser, D.B., Nicolosi, A., Laumann, E.O., Paik, A., Wang, T., et al. (2005). Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviours. *Int J Clin Pract*, 59(1), 6-16.
- Moreira, E.D., Glasser, D.B., Nicolosi, A., Duarte, F.G., & Gingell, C. (2008). Sexual problems and help-seeking behaviour in adults in the United Kingdom and continental Europe. *BJU International*, 101, 1005-1011.
- Ritchie, J. & Lewis, J. (2003). Qualitative Research Practice: A Guide for Social Science Students and Researchers. London: Sage Publications.
- Ritchie, J. & Spencer, L. (1994). "Qualitative data analysis for applied policy research". In A Bryman & R.G. Burgess (eds). *Analyzing Qualitative Data*. London: Routledge, 173-194.
- Safarinejad, M.R. (2006). Female sexual dysfunction in a population-based study in Iran: prevalence and associated risk factors. *International Journal of Impotence Research*, 18, 382–395.
- Salem, M.T., & Zurayk, H. (2005). Factors underlying women's self-assessment of health in three communities in the outskirts of Beirut. Manuscript.
- Vahdaninia, M., Montazeri, A., Goshtasebi, A. (2009). Help-seeking behaviors for female sexual dysfunction: a cross sectional study from Iran. *BMC Women's Health*, 9(3), 1-7.
- World Health Organization (WHO). (2006). Defining sexual health: Report of a Technical Consultation on Sexual Health. WHO: Geneva.
- World Bank (1993). World development report, 1993: Investing in Health. In R. Shobha. (2009). The psychosexual implications of menopause. *British Journal of Nursing*, 18(6), 370-373.
- Zurayk, H., Myntti, C., Salem, M.T., Kaddour, A., El-Kak, F., & Jabbour, S. (2007). Beyond reproductive health: Listening to women about their health in disadvantaged Beirut neighborhoods. *Health Care for Women International*, 28, 614-637.

Structured scoping review of systematic reviews to evaluate outcomes of massage intervention on preterm and/or low birth weight infants

Bahia Abdallah El-Moufti

Bahia Abdallah El-Moufti,

BSN, MPH,PhDc

Lecturer

Assistant Director, Nursing
Program

Faculty of Health Sciences
University of Balamand

bahia.elmoufti@balamand.edu.lb

Summary

This article examines and summarizes results of published systematic reviews related to the effects of moderate pressure massage on short and long-term outcomes of premature and low birth weight (LBW) infants as well as parental outcomes. Following the identification of the aims and objectives, the methodological decision making process including the inclusion/exclusion criteria, search strategy and the flow diagram of the scoping review are stated. The final section sets out the limitations of the examined reviews and identifies and critiques the gaps.

Keywords: Massage; Preterm; Low birth weight; Massage

Introduction

The incidence of Low Birth Weight infants LBW (<2500 grams) is 15.5% of all births Worldwide. In Lebanon, it is 6% and it is comparable to Europe as reported for the years 2003-2008 (UNICEF database). Although new technology and treatment advances have lowered infant mortality and morbidity rates, survival is accompanied by long term disability (Behrman and Butler 2006). The sense of touch is the first and the fastest-developing sense in the infant following birth and is particularly important for the growing and developing preterm infants who are often deprived of gentle human touch (Als, 1986; Montague, 1986; Blackwell, 2000).

There is a considerable published research on effect of massage therapy on preterm and LBW infants in the last twenty five years. Touch and infant massage have been recommended internationally as an intervention to enhance parent-infant interaction, decrease stress and promote physical growth and behavioral development of preterm and LBW infants (Feldman 2002; Scafidi et al., 1996). The objective of this paper is to provide a review of the literature that explores the effectiveness of massage on preterm and LBW infants in the international literature.

Methods

This study was conducted to systematically scope the literature for systematic reviews on infant moderate pressure massage and to summarize relevant findings in order to identify strength of evidence available (Arksey & O'Malley, 2005). In this scoping review, only reviews of

Randomized Control Trials (RCTs) were included. The justification for including only systematic reviews of RCTs was that they provide the best available evidence for the safety and effectiveness of this intervention and the causal relationship between massage and all important outcomes (Webb & Roe, 2007). This structured scoping review of systematic reviews served to identify relevant and eligible studies, as well as assessing and critically appraising the methodologies used (Webb & Roe, 2007). It revealed the highest evidence found in the literature in relation to the topic being searched to date (Webb & Roe, 2007; Kunz, 2007; Moher et al., 2007).

A search for published literature in 18 electronic databases was conducted. The search covered systematic reviews or meta-analysis in the English language published between the years 2000-2010. The review included only systematic reviews that considered short and long term effect of moderate pressure massage performed by professionals, nurses, or mothers on preterm and/or LBW infants.

Criteria for screening the search results with titles and abstracts were performed by three reviewers for eligibility of study inclusion/exclusion taking into consideration the responses of the three reviewers. Out of 74 retrieved abstracts that were identified that met inclusion criteria and which included 14 randomized control trials, only one systematic Cochrane review "Massage for promoting growth and development of preterm and/or LBW infants" by Vickers and al. (2004) met the inclusion criteria for

the scoping review in which premature infants and/or low birth weight infants <37 weeks and weight at birth <2500g were randomized to an infant tactile stimulation by human hands or to a control group.

Critical appraisal

The included review was assessed for methodological quality according to the Critical Appraisal Skills Programme (CASP) (Higgins & Altman, 2011). The CASP is a standardized checklist of 10 questions (Higgins et al 2003; Oxman et al 1994). Components for assessing the review were objectives of the review, search strategy, quality assessment; results presented precisely with appropriate statistical testing, important outcomes considered and practice or policy changed in light of the results.

The main results reported by this Cochrane review that massaged infants had improved daily weight gain by 5.1g (95%CI 3.5, 6.7g), and a reduction in the length of stay by 4.5 days (95%CI 2.4, 6.5g). The findings according to Vickers's systematic review suggested that evidence for infant massage on weight gain and LOS remains weak. There is no evidence that gentle, still touch is of benefit (increase in daily weight gain 0.2 g; (Vickers, 2004). Most studies included were conducted in developed countries with short term follow up limited mainly to the first year and no evidence for long term outcomes.

According to Vickers, the results of this review do not suggest the use of preterm infant massage worldwide as a therapeutic intervention. Since most of the included studies were carried out in the US, there is a question about the efficacy of using massage in other cultures, races, socioeconomic levels where massage maybe a traditional form of nurturing infants (Mainous, 2002; Mitzel-Wilkinson, 2000; Mullany et al., 2005). On the other hand, in some cultures and NICU settings where only medical interventions are accepted, the idea of massage would be faced with resistance from the medical staff to implement massage as an alternative therapy and developmental care intervention.

However, the review process by Vickers et al. was appropriate. The reviewers listed the limitations and the methodological concerns of the included studies such as performance bias. In case of missing data, the reviewers attempted to contact authors of the included studies or to

inquire for further clarification in relation to withdrawals or drop-outs. They tried to describe non respondents or the ones who left the study because their profile would be different than the ones who did not leave the study in terms of socioeconomic status and complications. In summary, the review was appropriate. It had clear questions and thorough detailed search strategy, predefined inclusion/exclusion criteria and sensible comparisons.

According to Vickers et al. further research is needed to assess and evaluate the effects of massage on clinical outcomes, process-of-care outcomes such as care-giver and parental satisfaction. On the other hand, preterm infant massage seems to have very low risk of adverse effects.

Conclusion

The review was inconclusive. Moreover, methodological flaws within the included studies in Vickers' et al. review imply the need for further robust studies to support the evidence for infant massage. The above mentioned concerns necessitate further research in this direction to provide convincing evidence of any benefits of massage. In order to change policy or practice as a result of the evidence contained in this review, there is a need especially for those large and well conducted RCTs with longer term follow up in relation to morbidity and mortality and cost effectiveness.

For health policy makers and health care professionals to take informed clinical decisions, they should consider not only the safety and effectiveness of the intended intervention but also the culture, values and circumstances of the setting where the intervention will be conducted. Thus, it is always important to ensure that policy and practice are in fact guided by the best available research.

References

- Als, H. (1986). A synactive model of neonatal organization: Framework for the assessment of neurobehavioral development in the preterm infant and for the support of infants and parents in the neonatal intensive care environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, 6, 3-53.
- Armstrong, R., Hall, B., Doyle, J., Waters, E. (2011). 'Scoping the scope' of a cochrane review. *Journal of public health*, 33(1), 147-150.
- Arksey, H. and O'Malley, L. (2005) Scoping studies: towards a methodological framework, *International Journal of Social Research Methodology*, 8, 1, 19-32.
- Behrman RE, Butler AS, ed. Preterm birth: causes, consequences, and prevention. Committee on understanding premature birth and assuring healthy outcomes, Board on Health Sciences Policy. Institute of Medicine. Nat'l Academies Press. 2005.
- Blackwell, P. L. (2000). The influence of touch on child development: Implications for intervention. *Infants & Young Children: An Interdisciplinary Journal of Special Care Practices*, 13(1), 25-39.
- Feldman, R (2004). Mother-infant skin-to-skin contact (kangaroo care). Theoretical, clinical and empirical aspects. *Infants and Young Children*, 17(2):145-161.
- Higgins, J., Thompson, S., Deeks, J., Altman, D., (2003). Measuring inconsistency in meta-analyses. *BMJ*, 327, 557. doi: 10.1136/bmj.327.7414.557
- Higgins JPT & Altman DG (Editors) (2011). Chapter 8: Assessing risk of bias in included studies. In: Higgins J, Green S, editors. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*. Version 5.1.0 [updated March 2011] ed.: The Cochrane Collaboration.
- Kunz R, Vist G, Oxman AD (2007). Randomisation to protect against selection bias in healthcare trials. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art No: MR000012.
- Mainous, R.O. (2002). Infant massage as a component of developmental care: Past, present, and future. *Holistic Nursing Practice*, 16(5), 1-7.
- Mitzel-Wilkinson, A. (2000). Massage therapy as nursing practice. *Holistic Nursing Practice*, 14(2), 48-56.
- Moher D, Tetzlaff J, Tricco AC, Sampson M, Altman DG (2007). Epidemiology and reporting characteristics of systematic reviews. *PLoS Medicine*; 4: e78.
- Montague A. (1986). Touching: the human significance of the skin. Harper & Row; 3-46.
- Mullany, L.C., Darmstadt, G.L., Khatri, S.K., & Tielsch, J.M. (2005). Traditional massage of newborns in Nepal: Implications for trials of improved practice. *Journal of Tropical Pediatrics*, 51(2), 82-6.
- Oxman, A.D., Cook D.J., & Guyatt G.H. (1994). Users' guides to the medical literature. VI. How to use an overview. *JAMA*, 272(17), 1367-1371
- Scafidi, F.A., Field, T.M., Wheeden, A., Schanberg, S., Kuhn, C., Symanski, R., Zimmerman, E., & Bandstra, E.S. (1996). Cocaine-exposed preterm neonates show behavioral and hormonal differences. *Pediatrics*, 97(6 pt.1), 851-5.
- UNICEF (1999). Towards national regional and local strategies for breastfeeding. London: Author
- Vickers, A., Ohlsson, A., Lacy, J.B. & Horsley, A. (2004). Massage for promoting growth and development of preterm and/or low birth-weight infants. *Cochrane Database Systematic Review*, (2), CD 000390.
- Webb C., Roe B., (2007). *Reviewing Research Evidence for Nursing Practice: Systematic Reviews*. Blackwell Publishing.

Determinants of low childhood immunization among Lebanese families in high-risk mohafazats in Lebanon

Vicky Gebran, Mathilde Azar, Joumana Yeretzian & Dr. Nada Ghosn

Vicky Gebran, MSN

Lecturer

Faculty of Health Sciences
Nursing Program
University of Balamand

vicky.gebran@balamand.edu.lb

Abstract

This study aims to determine the factors related to low immunization coverage in Lebanon. The Health Belief Model (HBM) provides a framework to explain and predict the immunization prevention behaviors of the parents. In order to have an effective intervention, nurses need to understand the factors influencing the immunization and identify barriers to vaccination. The study particularly allows the community nurses to assist people to overcome the barriers and implement proper immunization program in Lebanon.

Acknowledgement: This research was funded by EMRO/WHO

Introduction

Despite the worldwide initiative to eradicate polio and measles in the region, some Lebanese community especially in the periphery still show low immunization coverage. (LMPH, 2009).

Immunization coverage varies by sociodemographic characteristics, religious and cultural influence (Dougherty, Meikle, Owens, & Kelley, 2005; Goel, Abrol, Pathak, Gulati, & Swami, 2008 ; Elliott & Farmer, 2006; Nazmul Huq, & Tasnim, 2008; Roelants, Theeten, Depoorter, Van Damme, & Hoppenbrouwers, 2008). Other determinants include parents' fear, anger, worry, guilt, confusion, difficulty of decision-making, and lack of trust in health professionals (Austin, Campion-Smith, Thomas, & Ward, 2008). This situation is complicated by inaccessibility and non affordability of the healthcare services (Orenstein, Atkinson, Mason & Bernier, 1990). A Lebanese study showed that mothers of infants who had inadequate preventive care and low immunization had a higher perception of barriers to healthcare and a lower perception of severity of the infectious diseases illness conducted by (Atiyeh, & El-Mohandes, 2005)

The Health Belief Model (HBM) was used in the present study to understand why some parents do not protect their children through immunization coverage. According to this model, individual's readiness to undertake preventive measures is determined by the perception of the benefits from and barriers to complying with the measures as well as the perception of the severity of the illness and the susceptibility towards it (Becker &

Rosenstock, 1975).

The aim of the study is to identify predictors of the immunization coverage of children aged 13 months to 6 years, focusing on two Mohafazats in Lebanon, the North and the Bekaa.

Method

This is a cross sectional study that was conducted with 982 families chosen randomly in fifty villages in the North and the Bekaa. Data was gathered about the youngest child per family, aged 13 months to 6 years. With respect to the ethical considerations, a questionnaire consisting of three sections (sociodemographic, HBM components and vaccination history) was used for data collection. Children were classified as not vaccinated, incompletely vaccinated or completely vaccinated according to the Lebanese national vaccination calendar (UNICEF, 2009). Data was analyzed using SPSS version 16.0.

Results

Face to face interviews were carried out with 982 primary caretakers (mothers in 83% of the cases) of 536 boys (55%) and 407 girls (41%) whose mean age was three years. Only 70% of these children have a complete vaccination status. Moreover, immunization rates were below the targeted rate of 90% per vaccine except for hepatitis B at birth (94%) which was probably received before discharge from the hospital. In contrast, Hib showed the least immunization rate (71%). This was mainly reported in Baalbeck where only 35% of children were vaccinated. Hermel seemed to have the highest

immunization rates (91-96%) and Minieh Dinnieh the lowest (76-78%).

Findings also demonstrated that childhood immunization coverage depends on parents' attitude and beliefs towards immunization coverage as postulated by the HBM, families' sociodemographic characteristics, and medical coverage. Parents who did not adopt the preventive behavior and immunized their children had a low perception of the benefits of immunization, the susceptibility to infectious disease, as well as a high perception of the barriers to immunization. These findings were also confirmed by the multivariate analysis for the majority of the vaccines. Moreover, the educational level of the parents and their socioeconomic status constituted two sociodemographic determinants of immunization coverage. Given the cost of immunization coverage, it

is not surprising to find that people with low economic status are less likely to vaccinate their children. This situation is aggravated for parents who did not have medical coverage.

Implications

Results generated from this study will serve to implement corrective measures in order to overcome barriers parents face regarding childhood immunization at the individual and community levels. Such activities that require the involvement of the community nurses will contribute to promote immunization program in Lebanon.

References

- Atiyeh, G.N. & El-Mohandes, A. (2005). Preventive healthcare of infants in a region of Lebanon: parental beliefs, attitudes and behaviors. *Maternal and Child Health Journal*, 9(1), 83-90.
- Austin, H., Campion-Smith, C., Thomas, S. & Ward, W. (2008). Parents' difficulties with decisions about childhood immunization. *Community Practitioner*, 81(10), 32-5.
- Becker M.H., Rosenstock I.M. (1975). Socio-psychological research on determinants of prevention health behavior. In the Behavioral sciences and prevention medicine: Opportunities and dilemmas. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Dougherty, D., Meikle, S.F., Owens, P. & Kelley, E. (2005). Children's Health Care in the First National Healthcare Quality Report and National Healthcare Disparities. Report. Office Journal of the Medical Care Section, American Public Health Association, 43(3), 1-58-1-63.
- Elliott, C. & Farmer, K. (2006). Immunization status of children under 7 years in the Vikas Nagar area, North India. *Child: Care, Health & Development*, 32(4), 415-421.
- Goel, N.K., Abrol, A., Pathak, R., Sharma, M.K., Gulati, S. & Swami, H.M. (2008). Status of routine immunization in Chandigarh, India. *Internet Journal of Health*, 7(1), (8p), retrieved on February 24, 09.
- Lebanese Ministry of Public Health. (2009). National Expanded Program for Immunization. Unpublished report. Immunization coverage by Qada, for year 2008.
- Nazmul Huq, M. & Tasnim, T. (2008). Maternal education and child health care in Bangladesh. *Matern Child Health J*, 12, 43-51.
- Orenstein WA, Atkinson W, Mason D, & Bernier RH. (1990). Barriers to vaccinating preschool children. *J Health Care Poor Underserved*, 1, 315-330
- Smailbegovic, M.S., Laing, G.J., & Bedford, H. (2003). Why do parents decide against immunization? The effect of health beliefs and health professionals. *Child: Care, Health and Development*, 29(4), 303-311.
- Vandermeulen, C., Roelants, M., Theeten, H., Depoorter, A., Van Damme, P., & Hoppenbrouwers, K. (2008). Vaccination coverage in 14-year-old adolescents: documentation, timeliness, and sociodemographic determinants. *Pediatrics*, 121(3), 428-34.

Nursing workforce in Lebanon: Providing evidence to change policy and practice

Diana Jamal & Fadi El-Jardali

Diana Jamal MPH, PhD

Research Assistant
Department of Health
Management and Policy
Faculty of Health Sciences,
Rm 133
American University of Beirut
Beirut, Lebanon
dj06@aub.edu.lb

Abstract

This paper details the outcome of a program of research on nursing workforce issues in Lebanon. The main areas of focus include issues around nurse migration, nurse retention challenges and strategies as reported by Lebanese nursing directors, the link between intent to leave and job satisfaction, and issues around work environment and how they relate to intent to leave. The findings of this program of research are timely given the many challenges Lebanon is facing with regard to its nursing workforce. Many of the challenges facing the nursing workforce are not beyond the control of stakeholders and can reap many benefits to the health system.

Introduction

Lebanon, like many other countries in the region, is facing challenges in the field of nursing. Evidence in the literature stipulates that Lebanon has the 8th lowest nurse density in the Eastern Mediterranean Region (EMR). The 2006 World Health Report indicated a nurse density of 1.18 per 1000 in Lebanon compared to an EMR average of 2.20 per 1000 and a global average of 4.06 per 1000. The report also reported a physician density of 3.25 per 1000 (WHO, 2006). Migration of nurses is not uncommon whereby the country exports nurses to some of the Gulf countries which often engage in active recruitment of Lebanese and other nurses (El-Jardali et al. 2008). Local reporting sources indicate that Lebanon is facing a severe shortage of nurses compared to physicians, with an estimated ratio of 1 nurse for every 1600 patients in comparison to 1 doctor for every 170 patients (WHO, 2006).

The status of nurses in Lebanon is not very clear, little is known about the supply and distribution of nurses in Lebanon. Little evidence has been documented on nurses' intent to stay or leave in the EMR and Lebanon. Even fewer studies address issues regarding nurse retention, nurse satisfaction and issues around work environment. This is critical given the extent of the evidence that links poor satisfaction to intent to leave, and poor work environments to dissatisfaction, attrition and turnover (El-Jardali et al. 2009a, El-Jardali et al. 2009b). Moreover, recruitment and retention strategies, poor job satisfaction and working conditions, socio-political and economic instability, and the poor social image and value given to the nursing profession are some of the many reasons why nurses choose to leave

their jobs either to migrate or to leave the field of nursing entirely (El-Jardali et al. 2009a, El-Jardali et al. 2011). Such issues are crippling the ability of nursing directors to retain a sufficient number of nurses to maintain the staffing levels needed to provide quality care (El-Jardali et al. 2009b). The lack of evidence about such issues provided the background, incentive and guidance to our current program of research.

Objectives

The objectives of this program of research are to:

- Provide an evidence base for understanding the incidence of nurse migration out of Lebanon, its magnitude and reasons
- Assess nurse retention challenges and strategies as perceived by nursing directors in Lebanese hospitals
- Determine the extent of nurses' intent to leave and examine the impact of job satisfaction on intent to leave
- Systematically examine the characteristics of nurses' work environment and their relation to nurses' intent to leave their jobs within the context of Lebanon.

Methods

A cross-sectional research design comprising both quantitative and qualitative methods was employed to achieve the stated objectives of this program of research.

Assessment of the extent of nurse migration was done through a survey of nursing schools in Lebanon, survey of nurse recruitment agencies, secondary data analysis and survey of migrant nurses (El-Jardali et al. 2008). As for assessing nurse retention challenges and strategies in Lebanese hospitals, nursing directors of

76 were sent a two-page survey on perceived retention challenges and hospital-based retention strategies. This two page survey also included questions on total number of employed and resigned nurses in addition to nurse turnover rates as calculated by the hospital (El-Jardali et al. 2009b). Intent to leave and nurse satisfaction was addressed through a detailed survey of 1,793 nurses employed in 69 hospitals that included questions on nurses' demographic characteristics, their intent to leave in addition to the McCloskey Mueller Satisfaction Scale (El-Jardali et al. 2009a). Nurses' work environment was assessed by surveying the same group of nurses using the Revised Nurse Working Index (NWI-R). This survey also included an open-ended component to explore additional factors relating to nurses' work environment in Lebanese hospitals (El-Jardali et al. 2011).

Findings

Nurse Migration out of Lebanon

Study findings showed that one in five nurses receiving a Bachelors of Science in Nursing emigrate from within one or two years of graduation. Most of the nurses sampled were found to migrate to countries of the Gulf and after gaining a few years of experience, they emigrate to North America. The main reported reasons for migration included: shift work, high patient/nurse ratios, lack of autonomy in decision making, lack of a supportive environment, and poor commitment to excellent nursing care. When asked about strategies that could encourage them to return to Lebanon, most nurses indicated combinations of financial and non-financial incentives, education support, managerial support, better working conditions, utilization of best nursing practices and autonomy (El-Jardali et al. 2008).

Retention Challenges and Strategies as reported by Lebanese Nursing Directors

The most recurring retention challenges that nursing directors indicated as factors that encourage their nurses to quit included unsatisfactory salaries, unsuitable shifts and working hours, as well as better opportunities in other areas within or outside Lebanon. Some nursing directors reported implementing some strategies to stimulate nurse retention such as financial rewards and benefits, a salary scale, staff development, praise, and improving work environment. Nursing directors did not address all perceived challenges in their strategies; this can either indicate that nursing directors do not have the autonomy and authority to implement necessary retention strategies or they simply lack the management capacity required to develop such strategies (El-Jardali et al. 2009b).

Nursing directors were also asked to report the nurse turnover rates for the years 2004, 2005 and 2006. Results showed that only 29 of the 76 hospitals (38.2%) calculated turnover rates for all the three years together. For those 29 hospitals, average turnover rate increased from 13.0% in 2004 to 15.8% in 2005 to 16.8% in 2006 (El-Jardali et al. 2009b).

Nurse Satisfaction and Intent to Leave

An alarming 67.5% reported intent to leave within the next

1 to 3 years, many of whom disclosed intent to leave the country (36.7%). Within nurses who reported an intent to leave the hospital but stay in Lebanon, 22.1% plan to move to a different health organization in Lebanon, 29.4% plan to leave the profession and 48.5% had other plans. Approximately 60% of the nurses reporting an intent to leave believed that it would be easy to find another job in nursing and 62.9% indicated that they would not choose nursing again. Nurses reported being least satisfied with extrinsic rewards but most satisfied with co-workers. Nurses with an intent to leave had consistently lower satisfaction scores on all MMSS subscales. Factors associated with intent to leave varied between nurses who want to leave the hospital and those who want to leave the country. A common predictor of intent to leave the hospital and the country was dissatisfaction with extrinsic rewards. Other predictors of intent to leave (country or hospital) included age, gender, marital status, degree type, and dissatisfaction with scheduling, interaction opportunities, and control and responsibility (El-Jardali et al. 2009a).

Nurses' Work Environment and Intent to Leave

Results indicate that although nurses were satisfied with their interaction and relationship with physicians, they were displeased with the Control they have over their work. Younger nurses had lower scores on Organizational Support and Career Development. Regression analysis revealed that as Career Development scores decreased (by one point), a 93% increase in likelihood of reporting intent to leave country was observed. Likewise, as scores on Participation decreased (by one point), reporting intent to leave country and hospital increased by 51% and 53% respectively. Findings show that hospital characteristics (size, accreditation status and presence of a recruitment and retention strategy) were significantly associated with NWI-R subscales (El-Jardali et al. 2011).

The open-ended component of the survey revealed additional concerns that nurses were facing. The analysis of the open-ended component confirmed and further explained the findings of the NWI-R. The main themes that emerged from the open-ended component related to: Lack of control & autonomy; Concern over aspects of physical, psychological & professional work environments; Need for professional development; Salaries & benefits; Role, achievements & shortcomings of national organizations; poor image of the nursing profession and miscellaneous (such as the effect of the general political and national situation on the nursing profession) (El-Jardali et al. 2011).

Impact on Nursing Profession

The findings of this program of research are important in light of international challenges facing the nursing profession. Findings on nurse migration showed that it is a byproduct of poor management and lack of effective retention strategies and sufficient knowledge about the context, needs and challenges facing nurses. This highlights the need to identify implications from this phenomenon and help implement innovative retention

strategies. Emigration of nurses and other health professionals is likely to persist and even increase if underlying factors are not properly resolved. This is critical given the similar findings from the component assessing challenges and strategies reported by nursing directors. Nursing directors should develop, implement and evaluate retention strategies addressing the special needs of nurses with high risk of leaving. If retention challenges reported by nursing directors are not adequately addressed, Lebanon will continue to lose its competent and skilled nurses. Some retention challenges require changes at the system level but some require small steps at the organizational level. As such, the span of control and level of administrative responsibility of nursing directors should be strengthened to better retain Lebanese nurses.

In addition to the above, it is clear that nurse recruitment and retention strategies should take into consideration the predictors and outcomes of nurses' intent to leave both the hospital and country. The findings of this study suggest that retention policies should be sensitive to the needs and interest of nurses with high risk of leaving. Findings from this program of research point to a strong link between low job satisfaction and nurses' intent to leave the hospital and the country. Based on the findings on intent to leave, and given the Lebanese cultural context that encourages migration, there is a high probability that nurses with the intent to leave may eventually migrate out of Lebanon. This makes the nursing workforce problem not only a concern for hospitals, but also a concern for the health authorities, especially the Ministry of Health. Many of these challenges were also highlighted when assessing challenges related

to nurses' work environment and the solutions are not beyond the control of nursing stakeholders. Addressing such challenges do not necessarily require substantial financial investment but a paradigm shift in the way the nursing workforce is viewed. The resources needed to improve the quality of nurses' work environment can be a strategic investment which would bring forward both monetary and non-monetary benefits to Lebanese health care organizations. One of the much needed outcomes include improved retention, extending the professional life span of nurses and empowering nurses to participate in decision making, particularly on aspects that may impact the quality of their work environment (workload, scheduling, etc.).

Governments should work collaboratively with professional bodies, academic institutions and hospital stakeholders to devise an evidence-based national nursing strategy that addresses the above mentioned challenges and potential solutions. Further research on nursing issues should be conducted and finding be translated into policy and practice. It is hoped that study findings would prompt policy makers, managers and professional associations to start a policy dialogue process and to align resources towards addressing the critical nursing challenges identified in this program of research.

References

- EI-Jardali, F., Dumit, N., Jamal, D. & Mouro, G. Migration out of Lebanese Nurses: A Questionnaire Survey and Secondary Data Analysis, International Journal of Nursing Studies, 2008, Vol. 45, pp 1490-1500
- EI-Jardali, F., Dimassi, H., Dumit, N., Jamal, D., Mouro, G. A National Cross-sectional Study on Nurses' Intent to Leave and Job Satisfaction in Lebanon: Implications for Policy and Practice, BMC Nursing, 2009a, 8:3.
- EI-Jardali F., Merhi M., Dumit N., Jamal D., Assessment of Nurse Retention Challenges and Practices in Lebanese Hospitals: The Perspective of Nursing Directors, Journal of Nursing Management, 2009b, 17:453-462.
- EI-Jardali F., Alameddine M., Dumit N., Dimassi H., Jamal D., and Maalouf S. Nurses' Work Environment and Intent to Leave in Lebanese Hospitals: Implications for Policy and Practice. International Journal of Nursing Studies. 2011 Feb;48(2):204-14
- World Health Organization: Working Together for Health: The World Health Report 2006. Geneva, Switzerland; 2006

La lutte contre les escarres

Ghada Kesserwani

Ghada Kesserwani,RN

Infirmière coordinatrice à l'Hôpital Saint Georges
Centre Médical Universitaire
Beyrouth- Liban.

grkesserwani@stgeorgehospital.org

Résumé

Les escarres ou ulcères de pression sont une cause significative de morbidité et de mortalité pour beaucoup de patients et constituent donc une préoccupation clinique majeure. En 2006, une équipe multidisciplinaire de spécialistes, à l'hôpital Saint George, Centre Médical Universitaire(SGHUMC), a lancé un projet pilote dont le but était de fournir un protocole complet et standardisé pour la prévention et le traitement des escarres. L'équipe a adopté l'échelle de Braden pour l'évaluation des patients afin d'identifier ceux à risque et d'en prendre les mesures préventives et thérapeutiques adéquates. Les données ont été rassemblées durant quatre ans. Les résultats ont montré une diminution apparente du taux des escarres aux unités des soins intensifs après l'application des protocoles. L'efficacité du protocole curatif a été mesurée en utilisant les directives du "National Pressure Ulcer Advisory Panel (NPUAP)". D'autres résultats étonnantes ont été aussi découverts. Cette étude résumera l'importance des mesures préventives et thérapeutiques mises en application auprès des patients à risque et auprès de ceux admis pour les chirurgies : orthopédique, cardiovasculaire et abdominale de longue durée.

Introduction

Les escarres ou plaies de pression demeurent un problème majeur de santé en termes de morbidité, de souffrance et d'altération de l'image corporelle et des ressources. Les escarres restreignent le patient dans ses activités quotidiennes. En outre, ils nécessitent une longue durée d'hospitalisation et entraînent un coût additionnel important pour le patient, les hôpitaux et la société (EPUAP, « European Pressure Ulcer Advisory Panel » 2001). Dans une étude australienne réalisée dans un hôpital universitaire, 17 à 50 % des patients entrant dans les services de soins prolongés et présentant des escarres séjournent en moyenne 4,31 jours en plus des autres malades. L'incidence varie selon les unités de soins; par exemple, 5 à 7 % des patients adressés en court séjour développent des escarres, 8 % des opérés lorsque l'intervention dure plus de 3 heures, et 34 à 46 % des blessés médullaires dans les 2 ans à distance de l'accident. (EPUAP, 2001 et 2009).

L'étude menée auprès des infirmières, par Moore et Price en 2004, a montré une attitude positive envers la prévention de l'ulcère de pression. Cependant, les pratiques en matière de prévention étaient négativement affectées par: le manque de temps et de personnel, l'identification des patients à risque à l'admission, le manque de matériels, le niveau éducatif, le manque de contrôle, d'évaluation initiale et de suivi, le manque de l'usage d'une échelle de mesure adéquate, l'absence et la mauvaise application des protocoles préventifs et curatifs appropriés que ce soit en France ou dans d'autres pays. A la suite d'une étude à l'échelle Européenne réalisée en 2001 par l'EPUAP, il apparaît que plusieurs cas d'escarres avaient été ignorés par le personnel soignant, d'où l'importance d'une méthode d'observation plus

rigoureuse, systématique et standardisée à appliquer. Au Liban, le problème existe aussi et la déclaration du pourcentage des escarres dans les hôpitaux universitaires semble un tabou.

Le projet de lutte contre les escarres à l'hôpital Saint Georges :

A l'hôpital Saint George, le pourcentage des escarres durant l'année 2005 était de 36%. Pour cela, un comité de lutte contre les escarres a été fondé regroupant: une diététicienne, un physiothérapeute, un membre du département de qualité, une coordinatrice des soins infirmiers, un chirurgien, un membre du comité de lutte contre les infections. Les buts du comité étaient de : standardiser les soins, surveiller, prévenir, traiter, assurer la diffusion large des recommandations de bonne pratique clinique, engager les professionnels de santé dans une démarche d'amélioration de la qualité de prise en charge et de réduire les complications liées à l'alimentation et à la détérioration des escarres une fois installés. En premier lieu, le comité a établi un protocole préventif (Annexe I) et un protocole curatif (Annexe II), ainsi que des formulaires spécifiques qui seront remplis par le groupe infirmier.

Ensuite, le plan d'action consistait à entreprendre une étude pilote, dans le service de médecine regroupant 40 lits pour une période de 3 mois, afin d'évaluer le pourcentage des escarres et l'efficacité de l'application des deux protocoles élaborés. L'analyse des données recueillies a montré une diminution remarquable des escarres. Le comité a donc confirmé l'importance de l'application des protocoles et a lancé son projet de lutte contre les escarres.

En collaboration avec la direction des soins infirmiers, une série de conférences a été organisée et adressée à tous les médecins, les résidents, les infirmières diplômées et les aides soignantes de l'hôpital Saint George, afin de leur transmettre les instructions nécessaires à l'utilisation des formulaires et à l'application des protocoles préventif et curatif de l'hôpital.

A la fin de l'année 2006, le comité a enregistré une diminution du pourcentage des escarres à l'hôpital : de 36% durant les années précédentes, ce pourcentage est passé à 28.22 %. Ainsi, il décide de poursuivre ce projet tout au long des années suivantes, par l'application des protocoles d'une façon standardisée, tout en prenant en considération les suggestions des infirmières, des médecins, des physiothérapeutes et des diététiciennes. Ceci dans le but d'avoir un travail multidisciplinaire adapté aux exigences et à la sécurité du patient. Les pourcentages des escarres ont évolué de 16.1% en 2007 8.26%. en 2010.

A la fin de chaque année, le comité analysait, évaluait les résultats et prenait des mesures correctives adéquates ainsi que des recommandations générales et spécifiques relatives à la lutte contre les escarres.

Les recommandations adoptées:

A- Recommandations générales

Afin d'améliorer la qualité des soins, un plan d'action, concernant la prévention et la gestion des escarres, a été formalisé ayant comme objectif de:

1. Résoudre les obstacles qui empêchent l'application de la bonne pratique surtout aux soins intensifs considérés comme l'origine de l'apparition des escarres à l'hôpital.
2. Renforcer une politique de prévention et de soins des escarres (fiches techniques, moyens, matériels...)
3. Sensibiliser les équipes de soins à l'intérêt et à l'utilisation d'une échelle de risque lorsque le recueil de données et le jugement clinique des professionnels le justifient.
4. Renforcer les connaissances des infirmières sur les escarres et leur prévention par des actions de formation locale pour déterminer et reconnaître les facteurs de risque chez un patient.
5. Incrire la formation à la prévention des escarres dans le projet de formation continue et dans le programme d'intégration des nouveaux personnels.
6. Connaître les facteurs qui influencent le rôle de l'infirmière.
7. Engager les professionnels de santé dans une démarche d'amélioration de la qualité de prise en charge.
8. Evaluer la compétence du personnel soignant.

B- Recommandations spécifiques

Pour lutter contre les escarres à l'unité des soins intensifs (ICU), certaines directives ont été prises:

1. Les lits et les matelas à eau ont été remplacés par des lits équipés de matelas à air (HILL-ROM) afin de diminuer le risque des escarres au niveau du coccyx et des talons.
2. Les procédures relatives à l'usage de l'oxymètre, le tensiomètre, les électrodes et les bas à varices ont été ajustées, car certaines escarres ont été détectées, suite à leur utilisation d'une façon prolongée et inadéquate.
3. L'usage du Cavillon est prescrit, systématiquement, une fois par jour, après le bain, pour tous les patients (même s'ils ne sont pas à risque) admis aux soins intensifs et à l'unité de chirurgie cardiaque.
4. Le masque Bpap (bi level positive airway pressure) a été remplacé par un masque siliconé pour éviter l'irritation au niveau facial et surtout nasal.
5. Pour les patients obèses et présentant un œdème au niveau des membres inférieurs, le comité des escarres a décidé, en collaboration avec le chef de département de réanimation, d'appliquer un bandage élastique afin de diminuer l'apparition des ulcères au niveau des cuisses, du genou et des orteils au besoin.

Conclusion

Les escarres constituent un problème sérieux dans la plupart des hôpitaux car ils reflètent la qualité des soins chez les personnes alitées ou en perte d'autonomie. L'escarre développée dans les unités de soins est un mauvais indicateur de qualité de soin surtout que la prévention des escarres fait partie du rôle de l'infirmière. Ceci pousse les responsables à remédier aux lacunes identifiées afin d'acquérir une meilleure pratique dans la prévention des escarres. La mise en œuvre des stratégies de changement aide tout le corps médical et soignant à développer une habileté à gérer les obstacles qui entravent la prévention des ulcères de décubitus.

Références

- Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en santé, (2008). Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé et Evaluation de la prévention des escarres. Service communication et diffusion.
- Cros, D. (2005). Enseignement "Plaies et Cicatrisation": Etat des lieux dans les Instituts de Formation en Soins Infirmiers. JPC, 51: 26-29.
- Ghabrah, T., Madani, T., Albarak, A., Alazraqi, T. (2007). Assessment of infection control knowledge, attitude and practice among healthcare workers during the Hajj period of the Islamic year 1423 (2003). Scandinavian Journal of Infectious Diseases, 39, 1018-1024.
- Guuninberg, L., Lindholm, C., & Carlsson, M. (2001). Risk, prevention and treatment of pressure ulcers-nursing staff knowledge and documentation. Scand J Caring Sciences, 15: 275-263.
- Martel, E. (2005). L'escarre chez la personne âgée: fatalité ou problème de santé publique. Diplôme d'Etat d'Infirmiers, Travail de fin d'études.
- Moore, Z. & Price, P. (2004). Nurses' attitudes, behaviors and perceived barriers towards pressure ulcer prevention. Journal of Clinical Nursing, 13: 942-951.
- Spilsbury, K., Nelson, A., Cullum, N., Iglesias, C., Nixon, J., Mason, S. (2007). Pressure ulcers and their treatment and effects on quality of life: hospital inpatient perspectives. Journal of Advanced Nursing, 57: 494-504
- Traversa, A., (2002). Développer une démarche éducative avec les patients à risque ou porteurs d'escarres. Colombes, 92: 9-12.
- Wann, C., Hagell, P., Willman, A. (2008). Risk factors and prevention among patients with hospital-acquired and pre-existing pressure ulcers in an acute care hospital. Journal of clinical Nursing, 17: 1718-1727.

ANNEXE I: Protocole Préventif à l'hôpital Saint George (HSGUMC)

- 1.Mobilité: lever précoce, maximiser l'activité.
- 2.Utiliser le matelas à air Matelas.
- 3.Changement de position chaque deux heures
- 4.Suivre les techniques de positionnement suivantes:
 - a.Eviter de coucher le patient sur le côté où l'escarre est localisée.
 - b.Eviter de positionner le malade sur les trochanters
 - c.Soulever les talons au dessus du matelas.
 - i.Ne pas lever la tête du lit de façon indue;
 - d.Caler le malade lorsqu'il est en position oblique.
 - e.Avoir des trapèzes afin d'éviter de glisser le malade sur son lit, ce qui favorise les frictions et par suite les abrasions.
 - f.Stimuler le patient à décoller les fesses du lit et à bouger les chevilles en flexion et en extension.
- 5.Eviter l'humidité et l'incontinence, installer une sonde Foley ou un condom.
6. Faire une toilette à chaque change.
- 7.Utiliser un savon dont le PH est neutre.
8. Appliquer de CAVILLON 1 fois/jour après le bain.
- 9.Eviter les frottements en lavant le patient afin d'éviter les macérations
10. Tamponner pour assécher la peau.
11. Eliminer la friction.
12. Eviter les frottements des sondes, des électrodes, des drains----
13. Eviter les objets dans le lit.
14. Surveiller la température.
15. Changer le lit et les vêtements à chaque transpiration.
- 16.Ne pas tirer le patient mais le soulever.
- 17.Port de chaussettes et des sous-vêtements en coton.
- 18.Eviter les lampes chauffantes et les bouillottes.
- 19.Surveiller les points d'appui : coccyx, talons, trochanters, coudes, ischions, omoplates, oreilles, tête.
- 20.Evaluation nutritionnelle (HT, GB, albumine, poids).
- 21.Usage d'une crème ou d'une lotion hydratante matin et soir selon la prescription médicale afin d'éviter la sécheresse de la peau.
- 22.Surveiller tout signe d'induration ou d'infection tel que la fièvre, la rougeur et avertir le médecin traitant.
- 23.Eviter l'usage de l'alcool, de l'éosine et de la bétadine pour éviter l'assèchement de la peau et le camouflage de tout changement de couleur.

ANNEXE II: Protocole Curatif à l'hôpital Saint George (HSGUMC)

STADE I:

- Nettoyer avec du sérum salé 0.9%
- Appliquer NUGEL ou protéger avec un film transparent ou Tielle.
- Changer le pansement chaque 1 à 5 jours.
- Informer le médecin traitant si détérioration.
- Assurer un support nutritionnel adéquat.
- Consulter un physiothérapeute.

STADE II

- Nettoyer avec du sérum salé 0.9%
- Maintenir le pansement humide.
- Appliquer NUGEL si pas d'exsudat.
- Protéger avec un film transparent ou Tielle
- Changer le pansement chaque 1 à 3 jours.
- Informer le médecin traitant si détérioration.
- Assurer un support nutritionnel adéquat.
- Consulter un physiothérapeute.

STADE III

- Nettoyer avec du sérum salé 0.9%.
- Maintenir le pansement humide.
- Appliquer NUGEL si pas d'exsudat ou si présence d'une nécrose.
- Appliquer SILVERCEL si présence d'une infection.
- Appliquer ACTISORB si infection avec mauvaise odeur.
- Changer le pansement chaque 1 à 3 jours.
- Prendre une culture de la plaie et avertir le membre du département de lutte contre les infections.
- Informer le médecin traitant si détérioration.
- Assurer un support nutritionnel adéquat.
- Consulter un physiothérapeute.

STADE IV

Mêmes conduites que le stade III.

Description de l'environnement psychosocial des cadres gestionnaires infirmiers du Liban

Martine Mayrand Leclerc, Rima Sassine Kazan & Claire Zablit

**Martine Mayrand Leclerc, inf.,
MGSS/MHA, Ph.D.**

Professeur/chercheur au
département des sciences
infirmières-Université du
Québec en Outaouais- Canada

martine.mayrand-leclerc@uqo.ca

**Rima Sassine Kazan, inf.,
Ph.D.**

Claire Zablit, inf., MBA

Résumé

Le rôle du cadre gestionnaire infirmier s'impose depuis plusieurs décennies comme un rouage essentiel des établissements de santé et ce, internationalement. Une attention doit impérativement être portée au travail de ces cadres infirmiers tant pour contrer un désengagement socioprofessionnel massif que pour créer un environnement de travail sain. A l'instar des autres pays, le Liban, à travers l'Ordre des infirmier/es au Liban et les leaders d'opinions, travaille pour retenir les cadres et pour améliorer l'environnement de travail. Mais connaissons-nous vraiment l'environnement psychosocial du travail des gestionnaires clinico-administratifs du Liban? Les buts de la recherche sont de mieux comprendre l'environnement psychosocial des cadres gestionnaires infirmiers du Liban, d'identifier les obstacles ainsi que de décrire les stratégies pouvant optimiser cet environnement de travail. Un modèle éclectique, couvrant huit dimensions psychologiques et sociales, sert de cadre conceptuel de l'étude. Les caractéristiques psychosociales positives et négatives rattachées au rôle du cadre et les stratégies pouvant améliorer l'environnement psychosocial du travail sont identifiées par les cadres infirmiers lors d'entrevues semi-dirigées. Les résultats de cette recherche posent des bases objectives et solides d'une meilleure connaissance de l'environnement psychosocial du travail du cadre infirmier libanais.¹

Internationalement, le cadre gestionnaire infirmier de première ligne s'impose comme un pivot important des établissements de santé (Stordeur, D'Hoore et Vandengerghe, 2001; Viens, Lavoie-Tremblay, Mayrand Leclerc, Brabant, 2005). Toutefois, ses fonctions paraissent disparates. Porte-parole des infirmières et personne-ressource de l'équipe de soins, le cadre gestionnaire infirmier est décideur tout en devant rendre des comptes à l'administration hospitalière, non sans que de fortes tensions ne s'exercent sur lui, ce qui le place souvent «entre l'arbre et l'écorce». De plus, des contraintes intrinsèques et extrinsèques rendent le contexte de travail des cadres gestionnaires infirmiers difficile telles: l'accès aux technologies de pointe et les problèmes de santé de plus en plus complexes des patients pour en nommer quelques uns auxquelles s'y ajoute la pénurie d'infirmières au Liban. El-Jardali, Dumit, Jama & Mouro (2008) rapportent qu'une infirmière sur cinq quitte le Liban après une à deux années d'expérience. Cette pénurie apporte un déséquilibre entre l'offre et la demande des soins et des services de santé et s'ajoute aux variables qui affectent tant le

budget que les ressources humaines allouées à la santé. Une attention particulière doit impérativement être portée au travail des cadres infirmiers libanais tant pour contrer un désengagement socioprofessionnel massif que pour créer un environnement psychosocial de travail sain. Mais connaissons-nous vraiment l'environnement psychosocial du travail des gestionnaires clinico-administratifs du Liban?

L'état des connaissances actuelles ne permet pas de répondre à cette question. Une avancée récente des connaissances sur l'environnement psychosocial du travail brosse un portrait des cadres gestionnaires au Québec (Mayrand Leclerc, 2006a; 2006b). Toutefois, la documentation empirique de l'environnement de travail des cadres gestionnaires du Liban reste silencieuse. La présente recherche est soutenue par un cadre de référence qui fusionne plusieurs dimensions psychologiques et sociales recensées et appliquées au Québec, qui a permis une étude approfondie de l'environnement de travail. L'environnement psychosocial est étudié sous les angles de huit dimensions : la demande psychologique du travail (la quantité de travail,

1. Les auteurs souhaitent remercier les étudiantes et étudiants du Master recherche et du Master professionnel de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth pour leur contribution à la collecte des données et aux analyses de premier niveau.

la complexité du travail et les contraintes temporelles), la latitude décisionnelle (l'autonomie de compétence et le pouvoir décisionnel) (Karasek et Theorell, 1990), le soutien social (vertical et horizontal) (Johnson et Hall, 1988), la reconnaissance (l'équilibre efforts/récompenses) (Siegrist, 1996), la prévisibilité (savoir à quoi s'attendre, être informé et se sentir en sécurité d'emploi), le sens du travail (aimer son travail et la signification intrinsèque de son travail) (Kristensen, 1999), la relation avec la clientèle (satisfaction réciproque) (Carpentier-Roy, 1995; RIPOST², 2000) et l'environnement physique et esthétique du travail (espace, propreté, outils de travail) (Mayrand Leclerc, 2001).

Méthode

Les objectifs de la recherche visent à décrire la perception des cadres gestionnaires libanais quant aux dimensions de l'environnement psychosocial du travail, d'identifier les obstacles et de décrire les stratégies à son optimisation. Dans la mesure où cette étude vise à mieux connaître et comprendre l'environnement psychosocial de travail vécu par les cadres gestionnaires, une approche qualitative, de type descriptif, est privilégiée. Après avoir obtenu la certification éthique de l'Université du Québec en Outaouais et les autorisations nécessaires au recrutement, 28 entrevues individuelles, d'une durée d'environ 90 minutes, ont été réalisées auprès de cadres gestionnaires. Les discussions sont soutenues par un guide d'entrevue semi-structuré couvrant les huit dimensions de l'environnement psychosocial du travail. Dans un deuxième temps, quatre groupes de discussions focalisées ont réuni 32 cadres gestionnaires, qui n'ont pas participé aux entrevues semi-structurées. Le même questionnaire des dimensions de l'environnement psychosocial a été utilisé pour animer les discussions qui étaient enregistrées. Ayant atteint une saturation des données après avoir rencontré 60 cadres gestionnaires, une analyse de contenu issue des rencontres de discussions focalisées et des entrevues individuelles est réalisée en deux étapes : l'étape mécanique et l'étape interprétative (Knodel, 1993). De plus, des analyses quantitatives descriptives sont réalisées pour décrire le profil sociodémographique de l'échantillon (cf tableau 1). La majorité des cadres gestionnaires rapportent être responsables d'une unité de soins ou de service (68,3%, n = 41) et travaillent en moyenne de 40 à 45 heures par semaine (45%, n = 27) pendant que 37% des participants travaillent plus de 45 heures (n = 23). Si les cadres gestionnaires avaient le choix, ils feraient le même cheminement que leur carrière actuelle dans une proportion de 53,3% (n = 32). Toutefois, 30% choisiraient un cheminement autre que la carrière en soins infirmiers (n = 18) et 16,7% de l'échantillon préféreraient rester des infirmières plutôt que devenir gestionnaires. Les

cadres gestionnaires sont à 60% (n = 36) d'accord de recommander la carrière de gestion des soins infirmiers à d'autres personnes.

Résultats

La demande psychologique du travail : Les cadres gestionnaires du Liban décrivent leur travail comme étant un travail ayant une grande variabilité de rythme, qui nécessite une flexibilité et une polyvalence pour accomplir les tâches, sollicitant du même coup beaucoup de vigilance. Le travail est mouvementé et sans répit. La charge émotive que décrivent les cadres gestionnaires est lourde, causée principalement par les interruptions, des demandes de plusieurs niveaux hiérarchiques parfois contradictoires ou répétitifs, par le stress relatif au désir de performance des infirmières et par la nature ainsi que la quantité de travail inachevé. Les gestionnaires se questionnent sur leur rôle de gestionnaire :

«Je souffre d'un déséquilibre entre la quantité de travail administratif et l'effectif du personnel soignant. Au lieu de travailler de la gestion, je passe la plupart de mon temps à donner un coup de main à mon personnel [...] Parfois j'oublie que je suis un cadre gestionnaire vu la non-conformité entre le poste que j'occupe et les tâches que je réalise».

Le manque de personnel qualifié, la fréquence des urgences, l'absence d'opportunités de délégation sont rapportés comme étant des obstacles à l'optimisation de la demande psychologique du travail. Les responsabilités administratives sont aussi sources de tension, comme le nombre de réunions et le travail apporté à la maison.

La latitude décisionnelle : Les cadres gestionnaires rapportent avoir une bonne liberté décisionnelle et utilisent une certaine autonomie reliée à leur compétence d'infirmière et de gestionnaire.

Le soutien social : Les cadres gestionnaires identifient trois types de soutien social. Le premier est celui reçu de par la direction (écoute et encadrement) par les autres gestionnaires (qui vivent des problèmes similaires), par le soutien familial du gestionnaire et par les gens qui utilisent une critique constructive face à leur travail. Le deuxième type de soutien est celui perçu par les gestionnaires, c'est-à-dire le soutien social traduit par la perception du dévouement dont font preuve les employés sous-payés, envers la qualité des soins. Le troisième type de soutien est le soutien absent, celui que le gestionnaire ne reçoit pas en raison de la pénurie et de l'épuisement du personnel.

La reconnaissance : Les occasions de reconnaissance sont rares et fragiles, selon les cadres gestionnaires infirmiers. Ils rapportent un sentiment d'abandon, ne recevant que trop rarement des gestes ou des témoignages de gratification. Ils se disent démotivés et

2. Ce cadre de référence a été développé, à l'origine, dans le cadre du programme de recherche «Recherche-intervention évaluative visant l'optimisation psychosocial de travail du personnel soignant» (RIPOST) financé par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS). Renée Bourbonnais est la chercheure principale et responsable du projet assistée d'une équipe multidisciplinaire de chercheurs et de représentants des milieux : Michel Vézina*, Pierre Durand, Chantal Viens*, Alain Vinet*, Chantal Brisson, Louise Dicaire, Pauline Bégin, Louis Blanchette et Denise Lévesque-Boudreault.

démobilisés par le contexte professionnel, administratif et politique. De plus, les opportunités d'avancement sont rares. Les gestionnaires compensent le vide de reconnaissance en utilisant l'introspection et en se revalorisant eux-mêmes.

«*L'estime, c'est l'estime de soi parce qu'on se connaît très bien, la plupart des fois on n'est pas trop estimé par le cadre ou par ceux qui sont supérieurs*».

La prévisibilité : Les cadres gestionnaires rapportent une insécurité face à la stabilité de leur emploi, principalement dans les établissements privés. L'accès à l'information en temps opportun est un problème rapporté par les participants. Les obstacles à l'optimisation de la dimension de la prévisibilité sont doubles : la hiérarchisation centralisée des informations et la sélection des informations réparties.

Le sens : Les cadres gestionnaires infirmiers sont motivés par le caractère humain de leur profession, en tant qu'infirmier et en tant que gestionnaire.

«*Notre carrière est très humaine. On est personnellement content, un travail qui peut englober toute notre vie même en famille*».

Toutefois, cet amour du travail n'est pas partagé par tous. Quelques participants rapportent venir travailler par obligation morale ou par conscience professionnelle. L'obstacle principal à l'optimisation du sens du travail, rapportée par les cadres gestionnaires, est l'absence de valorisation de leur travail.

La relation avec la clientèle : Les cadres gestionnaires rapportent que la satisfaction de cette dimension de leur travail est conditionnée par la satisfaction des besoins de la clientèle et du personnel. Les attitudes d'hostilité, d'agressivité, ou les comportements négatifs sont des obstacles à l'optimisation de cette dimension du travail.

«*Moi, je travaille dans un service où on se fait agresser assez facilement, c'est le service des urgences. Si un patient attend 5-10 minutes de plus, il nous agresse, et moi je suis tout le temps stressé...».*

L'environnement physique et esthétique du travail : Cette dimension est souffrante, selon les participants. Le manque d'espace physique de travail et la non disponibilité du matériel nécessaire pour leur travail sont les principaux obstacles.

«*Trop étroit, il n'y a pas un bureau pour les cadres dans tous les services. On est bien équipé! Il y a une place pour les appareils et pas pour nous : ils ont mis les appareils à notre place*» !

Ainsi, les dimensions les plus souffrantes telles que décrites par les cadres gestionnaires participants sont la demande psychologique du travail, la reconnaissance et la prévisibilité. Les dimensions fragilisées par le contexte du travail sont la relation avec la clientèle, le soutien social et l'environnement physique et l'esthétique. Les dimensions les moins atteintes, lors de nos entrevues, sont la latitude décisionnelle et le sens du travail, quoiqu'elles sont en voie d'altération et pourraient bientôt se retrouvées fragilisées si rien n'est fait pour contrer la détérioration de l'environnement de travail des cadres gestionnaires.

Toutefois, les dimensions qui ont été considérées comme gratifiantes pour les cadres gestionnaires sont la liberté décisionnelle, la valorisation par soi-même et par le personnel et le fait de percevoir la profession sous un angle humain. De plus, le soutien reçu de la direction et par la famille motivent les cadres gestionnaires à persévérer malgré toutes les difficultés rencontrées dans leur travail (cf figure 1 : schéma des dimensions de l'environnement psychosocial du travail).

Retombées

Enfin, les cadres gestionnaires infirmiers rencontrés ont apporté des solutions dynamiques pour améliorer leur environnement de travail, telles que : mettre l'emphase sur la formation continue des cadres gestionnaires infirmiers, avoir des occasions formelles de reconnaissance du travail, requérir une écoute active de la part des supérieurs immédiats, avoir un espace pour soi, recevoir des informations pertinentes en contenu et en temps, améliorer les conditions de travail (le salaire, la charge équilibré et équitable de travail) et participer à la promotion de la profession infirmière.

Les retombées de cette recherche sont multiples. En plus de mieux connaître, pour la première fois la perception des cadres gestionnaires infirmiers libanais envers leur environnement de travail, plusieurs recommandations peuvent être retenues de cette étude.

Premièrement, au niveau de la pratique infirmière, il serait bon d'actualiser le rôle du cadre gestionnaire infirmier dans les organisations de santé avec le contexte actuel des soins et des services infirmiers. De plus, une connaissance en profondeur du rôle de cadre gestionnaire est nécessaire dans les milieux. Est-ce que le rôle contemporain de cadre gestionnaire est bien compris de tous les intervenants, des médecins, des étudiants, des patients et de leurs familles? Ces initiatives permettraient d'optimiser les dimensions de reconnaissance, de soutien social et de demande psychologique du travail des cadres gestionnaires.

Au niveau de la formation infirmière, les curriculums des programmes, tant à la formation initiale infirmière qu'à la formation supérieure, devrait comprendre des cours obligatoires en gestion pour aider les futures infirmières et maîtres à comprendre le rôle de cadre gestionnaire. De plus, les cours des programmes de Master pourraient être bonifiés pour approfondir les notions de base sur la gestion administrative et sur la gestion des émotions personnelles des futurs leaders du Liban.

Enfin, cette recherche sur un sujet novateur mérite d'être plus approfondie. Par exemple, il serait intéressant de connaître les comparaisons et les différences impliquant la notion de l'environnement psychosocial du travail entre les cadres gestionnaires provenant des établissements publics et ceux privés. S'inspirant des travaux amorcés au Québec, il serait aussi intéressant de valider les stratégies nord-américaines pouvant optimiser l'environnement de travail des cadres gestionnaires auprès des cadres libanais.

Les témoignages des 60 gestionnaires cadres

participants dressent un portait des aspects positifs et des aspects négatifs de leur travail. Que ce soient des attitudes à améliorer chez le personnel ou dans l'entourage des gestionnaires cadres ou de dimensions proprement matérielles, il importe de s'attarder à optimiser l'environnement de travail des cadres gestionnaires

libanais. La priorisation et l'application d'actions tangibles paraissent des mesures incontournables pour les établissements libanais qui veulent prendre soin de leurs cadres gestionnaires.

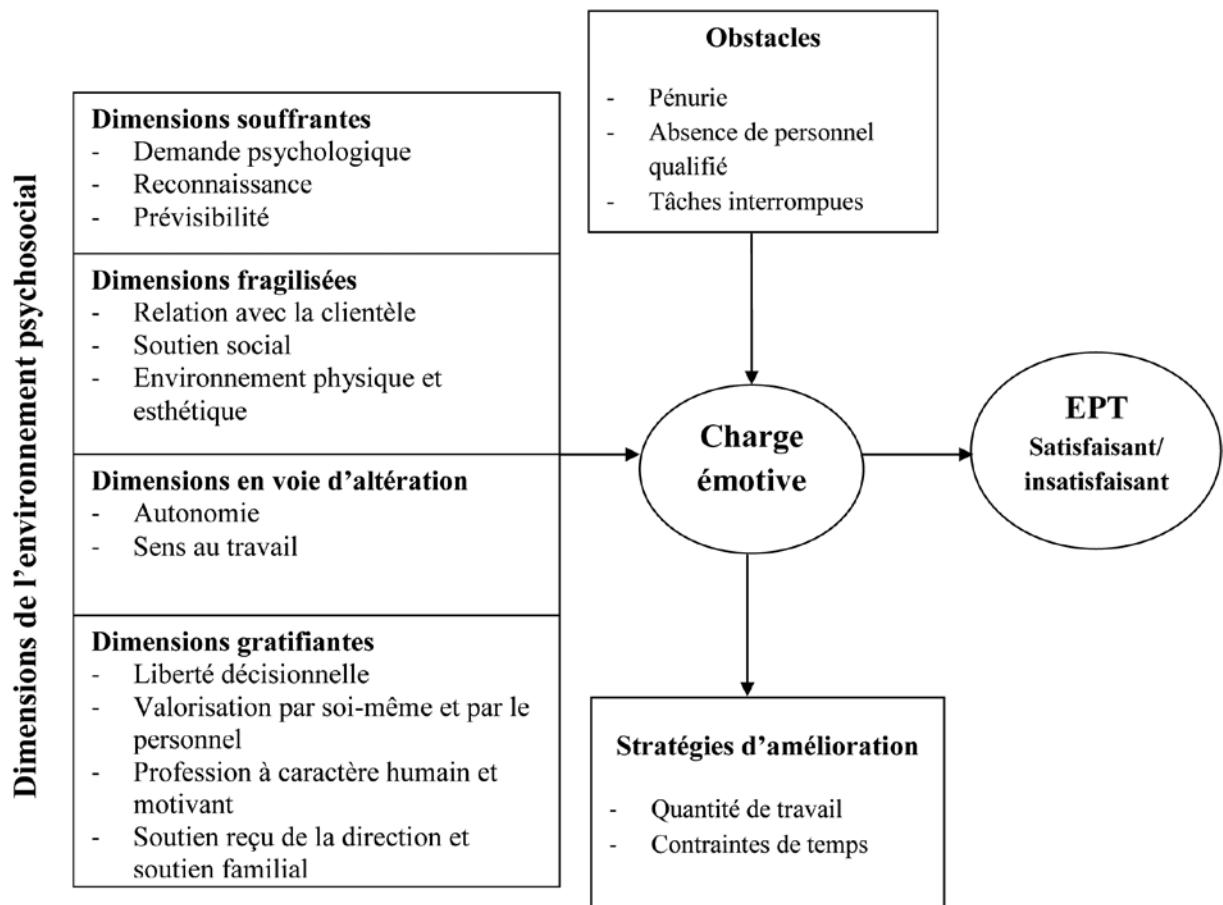
Références

- Carpentier-Roy, M.-C. (1995). Corps et âme, psychopathologie du travail infirmier. Montréal: Liber.
- El-Jardali, F., Dumit, N., Jamal, D., Mouro, G. (2008). Migration of Lebanese nurses : a questionnaire survey and secondary data analysis. International Journal of Nursing Studies, 45, 1490-5000
- Johnson, J. V., & Hall, E. M. (1988). Job strain, workplace social support, and cardiovascular disease: A cross-sectional study of a random sample of the Swedish working population. American Journal of Public Health, 78, 1336-1342.
- Karasek, R., & Theorell, T. (1990). Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life. New York: Basic Books.
- Knodel, J. (1993). The Design and analysis of focus group studies: A practical approach. In D.L.Morgan (Ed.), Successful focus groups: advancing the state of the art (pp. 35-51). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Kristensen, T. S. (1999). Challenges for research and prevention in relation to work and cardiovascular diseases. Scandinavian Journal of Work, Environment, and Health, 25, 550-557.
- Mayrand Leclerc, M. (2001). Quels sont les liens et les écarts entre les dimensions et les caractéristiques organisationnelles des «Magnet Hospitals» et les dimensions de l'environnement psychosocial du travail optimum? Examen de doctorat. Doctorat Université Laval, Québec.
- Mayrand Leclerc, M. (2006a). Descriptions et stratégies optimisant l'environnement psychosocial du travail des chefs d'unité(s) de soins infirmiers dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés de la région de Montréal. Thèse de doctorat. Université Laval.
- Mayrand Leclerc, M., Lavoie-Tremblay, M., Viens, C. (2006b). L'environnement psychosocial des cadres gestionnaires infirmiers, dans Delmas, P. et Mayrand Leclerc, M. (Éds). Sortir du management panique Tome 1: Préserver la santé des cadres et promouvoir celle de leur équipe. Paris: Éditions Lamarre. Chapitre 6, 106-118
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. Journal of Occupational Health Psychology, 1, 27-41.
- Stordeur S., D'hoore, W. et Vandenberghe, C. (2001). Leadership, organizational stress, and emotional exhaustion among hospital nursing staff. Journal of Advanced Nursing, 35, 533-542.
- Viens, C., Lavoie-Tremblay, M., Mayrand Leclerc, M., & Hamelin-Brabant, L. (2005). New approaches of organizing care and work: giving way to participation, mobilization and innovation. The Health Care Manager, 24, 150-158.

Tableau 1: Profil des cadres gestionnaires libanais, n = 60

Variables	Moyenne	Écart-type
Age Moyen	38 ans	± 6
Années d'expérience		
Poste actuel	7,27	±5,72
Gestionnaire	7,55	±4,88
Comme personnel	14,94	±6,05

Figure 1 : Schématisation des dimensions de l'environnement psychosocial de travail (EPT)



Running head: Readiness to EHR adoption

Abdellatif M. Marini

Abdellatif M. Marini, BSN, MS.

Department of Quality Management.

Quality Management Specialist at King Abdul-Aziz Medical City-National Guard Health Affairs. Riyadh, Kingdom of Saudi Arabia.

mariniab@ngha.med.sa

Abstract

Successful transition from paper-based charts to an electronic health record (EHR) requires organization-wide commitment, significant process change and ample human and financial resources. As with implementation of any information technology that automates a workflow process, readiness for EHR adoption is extremely important. Lack of organization-wide readiness has been a major contributor to the overwhelmingly high failure rate of EHR adoptions throughout the health care industry. This article will highlight the importance of the readiness assessment and introduce the EHR readiness assessment tool adopted by Center of Medicare and Medicaid Services (CMS).

Keywords: EHR, Readiness Assessment tool, EHR implementation.

Readiness to EHR adoption: Assess your hospital.

The first question for any hospital to ask itself is “why do we need an EHR?” For the clinical staff it may be an improvement in managing a particular patient population. For the clerical staff it may be improved processes and a decrease in duplication. For finance it may be improved coding and revenue cycle improvements. For quality management it may be improved processes for carrying out performance improvement activities. For administration it may be the ability to finally have a dashboard where they can have a quick view to monitor the organization’s overall performance and provide the ability to be proactive instead of reactive in their actions.

The only wrong answer is “we just want a computer system – everyone else is implementing one!” Your answer shall determine whether or not an EHR is the right decision for your setting at the moment. If the hospital is considering EHR adoption, the leadership should discuss this question thoroughly and document specific, measurable EHR-related goals that will drive the EHR adoption process (Vaughan, n.d.).

The second question might be “why a readiness assessment?” Briefly, investing in EHR implementation is risky since it touches all the care delivery process, costly (in terms of servers cost, machines, training, maintenance...), and the risk of failure is high. The U.S. Office of the National Coordinator for Health IT reported that more than 50% of EHR implementations failed in 2007 (Gaud, 2005).

The question then becomes, “what does readiness really mean?” This is a complex but relatively simple question to answer. The Maryland Health Care Commission (MHCC) collaboratively with the Centers for Medicare

and Medicaid Services (CMS) recommend evaluating your hospital’s readiness for EHR in four areas: Organizational Culture, Management and Leadership, Operational, and Technical (CMS, 2011).

If your hospital is considering implementing an EHR and have not completed an assessment of your practice, you can review one of the most comprehensive EHR readiness assessment tool developed by the Doctor’s Office Quality –Information Technology program (DOQ-IT) that examines a practices’ readiness to implement an EHR. The tool is located on the MHCC website at: <http://mhcc.maryland.gov/electronichealth/ehr/cchitehrvendors.html>

The tool allows the practice to perform a self-evaluation and assess the level of readiness in implementing an EHR. With a more accurate view of your level of preparedness, the hospital can use this as a guide to plan and enhance the various stages along the implementation process.

The readiness assessment tool is divided into four sections: Organizational Culture, Management and Leadership, Operational, and Technical. Each section addresses a series of criteria regarding a practice’s level of readiness, and categorizes the response into one of three stages of readiness: highly prepared, moderately prepared, and not prepared. The tool will identify those areas where the hospital can place additional focus and resources to help move those criteria from not prepared or moderately prepared to highly prepared. The practice should be objective and fair in assessing its level of readiness, and conduct periodic reviews of the readiness assessment to make adjustments to its EHR implementation process (CMS, 2011).



Figure 1.Illustration of the four sections of the readiness assessment tool.

The following provides a breakdown on the criteria for each of the four sections in the readiness assessment tool (CMS, 2011):

Organizational Culture section examines the involvement of staff and patients:

- What is the overall perception of an EHR?
- What is the physician involvement in selecting and implementing an EHR?
- What is the staff involvement in selecting and implementing an EHR?
- What is the patient involvement?
- What are the plans to improve the patient experience in implementing an EHR?
- Is there a communication process that addresses patient interaction and editing of information?
- Is there a project plan with milestones, timeline and deliverables?

Management and Leadership section reviews the management and leadership involvement and planning in the EHR adoption process:

- Does the practice have an Executive team and are they involved in the process?
- How does the practice view the cost of the EHR and is there a budget for purchasing the EHR?
- Is there a strategic plan?
- Is there a quality improvement plan?
- Is there a care management component that looks at quality measures?

Operational section considers the day to day operation of the practice and the changes that occur when implementing an EHR:

- Has the practice addressed workflow redesign and defined the processes needed to address the new workflow?
- Is there a care management strategy that explores improving patient outcomes through care management?
- Are there security policies and procedures in place?
- What involvement does the practice have in managing the vendor relationship?
- Has the practice addressed staffing plans needed during implementation?
- Has the practice addressed training plans and programs necessary for staff during implementation of the EHR?

Technical section analyzes the infrastructure, integration of existing technology, and the information technology (IT)

staff needs for the implementation:

- Has the practice examined their current systems to integrate them into the EHR implementation process?
- Has the practice identified any new hardware needs, and do they have a plan to purchase and install the new hardware?
- Does the practice have an IT staff, and has the staff been appropriately trained on the EHR?

If your hospital is not sufficiently ready in any one of the above categories, management should not begin analyzing EHR products. They should, instead, determine priorities and criteria from each of the four major areas for incorporation into the planning and selection process. EHR readiness assessment can help the organization identify and develop strategies to address common issues such as: lack of or insufficient necessary technical (IT) skills, poor IT infrastructure, outdated or missing procedures addressing clinical and nonclinical processes, insufficient knowledge or understanding of the EHR marketplace (Gaud, 2005).

Tips for success

Lardiere (2008) argues that prior to implementing any HIT initiative it is important to conduct a need assessment. Gaud (2005) in his presentation titled “Are you ready for an electronic health record?” stressed on the importance of needs assessment prior to EHR implementation and shared some strategies for success: The hospital shall see this project as continuous project for improvement and understand that this is not an IT project, but an interdisciplinary project that covers the entire organization and will impact the whole workplace processes. Be aware that the organization needs to scrutinize its current workflows and not duplicate a bad paper system with a bad electronic system. Remember to assess the staff regarding their computer competencies, ability to follow screen prompts, attitude towards change and technology and address effectively any resistance to change (Gaud, 2005). Sittig stated that one of the most important lessons that people working in this field have discovered is that people-based skills (cooperation, leadership, creative thinking) are as important as the technology itself for EHR success” (as cited by Lorenzi et al., 2009, p. 5).

References

- Center of Medicare and Medicaid Services (CMS). (2011). EHR Readiness Assessment. DOQ-IT University retrieved via http://www.healthinsight.org/Internal/REC_Event_Resources/MU_Boot_Camp_Materials_Resources/EHR%20Readiness%20Assessment.pdf.
- Gaud, W. (2005). Are you ready for an electronic health record?. In Will Gaud & Associates (Eds.), 2005 Annual Convention & Community Health Institute. Retrieved from http://www.chcanys.org/clientuploads/downloads/Clinical_resources/EHR_Articles/EHRReadiness.pdf
- Lardiere, R. M. (2008). An Introduction to Health Information Technology (HIT) and Best Practices for Implementation. HRSA Webinar “Health Information Technology: A Primer.”
- Lorenzi N., Kouroubali A., Detmer D., Bloomrosen M. (2009). How to Successfully Select and Implement Electronic Health Records (EHR) in Small Ambulatory Practice Settings. BMC Medical Informatics and Decision Making, 9(15), 245-258.
- Vaughan M., J. (n.d.). California community clinics EHR assessment and readiness. Retrieved from http://www.nachc.org/client/EHR_Starter_Assessment_final.pdf

A heart failure clinic in Lebanon: Proposal and recommendations

Angela Massouh

Angela Massouh, RN, BSN,

MScN

Assistant Clinical Instructor
AUB- School of Nursing

am50@aub.edu.lb

Abstract

Heart failure is a chronic, progressive disease that is characterized by frequent hospital admissions and ultimately high mortality rates.

Knowing the striking prevalence and mortality of heart failure, disease management programs have evolved as a potential means to improve the care and clinical outcomes for heart failure patients, as well as to control the rising cost of heart failure care and improve heart failure morbidity and mortality.

In an effort to change the pattern of readmission and to more closely monitor discharged patients with heart failure; this paper proposes a hospital affiliated heart failure clinic (HFC) in Lebanon that can provide follow up and adequate education for patients, with the aim of improving quality of care and reducing admissions.

The model we propose is a nurse facilitated/ coordinated clinic that includes overall direction by a medical doctor and direct patient care management by an advanced practice nurse and a cardiologist specialized in heart failure. Thus the proposed heart failure clinic shall include a medical director, a heart failure cardiologist, an advanced practice nurse, a community nurse, a dietician, and a physical therapist.

The proposed heart failure clinic is based on the concept that a multidisciplinary team approach is needed in managing heart failure patients because of the identified benefits of such teams as documented in the literature and the numerous barriers to effective heart failure management.

The multidisciplinary team can optimally diagnose, review, prescribe treatment, and educate patients and their families about medication use as well as lifestyle changes necessary to be initiated.

Background on heart failure

Heart failure, the only cardiovascular disease with increasing incidence and prevalence, is one of the most prevalent chronic conditions (Crowther, 2003). Heart failure, a multifaceted syndrome, is characterized by dysfunction in the cardiac cycle and is manifested by fluid retention, dyspnea, and progressive fatigue (Prendergast & Bunney, 2005).

The prevalence of heart failure doubles with each decade of ageing (Hobbs, 1999). Omran (2001) describes the epidemiological move in developing countries that involves the shift from pandemics of infection to degenerative and chronic diseases. This type of transition places developing countries, including Lebanon, at risk for new health problems. As noted above, coronary artery disease (CAD) is emerging as a cause of heart failure as countries undergo the epidemiological transition (Omran, 2001). With this transition, CAD and subsequently heart failure's prevalence is increasing.

Heart failure is a chronic, progressive disease that is characterized by frequent hospital admissions and ultimately high mortality rates. The Framingham Heart

Study showed that once patients are diagnosed with heart failure, the six year mortality rate was four folds greater than in the general population with the same age (Moser & Worster, 2000).

Heart failure Management in Lebanon

The Lebanese literature lacks published research on heart failure. Research reports in Lebanon tackle cardiovascular disease and cardiovascular risk factors. According to the WHO's 2002 report, the top ten causes of death in Lebanon include many cardiovascular diseases that may have been associated with heart failure. The number one cause of death is ischemic heart disease, the fourth cause of death is hypertension, and the ninth cause of death is inflammatory heart disease. Ischemic heart disease causes 23% of all deaths in Lebanon (WHO, 2002).

Moreover, according to the 2006 statistical Bulletin of the Lebanese Ministry of Health, out of 213,496 individuals that were diagnosed and treated in public hospitals over one year, the most frequent admission diagnosis was

ischemic heart diseases (14,029 patients), and 5,301 hospitalized patients were diagnosed with hypertension (Statistical Bulletin, 2006).

At present health insurance in Lebanon faces so many problems. The approach to health insurance is a mixed public-private system. The majority of people are covered by the government; others have private insurance; and some have no insurance coverage at all.

In principle, the government covers all heart failure associated healthcare costs when the patients are hospitalized. The National Social Security Fund (NSSF), a private institution associated with the government through representation from the ministries of health and finance and supervised by the ministry of social affairs, covers 80% of the hospital bill for each hospital admission. Due to the current situation in the country and resultant financial problems in the NSSF, its reimbursement to hospitals is not timely and so the number of hospital beds allocated for NSSF patients is reduced in some hospitals. Nevertheless, the NSSF also covers medications prescribed on outpatient basis.

Heart Failure Clinic in Lebanon

This paper proposes a heart failure clinic (HFC) that can provide optimal follow up and adequate education for patients, with the aim of decreasing emergency room visits, hospital readmissions, length of stay for readmissions, and total costs as well as increasing quality of care, functional capacity, and quality of care.

The overriding concern to improve treatment through ongoing vigilant management of this costly, intricate chronic illness has led to the development of outpatient HFCs (Deaton & Grady, 2004). Literature confirms that disease management programs that consisted of a comprehensive hospital discharge planning, easy availability for consultations, and close follow-up at a HFC prolonged time to first event, reduced hospital readmissions, as well as improved survival and quality of life (QOL) of life of patients hospitalized for heart failure, while reducing cost of management (Atienza et al., 2004).

In a Meta-analysis, Gonseth, Castill, Banegas, and Artalego (2004) evaluated the published evidence regarding the effectiveness of disease management programs in reducing hospital readmissions among elderly patients with heart failure. The Meta-analysis included 54 studies, with 27 randomized and 27 nonrandomized controlled trials. Randomized studies consistently showed that, in comparison with usual care, disease management programs reduced the frequency of readmission for heart failure or cardiovascular disease by 30%, all-cause readmission by 12% and the combined event of readmission or death by 18%.

Many models can be adopted to initiate such a center in Lebanon. We propose a nurse facilitated/ coordinated

clinic that includes overall direction by a medical doctor and direct patient care management by an advanced practice nurse (APN) and a cardiologist specialized in heart failure. Thus the proposed HFC shall include a medical director, a heart failure cardiologist, an APN, a community nurse, a dietician, and a physical therapist.

The HFC medical director is consulted primarily for business or medical advice, a second medical opinion, and case review for quality assurance. He/she plans quality assurance meetings on a monthly basis, where the APN and the heart failure cardiologist present their cases for quality review. Moreover, this board solves and responds to administrative concerns within the cardiology department, approves clinical guidelines, and coordinates interdepartmental collaboration.

The heart failure attending cardiologist, on the other hand, is responsible for the coordination of care, management of individual patients, disease management, evaluation and treatment of comorbidities, and collaboration with primary physicians.

The heart failure APN has a major role in educating and counseling patients and their families and in helping patients when they present with signs or symptoms of deterioration. The APN acts as an independent care-provider who fully assesses the patient and along with the heart failure attending cardiologist prescribes a holistic plan, which is then implemented by the APN who in turn can consult with the multidisciplinary team members. Nonpharmacological interventions are guided by the APN. These include acquisition and distribution of adherence aides (such as pill boxes, pill splitters, and weight scales), provision of literature (leaflets, pamphlets, and books) on a variety of heart failure topics, and aggressive patient education, available through the hospital's multidisciplinary resources.

The APN also consults, reinforces, and directs the care provided by a heart failure community nurse, a dietician, a physical therapist, and a psychologist.

The heart failure community nurse, who holds a Bachelor's degree in Nursing with clinical experience in cardiology, works closely with the APN in order to reinforce prescribed medications. S/he can help the patient to learn to live with the consequences of heart failure, which means: comply with a regimen concerning medication, diet and exercise, monitor symptoms, seek assistance when symptoms occur, and take relevant actions in case of exacerbation. The heart failure community nurse is also involved with telephonic follow up and the counseling of patients. Telephone calls are made to monitor patients for diet adherence, drug adherence, weight control, symptoms, and physical activity. Any problems encountered by the patients would be detected early and managed utilizing the algorithms developed based on evidence-based guidelines. More difficult problems would then be referred to the HFC where the patient could be assessed by the APN and the heart failure cardiologist.

In the proposed HFC, a comprehensive case management support includes a dietitian, and a physical therapist. A dietitian is always present on consultation basis. The dietitian evaluates dietary intake, formulates tailored advice in regard to specific patient needs, and helps patients to improve adherence with a prescribed nutrition recommendation. Most essential is the introduction and emphasis on the concept of a healthy body weight. Weight reduction in obese heart failure patients can be a complex issue needing specialized guidance by a dietitian.

A physical therapist that is also available on consultation basis can advise the patient with heart failure on reconditioning and training, and also give practical advice on energy conservation.

The outpatient HFC is primarily responsible for two groups of patients, those who have been newly diagnosed with heart failure, and those with severe heart failure (New York Heart Association class III and IV) who have been discharged from the hospital. New York Heart Association Class II (NYHA) patients are only seen in the HFC following an acute exacerbation. The HFC provides a structured follow up to assure optimal medication management and educational activities to both groups of heart failure patients.

Newly diagnosed as well as hospitalized chronic heart failure patients referred to the clinic are seen by the APN at the time of hospital discharge. The purpose of this visit is an early evaluation of the patient's condition and to early detect worsening symptoms. It is recommended that the APN is consulted during the patient's hospitalization or physician office visit. The APN reviews the patient's chart, makes the initial patient contact, and provides basic information about heart failure control and about the HFC. An appointment is given for an initial visit to the HFC after hospital discharge. For early follow up of patients, the first visit is usually scheduled two to three weeks after discharge for those patients newly diagnosed with heart failure. If the patient had been hospitalized following an exacerbation, then the next visit is scheduled within one week of discharge.

Admission Processes in the Heart Failure Clinic

The patient is first seen by the APN who performs a thorough physical examination of the patient, completes a thorough system review, and then creates a HFC electronic medical record. Complete vital signs, weight, edema level, full history, and revision of medication lists are performed and documented. The APN does a knowledge pretest on pertinent self-care behaviors.

NYHA determination is essential to heart failure patients and measured on every subsequent visit. NYHA provides baseline information on the functional capacity of the heart failure patient. Heart failure patients are classified according to the NYHA into four classes (Hunt et al.,

2005), depending on the degree of effort needed to elicit symptoms: patients may have symptoms of heart failure at rest in class IV, on minimal exertion in class III, on ordinary exertion in class II, or only at levels of exertion that would limit normal individuals in class I (Hunt et al., 2005).

Exercise capacity, a determinant of functional capacity of heart failure patients, is also measured by a 6-minutes' walk test (6MWT) that is also repeated at every visit. The results of the 6MWT are used to assess the functional capability of heart failure patients.

Self-care behaviors, which are predeterminants of self-care management, are assessed through the European Heart Failure Self-care Behavior Scale (EHFScBS) that is performed every three months (Jaarsma, Stromberg, Martensson, and Dracup, 2003).

Baseline knowledge assessment is a means to evaluate the effect of the patient education. A knowledge pretest is performed to assess knowledge on heart failure care principles. The test is developed by the APN based on heart failure commonly knownself-care behaviors.

Quality of life is assessed using the Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire (MLWHF-Q) every six months (Middel, Bouma, Jongste, Sonderen, Niemeijer, and Heuvel, 2001).

The patient is then seen by the heart failure attending cardiologist who validates the assessment of the APN and reviews the treatment guidelines. Laboratory data and clinical diagnostic tests are reviewed. If current treatment is deemed inappropriate, then the APN and the cardiologist agree on the needed change in accordance with clinical guidelines prepared by the APN and the cardiologist, and based on recent American Heart Association (AHA) guidelines. A plan of care is devised and the APN is responsible to consult with all needed disciplines to achieve the predetermined outcomes that were agreed on. The APN can consult the multidisciplinary team members that include a heart failure community nurse and dietitian.

Patient education, which is a shared responsibility of the heart failure community nurse and the APN, is individualized, including both written and verbal information. Thus each patient receives educational materials, including a heart failure booklet based on the AHA guidelines, including weight logs, self-care activities summary sheets, and medication lists. This module is initiated by the APN and then reinforced by the heart failure community nurse on each subsequent visit. Weight scales and pillboxes are made available as needed. The self-care topics emphasized include adherence to medication regimen, diet and fluid recommendations, daily monitoring of weight and edema, and heart failure symptoms and their management.

Evaluation and Compliance.

The heart failure model that we adopted includes all the aspects mandated by Crowther (2003) who stated that a successful outpatient health care delivery system must include the following:

- A physician-directed care with assistance from nurse coordinators in patient management
- An intensive, comprehensive patient and family/caregiver education about heart failure
- Vigilant and frequent follow-up after hospital discharge
- Optimization of medical therapy with published guidelines based on large-scale randomized, controlled clinical trials

- Increased access to healthcare professionals for problems by “walk-in” appointments
- Early attention to signs and symptoms of fluid overload
- Supplementation of in-hospital education with outpatient education
- Attention to behavioral strategies to increase compliance
- Emphasis on addressing personal, financial, and social barriers to compliance.

References

- Atienza, F., Anguita, M., Alzamora, N.M., Osca, J., Ojeda, S., and Almenar, L. et al. (2004). Multicenter randomized trial of a comprehensive hospital discharge and outpatient heart failure management program. *The European Journal of Heart Failure*, 6, 643– 652.
- Crowther, M. (2003). Optimal Management of Outpatients with Heart Failure Using Advanced Practice Nurses in a Hospital-Based HeartFailureCenter. *Journal of the AmericanAcademy of Nurse Practitioners*, 15 (6), 260-265.
- Deaton, C., & Grady, K. L. (2004). State of the science for cardiovascular nursing outcomes. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 19 (5),329-338.
- Gonseth, J., Castill, P.G., Banegas, J.R., & Artalejo, F.R. (2004). The effectiveness of disease management programmes in reducing hospital re-admission in older patients with heart failure: a systematic review and meta-analysis of published reports. *European Heart Journal*, 25, 1570–1595.
- Hunt, S.A., Abraham, W., Chin, M.T., Feldman, A.M., Francis, G.S., Ganiats, T.G., et al. (2005). ACC/AHA 2005 Guideline Update for the Diagnosis and management of Chronic Heart failure in the Adult. [Electronic version]. *Circulation*, 112, 154-235. Retrieved April 20, 2005 from <http://www.acc.org>.
- Jaarsma, T., Stromberg, A., Martensson, J., &Dracup, K. (2003). Development and testing of the European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale. *European Journal of Heart Failure*, 5, 363-370.
- Middel, B., Bouma, J., Jongste, M., Sonderen, E., Niemeijer, G.M., &Heuvel, W. (2001). Psychometric properties of Minnesota Living with Heart Failure Questionnaire, *Clinical Rehabilitation*, 15, 489–500.
- Ministry of Health. (2006). Statistical Bulletin, Lebanon.
- Moser, D.K., & Worster, P.L. (2000). Effect of psychological factors on Physiological outcomes in patients with heart failure. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 14(4), 106–115.
- Prendergast, H.M., & Bunney, E.B. (2005). Management of chronic heart failure: An old disease with a new face. *Emergency Medicine Australia*, 143-151.
- World Health Organization. (2002). Innovative care for chronic conditions. In *Building blocks for action: Global report*. Geneva: WHO. (3), 358–369.

La coordination entre Infirmiers-ères et autres professionnels-les du milieu hospitalier et ses conséquences pour la formation professionnelle

Nicole Nadot Ghanem

**Nicole Nadot Ghanem,
infirmière, master science et
DESS**

Doctorante à l'université de Genève, professeure en science infirmière et experte en analyse du travail, chercheure cheffe de projet (FNS) Haute école de santé de Fribourg (Suisse).

Nicole.nadot@hefr.ch

Résumé

L'objectif poursuivi dans cette recherche est de révéler le mécanisme de la coordination et les compétences déployées par les infirmières et autres professionnels du milieu hospitalier. Après soumission à un comité d'éthique, des observations filmées et des entretiens d'auto-confrontation ont été menés auprès d'une population composée d'infirmières et de leurs assistantes, de médecins et de physiothérapeutes. Nous avons mis en évidences quelques caractéristiques et obstacles à la coordination ainsi que les régulations réalisées par les professionnels afin d'assurer la qualité et l'efficacité des soins. Ils nous permettront d'émettre des propositions pour la formation initiale et continue.

Mots-clés: Coordination – hôpital- travail collectif- rôle professionnel infirmier- compétences- formation

Introduction

Le manque de coordination entre professionnels de la santé peut entraîner des dysfonctionnements au niveau du travail de l'équipe pluridisciplinaire. Nous savons à la suite de (Strauss, 1992) que le travail en milieu hospitalier est un travail collectif qui s'articule autour des trajectoires des personnes soignées et, qui, pour répondre à leurs besoins suppose collaboration et coordination des activités des différents professionnels impliqués. Ces aspects sont parties intégrantes de l'environnement des soins qui influent sur leur qualité, la mortalité, la morbidité et l'efficacité (Aiken et Patrician, 2000; Schubert et al., 2008, Lucero et al., 2009). Par ailleurs, l'articulation ou coordination, dimension spécifique de l'activité des infirmières, n'est ni pensée, ni parlée, ni représentée en tant que composante des modèles professionnels et de la définition de l'activité (Grosjean et Lacoste 1999). Le «soin des malades», image représentative de la profession infirmière, ne prend pas en compte la totalité des prestations fournies au système de santé et devrait ainsi être remplacée en fonction du rôle que ces professionnelles jouent effectivement: celui d'intermédiaire entre différents partenaires. En effet, c'est une erreur de croire que les prestations de service des infirmières sont pas au service exclusif des patients alors que l'une de leurs fonctions est d'être «intermédiaire» entre: l'institution, le corps médical, les personnes soignées et leur entourage (Allen, 2004;

Benner, Hooper-Kyriakidis&Stannard, 1999; Lanza et al. 2002, 2004 ; Nadot 2002, 2008, Theureau, 1993; Tucker &Spears, 2006). En outre, la revue de littérature nous révèle que les déficiences de la communication et de la collaboration entre professionnels de santé ont un impact négatif sur la performance et l'efficience des soignants au travail et sur l'amélioration de l'état de santé des patients (Fagin, 1992 ; Makary&al. 2006 ; Rosenstein&al. 2005).

Objectif de la recherche

Notre recherche, évaluée et financée par le Fonds National Suisse de la recherche scientifique (FNS) porte sur la coordination interindividuelle entre les membres d'une équipe de soignants en milieu hospitalier. Cette étude s'inscrit dans le cadre théorique et méthodologique du cours d'action (Theureau, 2004, 2006) qui permet d'appréhender la construction de l'activité collective à partir des significations construites par chacun des acteurs au cours de leurs interactions en situation.

Il s'agit en fait, de caractériser la manière dont l'activité collective émerge sur la base des articulations des activités individuelles au sein de deux hôpitaux suisses et de faire des propositions pour la formation bachelor of science HES-SO en science infirmière.

Question de recherche

Dans un univers hospitalier connu pour être très complexe, mouvant et mobilisant de nombreux professionnels autour des trajectoires des personnes soignées, quelles

sont les formes, les caractéristiques et les mécanismes de la coordination au sein d'équipes pluridisciplinaires d'unités de soins de chirurgie ?

Méthode

Le devis de la recherche se présente sous forme descriptive et qualitative à perspective heuristique. Le contexte de la recherche est représenté par deux hôpitaux fribourgeois, l'un pouvant accueillir 250 patients et l'autre 100. Les unités concernées étaient quatre unités de chirurgie pouvant accueillir entre 15 et 18 patients chacune. La population concernée par cette étude était composée de quatre Infirmières volontaires en interaction (face à face) avec :

- a) les membres de l'équipe « restreinte » composée des autres infirmières de l'unité, des assistantes en soins et santé communautaire de l'unité (ASSC), du médecin-assistant et étudiant-e (BSc) ou apprenti-e (ASSC)
- b) les membres de l'équipe « élargie », composée du chef de clinique, de l'anesthésiste, de l'infirmière de liaison, du physiothérapeute et de la diététicienne.

La recherche s'inscrit naturellement dans une démarche éthique et consentement éclairé des participants. Le projet a été soumis à une commission d'éthique interhospitalière.

Deux types de recueil de données sont à l'œuvre :

- a) des données d'enregistrement vidéo pendant quatre matinées et quatre après-midi de travail des infirmières observées
- b) des données d'auto-confrontations.

Les données d'enregistrement vidéo ont été recueillies, à l'aide d'une caméra numérique. Les chercheurs suivaient l'infirmière observée dans toutes ses activités et dans tous ses déplacements. L'angle de prise de vue était constamment adapté de façon à suivre les mouvements et les interactions avec les autres professionnels de la santé.

Le cadre de référence scientifique et méthodologique propose l'objet théorique « cours d'action » comme une réduction acceptable de l'activité d'un professionnel pour son étude: le cours d'action est « l'activité d'un (ou plusieurs) acteur(s) engagé(s), qui est significative pour ce(s) dernier(s), c'est-à-dire montrable, racontable et commentable par lui (ou eux) à tout instant, moyennant des conditions favorables» (Theureau, 2004, p. 48). La définition de cet objet théorique est fondée sur le postulat que ce niveau de l'activité (le montrable, racontable et commentable par l'acteur) peut donner lieu à des observations, descriptions et explications valides et utiles. Le cadre sémiologique du cours d'action part de l'hypothèse selon laquelle l'activité d'un acteur peut être considérée comme une succession d'interprétations de la situation dans laquelle il évolue. L'activité collective est appréhendée en considérant qu'elle est autonome, c'est-à-dire fait émerger un domaine de phénomènes propre à la dynamique d'interaction entre les acteurs, et

b) qu'elle se construit à partir des activités individuelles qui c) s'articulent localement selon un mode ouvert et indéterminé. L'analyse de l'objet théorique « articulation des cours d'action » de plusieurs acteurs vise à caractériser la manière dont l'activité collective émerge sur la base des articulations des activités individuelles.

Résultats

Les infirmières, les physiothérapeutes et les ASC ont une sensibilité particulière face à l'efficacité et à la continuité des soins:

Pour les ASC, elles recherchent constamment le contrôle et la supervision des infirmières avec qui elles collaborent. Elles transmettent en permanence des informations facilitant l'organisation du travail de l'équipe.

Les infirmières qui travaillent à temps partiel contrôlent et demandent d'avoir des informations en retour sur la cohérence entre les prescriptions médicales données par oral et celles de l'écrit. Pour les infirmières et physiothérapeutes, elles se transmettent des données significatives sur l'évolution de l'état de santé des patients, et recherchent en permanence des informations facilitant l'anticipation des actions.

Deux grands types de coordination apparaissent : une de type immédiat et une de type à réponse lente ou différée.

La coordination immédiate peut être mutuelle (chacun des acteurs prend en compte l'autre), à l'exception de la situation où une ASC propose, pour le lendemain, de donner les soins à un patient qui sera opéré, dans ce cas il s'agit de coordination unidirectionnelle, c'est-à-dire l'un prend en compte l'autre, sans que la réciproque ne soit vraie. Tous ont une attention particulière et une interprétation récurrente de l'activité (discours) de la personne qui transmet.

Dans notre recherche, plusieurs cas de figure se sont présentés illustrant la coordination à réponse lente ou différée. Par exemple, l'une d'elle met en jeu, cinq acteurs en interaction alternative avec un infirmier: une ASC, une infirmière nouvellement engagée, une infirmière à temps partiel, un médecin-assistant et un physiothérapeute. En fonction de la posture et de l'attention ou des préoccupations de l'infirmier qui reçoit une demande et des messages qui l'interrompent dans son activité, sa réponse se fait attendre, la coordination est plus lente. Elle réclame impérativement un temps d'adaptation au contenu de la demande. Quant à l'interlocuteur qui attend une réponse, il se voit contraint de répéter la demande, et doit faire preuve soit d'insistance ou de compréhension pour laisser le temps à l'infirmier de saisir ce qui se dit dans l'action. Dans d'autres situations filmées, notamment lors d'interactions avec un supérieur hiérarchique ou face à un médecin avec un statut particulier au sein de l'institution, les infirmières selon leur personnalité, abandonnent et sont peu enclines à insister ou à reformuler la demande. De ce fait, l'interprétation de l'activité de chaque interlocutrice est différée, parfois absentes et dépend de la situation

dynamique du contexte dans lequel les interactions ont lieu. Précisons que ces divers éléments de situation touchant la coordination ne sont jamais pris en compte dans la mesure de la productivité hospitalière et des coûts.

À cette étape d'analyse des données (la recherche se poursuit jusqu'en 2012), nous pouvons classer les obstacles à la coordination en deux grandes catégories:

- Obstacles liés à la configuration des équipes de soins
Le travail à temps partiel avec le temps nécessaire pour se mettre dans le suivi des situations, le personnel nouvellement engagé, des différences au plan des compétences, l'instabilité et la mobilité des équipes constituent l'essentiel des obstacles liés à la configuration des équipes, aux professionnels externes qui s'interposent dans la situation et à aux configurations spatio-temporelles des services (par exemple un travail alterné d'un ou deux infirmières dans deux unités de soins situées au même étage).

- Obstacles liés aux acteurs

Dans les obstacles liés aux acteurs, des attentes non clarifiées, implicites, ou des demandes non formulées, la non appropriation des normes, des procédures et des règles, les significations hétérogènes des situations rencontrées construites par chacun, et la non adaptation cognitive et affective à la situation sont les principaux obstacles mis en évidence à ce jour.

Impacts sur la profession infirmière et la formation

Lors de la formation bachelor of science HES-SO en science infirmière on suggère d'effectuer des simulations mettant en œuvre : les réalités du travail en équipe, les conditions liées à la maladie (déterminants institutionnels, scientifiques, économiques, humains, éthiques, etc,) et non seulement la maladie proprement dite.

Proposer un module spécifique portant sur la coordinationincluant « jeux de rôle » ou « laboratoires de simulation», analyse de séquences vidéo mettant en scènes divers types de situations et de professionnels. Ces Simulations devraient intégrer tous les paramètres de l'instabilité dynamique ordinaire institutionnelle occasionnée par la prise en charge de l'humain (ASSM, 2004 ; Burke C., et al 2004 ; Salas E., et al. 2008).

Sur le terrain, il semble impératif de poursuivre le développement des compétences, allonger la période d'orientation du personnel nouvellement engagé en adaptant les contenus des formations aux particularités du

terrain. Améliorer la saisie de l'information, transmission, poursuivre le développement de la réflexivité, favoriser le retour aux études (aspect politique et économique), encourager les infirmières de grande expérience à pratiquer le mentorat. On remarque également, que les auxiliaires de soins semblent utiles seulement lorsque la condition des patients est suffisamment stable (évolution prévisible de l'état de santé) et que l'institution ne dysfonctionne pas (Clarke,T., et al. 2000; Aiken, L. et al., 2003, 2008).

Conclusion

La formation des professionnels de la santé ne peut faire l'économie de l'analyse du travail réel de ses différents prestataires. Elle devrait entre autres tenir compte des multiples facettes de la coordination pluridisciplinaire. En effet, l'évolution des systèmes de formation doit participer au renforcement des identités et des compétences disciplinaires pour améliorer la collaboration, désamorcer la problématique des points de liaisons et accroître l'efficience des prestations (ASSM, 2007). Dans ce contexte, l'innovation côtoie les enjeux scientifiques ou politiques qui accompagnent la société de la connaissance dans laquelle nous sommes. Il s'agit comme le disent Samurçay et Rabardel 2004, cités par Pastré (2005) de mettre l'accent sur la dimension de développement d'un acteur, qui non content de tenir un poste de travail, se construit dans la durée par et dans son travail, car quand il agit, il transforme le réel mais en transformant le réel il se transforme lui-même. D'où l'importance également d'avoir du temps et des structures qui permettent de donner du sens à ce que l'on fait, qui permettent à l'activité de se rendre visible et enfin de légitimer les investissements consentis ainsi que la place occupée par les acteurs professionnels. Les charges de travail liées à des typologies diagnostiques ou thérapeutiques ne suffisent plus à assurer la dotation en ressources humaines des hôpitaux. Toute organisation qui, par une mesure excessive de la productivité hospitalière pousse ses collaborateurs à « ne pas avoir du temps » assure l'aliénation et le maintien d'une forme d'impuissance.

Références

- Aiken, L. H., & Patrician, P. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: the revised nursing work index . *Nursing Research* , 49 (3), 146-153.
- Aiken L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M. (2008). Effects of hospital care environment on patient mortality and nurse outcomes . *The Journal of Nursing Administration* , 38(5), pp. 223- 229.
- Allen, D., (2004) Re-Reading nursing and re-writing practice: towards an empirically based reformulation of the nursing mandate. *Nursing Inquiry*, 11 (4), 271-283.
- Académie suisse des sciences médicale (ASSM 2007). Groupe de travail sur les futurs profils professionnels des médecins et des infirmiers dans la pratique ambulatoire et clinique. *Bulletin des médecins suisses*, 88, 1942-1952
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., &Stannard, D. (1999). Clinical wisdom and interventions in critical care: A thinking- in- action approach. Philadelphia: W.B. Saunders Company
- Burke S., Salas E., Wilson-Donnelly K., Priest H., (2004). How to turn a team of experts into an expert medical team: guidance from the aviation

- and military communities. QualSaf Care, 13 (suppl 1), 96-104
- Fagin C.M. (1992). Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. Acad.Med-. 67 (5), 295-303.
- Grosjean, M. & Lacoste, M., (1999). Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital. Paris: PUF.
- Lanza, D., Muller, R., Goudeaux, A., Berthoud, M., Seferdjeli, L., Favre, S., Douchamps, L., Pasche, G., & Paccaud, U., (2002). Processus de régulation et gestion de la coopération dans des situations de travail infirmier à l'hôpital. Etude réalisée avec le soutien du fonds DO-RE, action commune de la CTI et du FNS, en vue de promouvoir la recherche dans les HES.
- Lanza, D., Longchamp, Ph., Seferdjeli, L., Muller, R., Terraneo, F., Cordonier, B., & Berthoud, M., (2004). Processus de régulation de la coopération entre infirmières et médecin dans les situations de travail infirmier. Etude réalisée avec le financement du Fonds National Suisse, action DORE 101077-13DPD/CTI 5412.FHS, Hôpitaux Universitaires de Genève, Haute Ecole de Santé de Genève.
- Lucero, R.J., Lake, E.T., & Aiken, L.H. (2009). Variations in nursing care quality across hospitals. Journal of advanced nursing, 65(11), 2299-2310.
- Makary M.A. Sexton J.B. Freischlag J.A. ,HolzmuellerC.G.. Millman E.A., Rowen L, et al. Operating room teamwork among physicians and nurses: teamwork in the eye of the beholder. J.AmCollSurg.; 202(5), 746-752
- Nadot, M., Auderset, P.B., Bulliard-Verville, D., Busset, F., Gross, J., & Nadot-Ghanem N., (2002), Mesure des prestations soignantes dans le système de santé, Rapport scientifique n° 5545.1 FHS cofinancé par la Commission de la technologie et de l'innovation (CTI) et le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), Fribourg, Haute école de santé, filière soins infirmiers.
- Nadot, M. (2008, a). Prendre soin : aux sources de l'activité professionnelle. In C. Dallaire (Éd.). Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession (pp. 27-51). Montréal : Gaétan Morin.
- Nadot, M. (2008, b). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel. In C. Dallaire (Éd.). Le savoir infirmier, au cœur de la discipline et de la profession (pp. 359-382). Montréal : Gaétan Morin.
- Pastré P. (2005). La deuxième vie de la didactique professionnelle, Education permanente, 166, 29-46
- Rosenstein A.H., O'Daniel M.,(2005). Disruptive behavior and clinical outcomes: perceptions of nurses and physicians. AM J Murs. 105(1), 54-64
- Salas E., Wilson K., Lazzara E., King H., Augenstein J., Robinson D., Birnbac D., (2008). Simulation-based training for patient safety: 10 principles that matter. J Patient Saf. 4, 3-8
- Schubert M., G. T.-W., (2008). Rationing of nursing care ans its relationship to patient outcomes: the Swiss extension of the international hospital outcomes study. International Journal for Quality in Health Care , 20(4), 227-237.
- Strauss, A., (1992). La trame de la négociation. Paris : L'Harmattan.
- Theureau, J., (1993). Evénements et coopération dans le travail infirmier. L'infirmière d'une unité de soins d'obstétrique.In J. Cosnier., M. Grosjean & M. Lacoste. (Eds.) Soins et communication. Approches interactionnistes des relations de soins (pp. 161-178)). Lyon :Presses Universitaires.
- Theureau, J. (2004). Le cours d'action. Méthode élémentaire. Toulouse: Octarès
- Theureau, J. (2006). Le cours d'action. Méthode développée. Toulouse: Octarès.
- Tucker, A.L. & Spears, S.J. (2006). Operational failures and interruptions in hospital nursing. Health Research and Educational Trust. 41, 643-662

Le mythe infirmier ou le pavé dans la mare !

Michel Nadot

Dr Michel Nadot, Inf,PhD

professeur associé à la Faculté des sciences infirmières Suisse

michelnadot@hispeed.ch

Infirmier Ph. D., professeur d'histoire et d'épistémologie en sciences infirmières, ancien chargé de cours en philosophie des sciences à la Faculté de biologie et de médecine de l'université de Lausanne, chercheur retraité de la Haute école de santé de Fribourg (Suisse), professeur associé à la Faculté des sciences infirmières de l'université Laval à Québec (Canada), professeur invité à la Faculté des sciences infirmières de l'université St Joseph à Beyrouth (Liban), auteur de plusieurs contributions scientifiques en histoire et épistémologie, fondateur de la médiologie de la santé et du premier modèle conceptuel en science infirmière de l'Europe francophone.

Introduction

Les soins sont « infirmiers » ! La pensée est « infirmière » ! Ces affirmations savamment entretenues par la profession s'appuient sur le mythe « infirmier » et masquent les réels fondements de la discipline du « prendre soin » institutionnel dans le langage francophone. La dénonciation du mythe a alors l'effet d'un pavé dans la mare. C'est en effet la première fois dans l'espace francophone, que l'on ose s'attaquer à l'hégémonie linguistique du terme infirmier avec une critique argumentée. Dépasser nos propres mythes devient alors comme pour d'autres sciences, une nécessité impérative pour statuer sur le savoir propre à la discipline du prendre soin. La science part des mythes et de leur critique disait Popper (1985 : 85).

Objectif de la recherche

Nous reprenons ici des extraits d'un livre qui devrait sortir prochainement aux Presses de l'Université Laval à Québec avec comme titre, celui de l'exposé. Cet ouvrage a pour objectif, à partir d'une succession de recherches fondamentales exploratoires, descriptives et explicatives, de rendre compte des traditions de langage de la discipline du prendre soin institutionnel et de dénoncer le mythe infirmier sur lequel s'appuie la profession. On retrouve aussi le sens d'un mot « infirmier » fréquemment employé aujourd'hui, alors que l'on en a perdu sa signification.

Méthode

Par une méthode micro-historique et ethnographique sur une longue durée, on mettra alors au jour des résultats qui constituent la succession d'événements de pensée de la discipline dite « infirmière ». Ceci permet de prendre la mesure de l'étendue à laquelle elle peut prétendre. Minutieusement, nous rechercherons « d'où partent nos énoncés, jusqu'à quand ils se répètent, par quels canaux ils sont diffusés, dans quels groupes ils circulent, quel horizon général ils dessinent pour la pensée des hommes, quelles bornes ils lui imposent ? » (Foucault, 1969, 192).

Résultats

Résultat 1) Les premières soignantes ne s'appelaient pas infirmières. Elles portaient des dénominations locales francophones comme « gardienne de l'hôpital », « gouvernante des malades », « servante des malades », « servante des pauvres », « garde-malade », « mussahafera¹ », « kindermutter », etc. Elles exerçaient déjà leur métier avec un salaire en espèce et en nature, en vue d'assurer le fonctionnement institutionnel, la protection et la survie de l'espèce. Cette situation n'est pas propre à la Suisse romande. Dans plusieurs pays francophones, on trouve des institutions de soins dont le terme « infirmier » est exclu de la discursivité habituelle. On ne trouve pas d'infirmières dans les hôpitaux laïcs du passé, aussi bien en régions catholiques qu'en régions protestantes. Cela veut dire que du XI^e au XVIII^e siècle (600 ans tout de même !), prendre soin au plan institutionnel était exclusivement l'affaire de soignantes laïques. Ces dernières, avec leurs langages et leurs valeurs, représentent les ancêtres de celle que l'on appelle abusivement « infirmière » aujourd'hui. Pour prendre soin et aider à vivre, on n'avait pas besoin de soins infirmiers. Le mot « infirmier », n'a donc rien à voir avec les traditions de langage et l'histoire des pratiques soignantes laïques.

1. Titre légitime demandant une prestation de serment, en usage dans l'hôpital laïc de la ville de Fribourg (Suisse) du 13e au 18e siècle.

Résultat 2) Derrière l'espace de parole spécifique qu'est l'hôpital, on découvre les fondements du savoir propre qui va s'élaborer ultérieurement à l'intérieur de la discipline. Le travail à l'hôpital, ressemble à la dynamique d'une habitation collective et familiale de type agricole pour les communautés urbaines et rurales dès le Moyen-âge. Dans ces institutions, on offre aux plus démunis des prestations de service qui ne sont pas des soins infirmiers: un abri, le gîte, le couvert, une protection, souvent une assistance pécuniaire en piécettes (passades) ou en nature (prébende), une attention à l'autre et une occupation. D'une manière générale, dans les hôpitaux laïcs, on prenait certes, soin de l'humain à tous les âges de la vie, hominem, mais on prenait aussi soin du groupe et de la collectivité, *familia* (clients et personnel²), et on prenait soin de la vie du domaine, *domus* (de l'espace, du temps et des mouvements). Avec l'évolution de nos sociétés, le langage soignant va aussi progressivement se structurer autour de trois systèmes cultuels avec chacun leur dynamique propre. La soignante est alors au cœur du système. Selon la culture implicitement déléguée par l'institution (SC1), le soignant permet à l'institution de fonctionner, mais n'est pas au service exclusif de cette dernière. Dans la culture qui leur sera déléguée par le corps médical (SC2), les soignants rendront service à ce dernier dans une fonction d'agent double : agent informateur des médecins sur l'état des malades et agent applicateur des prescriptions, sans pour autant être mandatés pour décharger ces derniers de leurs responsabilités, fusse au travers de nouveaux savoirs délégués, de pratiques avancées ou d'évaluation clinique. Le troisième ordre à voir le jour, aura pour particularité d'être le deuxième à entrer en activité, mais le dernier à transformer l'expérience en savoir par le jeu de l'écriture (SC3). Dans son espace spécifique de travail, la soignante selon sa dynamique propre, celle du SC3 et la posture d'intermédiaire culturelle (SC4), pouvait alors se constituer une expérience du champ des misères contenues dans l'hôpital. Ce n'est pas sur la maladie et les traitements que commence la standardisation de nos savoirs, mais sur l'accueil, le prendre soin de l'humain en difficulté (Care) et la logistique requise pour que la communauté de vie et de travail fonctionne. Cette posture d'intermédiaire culturelle occupée depuis des siècles, donne sa spécificité aux énoncés du prendre soin institutionnel.

Résultat 3) On découvre enfin, que le mot « infirmier » est construit théologiquement sur enfer, mauvais, malsain et

2. Cette dimension de l'activité est souvent passée sous silence et n'a pas de valeur économique. Dommage, car elle est consommatrice d'énergie. Nous veillons au sein des équipes de soins à l'équilibre des charges de travail, à l'équilibre entre énergie de production et énergie de récupération au travail, toutes pratiques de collaboration et de coordination que nous retrouvons sous forme de pratiques de régulation dans l'activité professionnelle d'aujourd'hui (Nadot, 2008, 374).

3. Théorie descriptive et explicative du modèle d'intermédiaire culturel. Etude systématique des pratiques du prendre soin institutionnel dans ses rapports à « l'efficacité symbolique » au centre de trois espaces de langage : un langage institutionnel, le langage bio-médical et le langage des médiations de vie. En passant des soins infirmiers à la médiologie de la santé on peut espérer peut-être voir « comment de simples mots, images ou paroles ont-ils pu et peuvent-ils toujours modifier le cours des choses ? » (Debray 1993, 11). La médiologie de la santé par son expression remplace le vieux mot ecclésiastique « infirmière » dans science infirmière. La médiologie de la santé désigne l'étude des postures d'intermédiaires culturelles occupées par les infirmières et la place du langage symbolique dans les institutions de santé. Ces langages entrent dans le champ de la médiologie en tant que lieu et enjeux de diffusion, vecteurs de sensibilité et matrices de sociabilité (Debray 1994, 22 cité par Nadot 2008, 364-365).

qu'il ne dérive pas du latin comme on l'entend parfois. Dans le temps, on disait « enfermière » et non infirmière. Ainsi, la référence à l'Enfer et aux démons n'a rien de surprenant pour établir le lien avec les maladies dans le IIIe millénaire et relève déjà d'une sorte de mythologie théologique. Dans la conception de l'univers du soin, la maladie (*dimitū*) est montée de l'Enfer et les démons qui l'apportaient, tombant sur ce patient abandonné de son dieu-protecteur qu'il avait offensé, l'en ont enveloppé comme d'un manteau ! (Bottéro, 1985, 14). À partir de cette mythologie théologique, reprise ultérieurement par la théologie médiévale, quoi de plus naturel que de continuer à conceptualiser le monde des soins et de l'humain dans ses rapports à Dieu avec l'Enfer comme lieu de séjour des damnés. Les religieuses sont en effet, les seules à être scientifiquement et légitimement des infirmières. Leurs activités, le retrait du monde, la vie en collectivité et les vœux qu'elles formulaient conféraient un sens spécifique à leurs actions. En résumé, trois axiomes participent à la conceptualisation des règles d'action de l'infirmière:

- Le premier, est l'étiologie démoniaque de certaines maladies combattues avec la prière thérapeutique, l'huile sainte et l'eau bénite.
- Le deuxième, voit le corps comme réceptacle du mauvais derrière des plaies qui fourmillent de vers ou la puanteur qui sort du corps humain et qui donne à l'âme une vertu supérieure à celle du corps qui, de ce fait « est plus chère à Dieu ».
- Enfin le troisième, consiste en la recherche du difficile comme bien selon une perspective paradisiaque qui confère à la promesse eschatologique de la sœur hospitalière ou sœur grise une propriété exclusive. Ce n'est pas sur ces axiomes que la discipline infirmière s'est construite. Evitons les amalgames et les fausses représentations !

Suggestion

Dans toute recherche sur l'histoire de la discipline dite « infirmière », on prendra comme précaution de ne pas mélanger l'histoire de l'Hôtel-Dieu et de la culture soignante religieuse, qui relèvent de la théologie et procurent un bénéfice pratique spirituel et céleste, avec l'histoire de l'hôpital et de la culture soignante laïque qui relèvent des sciences humaines et procurent un bénéfice pratique économique et terrestre.

On comprend bien alors pourquoi, Nicole Rousseau, en 1997, professeure émérite canadienne, affirmait qu'à « l'approche du XXI^e siècle, la profession infirmière est en crise et ne semble pas pouvoir s'appuyer sur les théoriciennes pour s'en sortir. Ni l'accès au statut de profession, ni l'accès à la formation universitaire n'ont encore réussi à redonner aux soignantes leur indépendance perdue au fil des siècles. Les infirmières auraient avantage à prendre conscience des racines historiques de leur profession et à s'en inspirer pour mieux définir le type de services qu'elles peuvent rendre à la société » (1997, 44). C'est effectivement à partir des racines historiques de la profession que nous développerons ce qui deviendra alors, le premier modèle conceptuel en science dite « infirmière » de l'Europe francophone.

Impact sur la profession infirmière

On l'a vu, les soins ne sont pas infirmiers, la discipline n'est pas « infirmière ». D'où notre proposition de nommer « médiologie de la santé³ », et « médiologue de santé » notre discipline propre et celui ou celle qui s'en sert. Mais ce changement d'identité ne va pas de soi. « L'individu a trop besoin de stabilité dans ses identités pour ne pas courir le risque permanent de la perte de reconnaissance sociale » (Sainsaulieu 1985, 385). Mais, lorsque pendant un siècle, on vous explique que vous êtes une infirmière, voire une bonne infirmière (bonne ou infirmière...on hésite parfois dirons certains !) ; que vous avez un savoir polysémique imposé par une succession de cultures dominantes ayant place dans l'ordre de la nature des mondes savants, il est bien difficile d'opérer la conversion et d'admettre que nos traditions de langage portées par notre discipline sont plutôt dans l'ordre de l'humain. Les disciplines dépendent les unes des autres et de l'action de leurs membres. Une partie de ces derniers, notamment les chercheurs qui exercent au sein du quatrième champ pratique de

la profession, celui de la recherche, contribuent à la production du savoir. Entre ces acteurs, des jeux, des tensions et des négociations plus ou moins complexes produisent, stabilisent et transforment les découpages, les savoirs, les représentations. Le jeu de la science en tant que système de croyance, est de celui-là. Faire de la place pour une discipline suppose également de réduire l'importance d'autres disciplines. Ces luttes d'influence renvoient comme le précise Dominique Vinck (2000), au poids respectif des disciplines dans le champ des sciences et aux investissements requis pour se construire une identité propre.

Conclusion

Il est nécessaire d'expliquer autour de nous, que dans le contexte économique actuel, on ne peut plus accepter de financer uniquement ce que les infirmières produisent sur mandat ou accessoirement par cas médical répertorié. Car, comme cela a déjà été démontré par des recherches qui utilisaient le modèle d'intermédiaire culturelle comme cadre de référence scientifique, on prend rarement en compte la totalité des sources d'informations qui produisent ou déclenchent le travail de soins et la coordination que cela exige, c'est-à-dire les signaux émis dans l'environnement, par les différents bénéficiaires des prestations. En proposant ce nouveau modèle conceptuel en médiologie de la santé pour dépasser le mythe infirmier, on honore ainsi, dans un paradigme d'antériorité et de continuité, les habiletés, activités, connaissances et identités de « ces pauvres vulgaires dévouements » c'est-à-dire, des soignantes d'avant l'ère infirmière qui nous ont précédés.

Références

- Bottéro, J. (1985). La magie et la médecine règnent à Babylone (pp. 12-23). Dans J. Le Goff et J.-C. Sournia, *Les maladies ont une histoire*. Paris : L'histoire/Seuil.
- Debray, R. (1993). *L'État séducteur*. Paris : Gallimard.
- Debray, R. (1994). *Manifestes médiologiques*. Paris : Gallimard.
- Foucault M. (1969). *L'archéologie du savoir*. Paris : Gallimard.
- Nadot, M. (2008). La fin d'une mythologie et le modèle d'intermédiaire culturel (359-382). In Dallaïre C. (Éd.) *Le savoir infirmier : au cœur de la discipline et de la profession*. Montréal : Gaëtan Morin éd.
- Popper, K. (1985). *Conjectures et réfutation. La croissance du savoir scientifique*. Paris : Payot.
- Rousseau, N. (1997 mai). De la vocation à la discipline. In *Infirmière canadienne*, 39-44.
- Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Vinck, D. (2000). *Pratiques de l'interdisciplinarité, mutations des sciences, de l'industrie et de l'enseignement*. Grenoble : Presses universitaires.

Santé au travail: la qualité de vie des infirmières et le projet ARIQ

Anne-Marie Pronost

Anne-Marie Pronost, PhD

Psychologie

Directrice Adjointe
Clinique Pasteur – France

a.pronost@clinique-pasteur.com

Résumé

Face au turnover et à la pénurie d'infirmières, les modes d'organisation et de management des hôpitaux doivent évoluer. C'est la mise en place de la démarche ARIQ (Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins) qui doit permettre l'évolution du management, plaçant les infirmières acteurs dans le système. La présentation de cette démarche innovante en France, basée sur le concept « d'hôpital magnétique », permet de mesurer les effets sur la satisfaction au travail des soignants.

Mots clés : Hôpital magnétique – Attraction – Rétention – Implication des infirmières – Qualité des soins - Satisfaction des soignants – Clinique.

Une démarche innovante en France, basée sur le concept « d'hôpital magnétique », portée par les cadres de santé, favorise l'articulation entre clinique et gestion, pour une meilleure qualité de vie au travail et une meilleure qualité des soins.

Introduction

La pénurie d'infirmières, le turnover, le désinvestissement de la profession avec l'envie de changer de métier est une réalité. Pour l'expliquer, les psychologues organisationnels soulignent l'impact de facteurs tels que l'importance du leadership des supérieurs et de la hiérarchie, la latitude de décision et la satisfaction au travail, alors que les médecins du travail mettent en évidence les facteurs de santé tels que les douleurs dorso-lombaires, la fatigue, mais également le burnout lié aux demandes permanentes d'aide et de soutien des patients et de leur familles. Dans une approche salutogénique, parce qu'elle s'intéresse à la qualité de vie plutôt qu'au burnout (démarche pathogénique), il convient donc de mieux comprendre les effets de la pénurie d'infirmières et de mettre en place des modèles innovants pour améliorer la qualité de vie au travail de ces soignants par le biais du concept d' « hôpital magnétique ».

Problématique

Quelques études permettent d'appréhender la question. En 2001, l'Union Européenne a financé la recherche NEXT (Nurses'early exit study) (1) dont l'objectif était d'une part, d'étudier les raisons du départ prématuré des infirmières de leur emploi, voire plus généralement de leur profession et, d'autre part, analyser les conditions de travail, l'état de santé des infirmières et le contenu du travail infirmier en vue d'une comparaison entre les 10 pays participants à l'étude (Allemagne, Belgique,

Finlande, France, Italie, Pays-Bas, Pologne, Royaume-Uni, Slovaquie et Suède). Nous retiendrons de cette étude la disparité des organisations qui favorisent le recrutement et la rétention du personnel infirmier.

D'autres études d'orientation psychosociales (2) mettent en évidence la nécessité de développer des démarches managériales pour diminuer le stress perçu, en augmentant le soutien social perçu comme la mise en place d'une démarche palliative participative.

Ces recherches et préconisations ne peuvent que nous amener à proposer des dispositifs de management plus ambitieux comme la mise en place du concept « d'hôpital magnétique », impliquant un environnement organisationnel attractif. Dans ce contexte, le rôle du cadre de santé, animateur de son équipe, et attentif à la participation de chacun dans la démarche clinique est capital.

Un hôpital magnétique est un établissement qui favorise l'autonomie professionnelle des infirmières et encourage la capacité d'innovation. La direction s'appuie sur ses employés en assurant leur sécurité, mais aussi des conditions de travail justes, souples et équitables. Elle encourage la formation continue et reconnaît le leadership infirmier, excellents leviers de professionnalisation. L'environnement de travail favorise une bonne collaboration entre les médecins et les infirmières.

Le climat de travail valorise les relations dans les équipes et entre services. Dans ces milieux, les professionnels s'investissent et sont motivés, les agences intérimaires inutiles. Les effectifs suffisants favorisent une meilleure capacité et une meilleure qualité de travail. La dimension clinique fait toute la place au patient. Ce sont d'abord ces besoins qui guident les échanges et les décisions.

Ce modèle qui a vu le jour aux Etats-Unis et au Canada pour lutter contre la pénurie et le turnover des infirmières est à ce jour bien opérationnel en Belgique sous

l'impulsion de chercheurs qui préconisent d'ailleurs une application à l'ensemble des professionnels de santé. (Stordeur S, D'Hoore W) (3) à travers le projet ARIQ: Attraction, Rétention, Implication des infirmières et Qualité des soins.

Le modèle est défini à partir de trois axes communs : le sens de la mission, l'ouverture vers l'extérieur, le soutien organisationnel aux personnes. Chaque axe est défini par sept dimensions qui se déclinent par 19 références et 88 critères. Il faut préciser que ce modèle prend en compte la gestion des équilibres et des paradoxes en respectant les liens entre chaque axe.

L'application sur le terrain

Mis en place à la clinique Pasteur, à Toulouse (4) la démarche ARIQ permet de mobiliser les infirmières comme acteurs dans le système. Le projet ARIQ est donc défini dans la politique de l'établissement et fait l'objet d'une communication sur l'intranet documentaire. Le projet social de la clinique Pasteur, projet posé, poursuivi et porté par la direction et par l'encadrement soignant, définit cinq axes dont la mise en place d'un management sur la base des « hôpitaux magnétiques »

Le déroulement du projet

La démarche projet ARIQ s'est déroulée sur une année, d'une manière dynamique avec un représentant infirmier et aide-soignant de chaque service d'hospitalisation et des blocs opératoires et des représentants de l'encadrement soignant.

Un premier autodiagnostic a été réalisé par les responsables de services de soins en novembre 2009 afin de déterminer la faisabilité du projet. Pour les cadres de santé, cette stratégie les mettait en avant de la démarche projet, pilotes, nécessitant un leadership visible et un engagement fort pour favoriser l'adhésion de leurs équipes. Le comité de pilotage ARIQ a été constitué afin de réaliser l'autodiagnostic suivant le référentiel, élaborant les réponses aux 88 critères. Pour chacun d'eux, des éléments de preuve sont en effet nécessaires pour attribuer les cotations (A, B, C, D). L'autodiagnostic réalisé par le comité de pilotage ARIQ a ainsi défini 71 critères cotés A, 16 critères cotés B, 1 critère coté C, 0 critère coté D. Les soignants ont ensuite posés dix-sept actions d'amélioration, planifiées jusqu'en 2014, afin de répondre avec efficience aux critères cotés B ou C. Parmi elles, des exemples d'amélioration des pratiques

(consultation infirmière, éducation thérapeutique, utilisation de l'expertise des infirmières ayant des diplômes universitaires) ont été discutés et planifiés comme développement à renforcer.

La participation des cadres de santé a été une ressource pour le groupe notamment en termes de renseignements nécessaires à l'étayage des éléments de preuve.

L'efficacité du projet

L'efficience du projet est mesurée chaque année par le score de satisfaction au travail - le Work Quality Index (Whitley et Putzler, 1994) -, par l'échelle d'implication affective (attachement émotionnel du professionnel vis-à-vis des valeurs de l'institution) (Allen et Meyer, 1990) mais aussi par la participation et la réflexion de tous lors de chaque réunion. L'enthousiasme des soignants impliqués dans les propositions d'amélioration s'est déjà traduit par la rédaction d'une charte de solidarité et par la volonté de développer la communication autour du projet ARIQ. Aujourd'hui, ce groupe est une commission autonome faisant partie du comité de pilotage Développement Durable de la Clinique Pasteur, et apportant sa contribution essentielle à la qualité de prise en charge des patients et de leur entourage.

Conclusion

L'avenir d'une institution et la qualité de vie au travail nécessitent l'émergence d'une nouvelle dynamique et l'implication de tous les acteurs pour créer un environnement de travail qui permette aux infirmières de se réaliser pleinement, de favoriser leur appartenance à l'institution, de créer un milieu stimulant et intéressant pour toutes les infirmières, débutantes ou expertes, et pour répondre aux objectifs de qualité des soins.

Cette démarche est applicable à tous et s'inscrit dans une politique de Ressources Humaines basée sur la volonté de faire participer et progresser les professionnels de santé. Le style de management se modifie pour intégrer l'avis des professionnels de santé, pour les rendre plus autonomes et plus conscients des valeurs communes de l'établissement de santé. C'est aussi une manière de développer le concept de bientraitance dans les hôpitaux. La santé des soignants qui travaillent sur leur propre identité professionnelle et dans l'interdisciplinarité est une composante essentielle des facteurs qui influencent la qualité des soins.

Références

1. Projet NEXT (Nurses Early Exit Study), un projet de recherche initié par SALTS et financé par la Commission européenne (QLK6-CT-2001-00475) grâce au 5ème programme-cadre ;
2. Pronost AM, Le Gouge A, Leboul D, Gardembas-Pain M, Berthou C, Giraudeau B, Colombat Ph, (2008). Effets des caractéristiques des services en oncogérontologie développant la démarche palliative et des caractéristiques sociodémographiques des soignants sur les indicateurs de santé : soutien social, stress perçu, stratégies de coping et qualité de vie au travail. Revue Oncologie volume 10 n 2. 125-1354.
3. Stordeur S., D'Hoore W. (2009) Attractivité, Fidélisation qualité des soins : 3 défis, 1 réponse. Editions Lamarre – Collection Cadre de Santé.
4. Crée en 1957, la clinique Pasteur est un établissement privé qui se développe autour de 160 médecins et chirurgiens. Avec l'ensemble des spécialités représentées (toutes sauf l'obstétrique, la neurochirurgie, l'orthopédie et les urgences) et un axe fort historique pour la cardiologie, elle traite environ 30 000 patients par an.

Programme national de financement de la Recherche Infirmière en France

Monique Rothan-Tondeur, Cécile Dupin & Christophe Debout

Monique Rothan-Tondeur,

RN, PhD, Professeur

Titulaire de la chaire Recherche Infirmière AP-HP AHESP

Directeur du Département de Sciences Infirmières et Paramédicales

monique.rothan-tondeur@ehesp.fr

Cécile Dupin (RN, PhDc),

Christophe Debout (RN, PhD)

La recherche infirmière est la quête, la découverte, l'utilisation et la diffusion de nouveaux savoirs au bénéfice de la population et de la communauté des infirmières*. En effet la recherche infirmière peut produire des savoirs utiles à la pratique mais également des savoirs qui permettent de mieux comprendre les réactions des personnes face à leur santé et à maximiser leur potentiel fonctionnel. Développer des savoirs scientifiques dans ce domaine est une activité porteuse d'enjeux importants pour la population et sa santé et pour les infirmières elles-mêmes et leurs pratiques. L'utilité sociale de la recherche en soins infirmiers n'est plus à démontrer, nombres d'avancées dans le domaine de la santé lui sont attribuable. Il importe donc d'appuyer son développement. Appuyer la recherche infirmière c'est certes produire des connaissances dans le domaine du soin infirmier, mais c'est aussi contribuer au développement d'environnements favorables à la pratique infirmière. Or, mettre en œuvre des stratégies pour améliorer la pratique contribue de facto à améliorer la qualité et l'efficience des soins.

Il importe alors d'œuvrer au développement de la capacité de recherche infirmière en France. C'est urgent, car un retard considérable a été pris dans ce domaine en France. Pour exemple jusqu'il y a deux ans, il n'existe aucun laboratoire de recherche infirmière. Le développement de la Recherche Infirmière en France favorisera sans nul doute l'amélioration de la qualité des soins mais également la reconnaissance sociale du groupe professionnel. Dès lors, appuyer la recherche infirmière permettra aux infirmières de montrer de la reconnaissance au regard de la contribution qu'elles apportent dans le système de santé mais aussi de leur rappeler qu'elles ont un devoir envers la société, devoir de fournir des soins pertinents, efficaces et efficient.

Mettre la recherche au service des autres domaines d'activité en soins infirmiers nécessite une approche systémique. Mais il importe de réunir plusieurs facteurs favorisant la mise en œuvre des projets :

- Accroître l'appétence intellectuelle des infirmières
- Améliorer leur culture scientifique
- Offrir du temps, de l'espace
- Raccourcir la distance entre la recherche et la pratique
- Trouver des financements

Ce dernier point représentait jusqu'en 2009 un réel problème en France

L'objectif de notre propos est de présenter le modèle français d'appel à financement qui a été mis en place depuis 2009.

Le dispositif du Programme Hospitalier de recherche infirmière

Un important travail préliminaire, réalisé par des experts a été nécessaire pour la mise en œuvre de ce dispositif.

Le texte réglementaire et son esprit

Avec l'accord du ministre de la santé, un texte de loi a été rédigé puis diffusé à deux reprises en septembre 2009¹ puis en juin 2010² par les instances gouvernementales. Si le premier texte concernait uniquement la recherche infirmière, la seconde version y a adjoint un volet dédié à la recherche paramédicale. L'objectif était de lancer un appel à financement dédié à la recherche infirmière pour développer la capacité de recherche en soins infirmiers en France. Tous les domaines d'activité relevaient du champ d'application de ce texte officiel (clinique, gestion et formation). Toutefois, ce projet devait nécessairement être porté par une équipe hospitalière. L'investigateur principal de la recherche devait obligatoirement être une infirmière, aucune exigence de titre universitaire n'a été posée. Mais cette infirmière devait savoir s'entourer de personnes porteuses des compétences requises pour mener à bien toutes les étapes du processus de recherche (documentaliste, méthodologiste, biostatisticien). Des thèmes prioritaires avaient été proposés dans le premier appel à projet. En revanche, le choix des thèmes était totalement libre dans la seconde version.

Processus d'évaluation des dossiers déposés

Une présidente de comité de sélection a été nommée.

* Lire partout infirmiers et infirmières

1. *Circulaire N° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010

2. *Instruction N° DGOS/PF4/2010/258 du 9 juillet 2010 relative au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (P,H,R,I,P) pour 2011

Celle-ci a nommé des évaluateurs et des rapporteurs dont le travail était d'expertiser chaque projet présenté. Chaque dossier était examiné par deux évaluateurs et un rapporteur. Une note lui était attribuée : de A (excellent dossier) à D (dossier non acceptable). Les dossiers ne rentrant pas dans le champ de la recherche (évaluation pour exemple) ou encore les projets qui ne pouvaient être qualifiés de recherche infirmière (recherche médicale pour exemple) étaient "récusés". Les dossiers auxquels des notes très différentes avaient été attribuées par les experts ont été qualifiés de "discordants" et ont fait l'objet d'une ou plusieurs évaluations complémentaires.

Au total, les dossiers ont pu suivre un circuit scrupuleux et linéaire schématisé dans la figure 1.

Résultats

Types de projets présentés

Pour l'appel à financement 2010, 84 dossiers ont été présentés et 74 pour l'appel 2011. Les thèmes les plus fréquemment explorés étaient la qualité et la sécurité des soins (58,9 %), l'amélioration des pratiques (30 %) et l'organisation des soins (41 %). Les sujets concernaient la douleur, l'organisation du travail, la validation d'outil pour exemple, dans des domaines très divers comme la chirurgie, la pédiatrie, la psychiatrie ou la gériatrie. Les types d'études proposées étaient de nature quantitative et qualitative. Une prédominance d'études quantitative a été observée : essais randomisés (41,8 %), études interventionnelles avant/après (12,3 %). Assez peu d'études qualitatives ont été proposées.

Résultats des évaluations réalisés par les experts

Dans l'ensemble, la notation des projets était assez bonne avec 10/84, notés A/A en 2010 et 22/74 en 2011. Les notes par années sont présentées dans la figure 2. Il est à noter que 7 dossiers ont été récusés en 2010 et 6 en 2011 au regard des critères pré-cités. Par ailleurs, la discordance des notes entre les évaluateurs était de 15%.

Discussion

Le Programme Hospitalier de Recherche Infirmière est donc un programme de financement de la recherche infirmière au sein des structures hospitalières françaises. Ce nouveau programme a été lancé en 2010, puis réédité en 2011. Il s'agit d'un développement officiel qui offre des perspectives novatrices en terme de recherche infirmière hospitalière en France. Ce développement d'une organisation formelle d'un programme de financement de recherche infirmière hospitalière tel que le PHRI dans le paysage sanitaire français, laisse augurer de réelles possibilités de changement. Des signes de changement positifs sont déjà perceptibles dans ce contexte français. Le nombre et les caractéristiques projets déposés par les équipes infirmières suite à cette initiative ministérielle permettent d'effectuer certains constats quant à l'activité scientifique des infirmières en France et plus largement sur le rapport que la profession aspire à entretenir avec les savoirs utiles à sa pratique.

Ce programme de financement dédié a, semble-t-il, été perçu par le groupe infirmier comme une opportunité

permettant d'engager un effort de développement de la recherche. Les infirmiers ont déposé des projets en grand nombre, et cela, dès la première édition en 2010 alors que l'environnement d'exercice était marqué par de nombreux changements (nouvelle gouvernance, réforme de la formation initiale, ...). Le PHRI semble avoir créé une dynamique qui rapproche les infirmières françaises de la recherche, pouvant, à terme, accroître l'appétence intellectuelle des infirmières et, de ce fait, favoriser l'instauration d'une culture scientifique au sein de la profession.

Le nombre élevé de dossiers déposés dans ce contexte est non seulement prometteur, mais semble surtout traduire d'une motivation à conduire des travaux de recherche. Bien entendu, cette motivation préexistait mais était contre-carrée par les difficultés de mise en œuvre de la recherche infirmière (manque de temps dédié, absence de financement, manque de soutien institutionnel).

Les caractéristiques des porteurs de projets étaient très diversifiées représentant tous les domaines d'exercice de la profession.

Fidèles à l'esprit de la circulaire, les candidats ont élaborés des projets de recherche sur des thématiques variées. En deux ans, le PHRI les projets de recherche déposés exploraient pour presque 60 % le thème de la qualité des soins, s'incorporant dans 3 des 4 dimensions des soins infirmiers proposés par le C.I.I. (CII, 2007).

Si l'on s'intéresse à la valeur scientifique des projets déposés, les notes obtenues, sont une véritable marque du degré de convergence entre l'offre de financement et les infirmiers postulants pour mener une recherche infirmière au sein de leur structure de soin. Il faut aussi noter que la discordance des experts évaluateurs ne dépassait pas 15%.

Ces quelques constats suscite une interrogation : en quoi les résultats de ces travaux de recherche infirmière auront pour conséquence une amélioration des pratiques au sein des structures hospitalières en France ? L'obtention d'une plus-value dans ce domaine nécessitera-t-il d'engager une réflexion de fond au sein des établissements ? Cette démarche est en accord avec les démarches d'amélioration continue de la qualité, de gestion des risques et d'évaluation des pratiques professionnelles. Ce changement nécessite que cliniciens, cadres et chercheurs agissent en synergie.

Le PHRI représente également un moyen de faire évoluer les représentations de la population et des professionnels de santé quant à la profession infirmière. La recherche est positionnée comme un des domaines d'activités en soins infirmiers. La mobilisation des savoirs scientifiques devient un impératif pour la pratique des soins infirmiers.

Par ailleurs, une recherche financée est une recherche qui donne aux chercheurs les moyens de mettre en œuvre leur projet. Les infirmiers lauréats du PHRI en rédigeant et en mettant en œuvre leur projet se forment à la recherche. Le PHRI offre un temps dédié à la construction de compétences nécessaires à la conduite d'un projet

de recherche. L'infirmière se forme à la recherche à la recherche en la mettant en action. Elle peut ainsi devenir un expert à la fois d'un domaine et d'une méthodologie. Ce développement de compétences peut aussi être un tremplin pour la profession. Mais ces infirmières chercheuses pourront-elles diffuser leurs savoirs et, à leur tour les transmettre au sein de la communauté ? Enfin, du point de vue de l'organisation(Collerette, 2005), le PHRI, plus précisément sa qualité de programme financeur de recherche infirmière, est un levier moteur au sein des facteurs favorisants précédemment cités. Il peut apparaître comme une méta-dimension des autres composants. La finalité de financer des projets agira sur la possibilité pour les infirmières françaises d'avoir du

temps et de l'espace pour mettre en œuvre la recherche, ainsi, raccourcir l'espace entre recherche et pratique. La recherche pouvant se situer directement sur le lieu de pratique des soins infirmiers.

En conclusion, en participant ainsi à mettre en conjonction les besoins de la population, des établissements de santé et les objectifs de développement des connaissances des infirmiers (conférence figure 3), il s'agit maintenant de regarder les perspectives de futur, pour des soins toujours optimisés selon trois dimensions pour les patients, Pour la réactivité des organisations, et bien sûr, la satisfaction et le développement des professionnels infirmiers.

Références

- CII. (2007). La recherche en soins infirmiers.
 Circulaire N° DHOS/MOPRC/RH1/2009/299 relative au programme hospitalier de recherche infirmière pour 2010. (2009). Ministère de la Santé et des Sports.
 Instruction N° DGOS/PF4/2010/258 du 9 juillet 2010 relative au programme hospitalier de recherche infirmière et paramédicale (P,H,R,I) pour 2011, Ministère de la Santé et des Sports.
 Instruction Collerette, P., Delisle, G., Perron, R. (2005). Le changement organisationnel, théorie et pratique. Sainte-Foy.

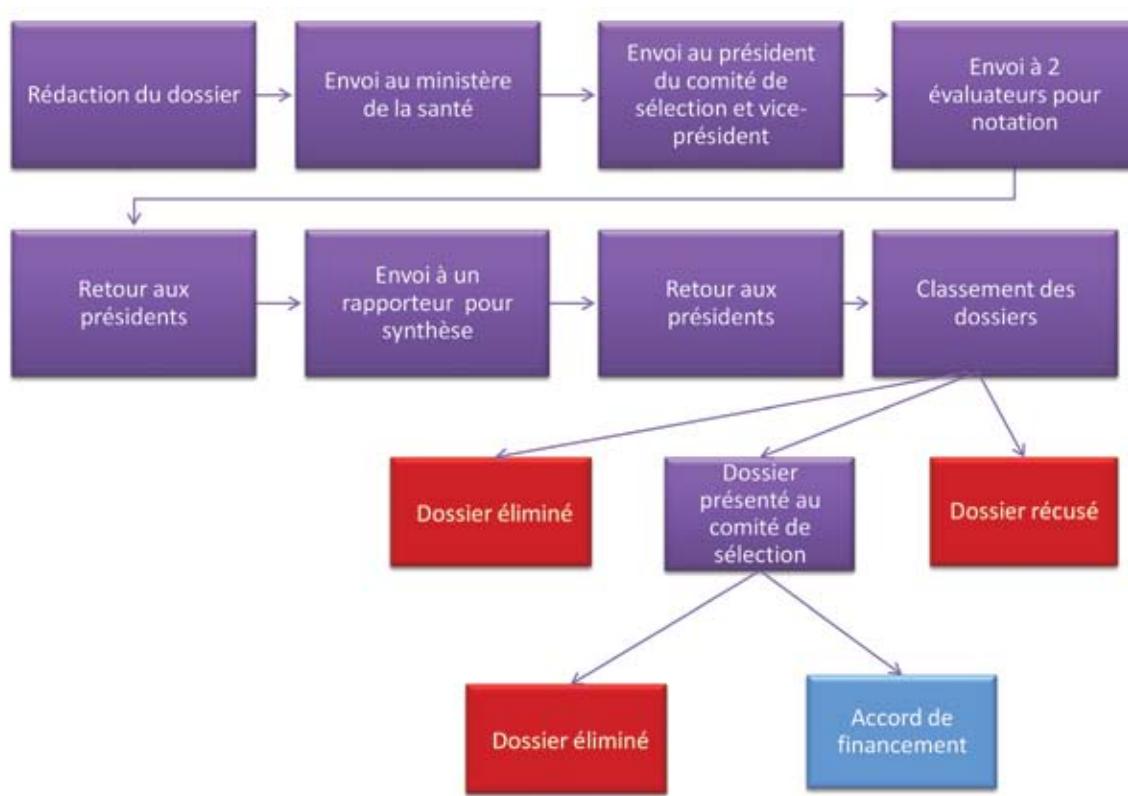


Figure 1 : Schéma du circuit des projets de recherche pour demande de financement

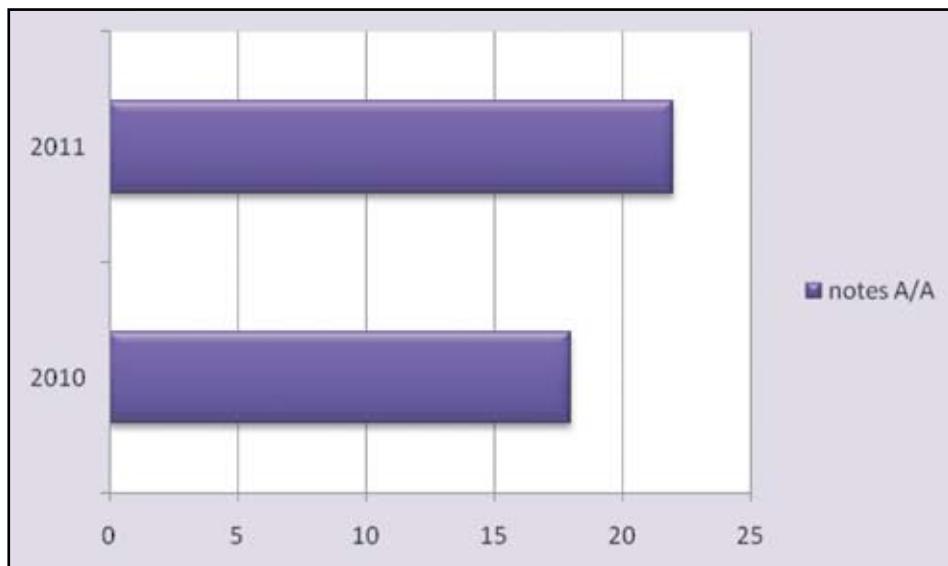


Figure 2 : Infirmières ayant eu des notes A/A pour chaque année du PHRI



Figure 2 : Infirmières ayant eu des notes A/A pour chaque année du PHRI

L'impact d'une intervention sur l'amélioration de la Documentation à l'hôpital Saint-Georges Centre Médical Universitaire (SGMUC)

Madona Saad

Madona Saad, BSN,
Hôpital Saint Georges – Liban
mbsaad@stgeorgehospital.org

Résumé

Le dossier médical est un outil important de continuité, de coordination et d'intégration de soins. En d'autres termes, la pertinence de son contenu, la preuve écrite de tout acte accompli, la netteté, la clarté et la lisibilité de la documentation, la bonne structuration et précisément l'application des directives imposées par l'accréditation libanaise représentent les indicateurs d'une bonne tenue du dossier et par la suite d'une bonne qualité de soins et de prise en charge du patient. L'hôpital Saint-Georges s'est intéressé aux directives de l'accréditation libanaise depuis l'an 2000 et à présent a décidé de faire comme première étape en Avril 2010 un pré-test dans le département des archives sur seize dossiers choisis aléatoirement de chaque unité de l'hôpital (14 unités). 224 dossiers ont ainsi été audités aux archives sur quatorze critères reliés à la tâche des infirmières. La deuxième étape est destinée à appliquer une intervention dans sept unités choisies par la direction des soins infirmiers, menée par une personne en charge qui a pour rôle de rappeler, d'encourager et de renforcer les connaissances des infirmières sur les standards de l'accréditation par la revue de tous les dossiers pour un délai d'un mois.

Introduction

Le dossier du patient constitue le patrimoine de l'hôpital où il voit le jour. Pour cela, il est obligatoire d'y tenir une énorme attention car sa bonne tenue fait preuve de la continuité, de la sécurité et de l'efficacité des soins et devient par la suite le reflet de la pratique professionnelle médicale et infirmière (Anaes, 2003, dans El Bakri, 2006).

Il est le garant de la démarche infirmière (Lelievre, 2009) et est d'une obligation légale et d'une nécessité indiscutable (El Bakri, 2006) pour concourir au bien-être du malade.

Donc, l'évaluation des normes de qualité signalée dans des manuels d'accréditation par un audit et une éducation continue, est primordiale (Andem, 2003). Les études montrent que l'audit est une méthode d'évaluation systématique de comparer la pratique exercée à des références admises en vue d'améliorer la qualité des soins (Andem, 2003). Quant à l'éducation continue, le suivi continu et la motivation sont aussi très utiles à l'amélioration de la documentation. Dans une étude faite dans un hôpital Italien, 40% seulement des soins accomplis sont documentés et plus spécifiquement 37% des évolutions et 45% des interventions.

Ce qui montre une insuffisance de documentation qui dans ce cas, n'est pas un outil adéquat d'évaluation de la qualité de soins (Alvaro, DeMarinis, Matarese, Piredda, Pascarella, Spiga, Tartaglini & Vincenzi, 2010).

Entre autre, dans l'hôpital universitaire de São Paulo, la documentation est acceptable dans 67,4%, bonne dans 8,7% et mauvaise dans 26,7% et ceci affecte la sécurité et la qualité de soins aux patients (D'Innocenzo & Setz, 2009).

Notons par exemple qu'après un audit fait en 2006 à Sheffield Teaching Hospital NHS Foundation Trust suite à certaines recommandations et actions proposées par un audit fait en 2005, une amélioration de la documentation a été notée : 70,8% d'amélioration en 2006 par rapport à 40,2% en 2005. (Debbage, Griffiths & Smith, 2007). Ce qui confirme que les audits et les recommandations qui en résultent sont très importantes pour une meilleure documentation et par la suite pour une meilleure qualité de soins. Donc, c'est un processus d'amélioration de la qualité qui vise à améliorer les soins prodigues aux patients en se basant sur des critères déterminés par l'accréditation et en mettant en place les changements nécessaires à cette amélioration. (National Institute For Clinical Excellence, 2002).

Quant à l'éducation continue, elle est aussi très utile à l'amélioration de la documentation. En effet, l'implémentation d'un programme d'éducation des infirmières sur la documentation à Copenhagen University Hospital au niveau de deux groupes montre que le groupe qui a subi l'éducation performe mieux la documentation (82%) et est plus motivé par rapport au groupe contrôle (79%) bien que les deux groupes ont une attitude positive envers la documentation (Ankersen, Darmer, Egerod, Landberger, Lippert & Nielsen, 2004). Au Liban, l'évaluation des dossiers médicaux se font selon les directives de l'accréditation proposée et imposée par le Ministère de la Santé Publique Libanaise (Accréditation standards and guidelines, 2010). Vu que les dossiers médicaux souffrent de nombreuses insuffisances, La direction des soins infirmiers à l'hôpital Saint Georges a décidé de faire un pré test dans le département des archives. Ce test consistait à l'étude de critères, tels la mauvaise identification du patient, l'absence des dates etc..... Cette intervention est dans le but d'étudier l'importance du problème, dans l'espoir de participer aux améliorations de la qualité de l'utilisation du dossier du patient et d'appliquer une intervention basée sur l'éducation et le suivi continu. Donc, le but de notre étude est d'évaluer l'effet de cette intervention.

Hypothèses

- 1-Dans le groupe bénéficiant de l'intervention, il y a une amélioration dans la qualité du dossier.
2-Les groupes qui font l'objet de l'intervention ferment mieux leur documentation que ceux qui ne le font pas.

Méthodologie

Devis

Le devis de recherche choisi pour notre étude est le devis quasi-expérimental avec un groupe expérimental et un groupe control, sans randomisation.

Population

La population de notre recherche est constituée des dossiers médicaux envoyés aux archives lors de la sortie du patient de l'hôpital Saint Georges lors de l'audit.

Echantillon

Pour la sélection des dossiers, nous avons procédé à un échantillonnage par quotas qui consiste à prendre les premiers 16 dossiers, relatifs à chaque unité et envoyés aux archives. Ce qui nous donne un effectif de 224 dossiers relatifs à 14 unités.

Les unités ont été divisées en deux groupes de 7 unités. Le groupe expérimental consiste en les premiers 16 dossiers des 7 unités choisies pour l'intervention, donc formé de 112 dossiers (7×16) et pour le groupe control les premiers 16 dossiers des 7 unités qui ne sont pas choisies.

Considérations éthiques

Pour déclencher cette intervention, une réunion de toutes les responsables infirmiers des unités a été tenue pour présenter le sujet, montrer l'importance de la documentation et coopérer avec la personne qui sera en charge de l'intervention et de l'évaluation.

Toutes les remarques qui sont adressées au personnel ont été données d'une façon anonyme. Les dossiers consultés dans chaque unité étaient évalués en la présence de la responsable. Enfin, les résultats obtenus ont été immédiatement envoyés à la direction des soins infirmiers pour garantir la confidentialité des informations.

Déroulement

L'évaluation consiste en l'application d'un audit (post-test) sur seize dossiers par unité, relatifs à des malades sortants uniquement de l'hôpital. 224 dossiers ont été évalués, vu la présence de 14 unités. 112 relatifs au groupe expérimental et 112 au groupe control.

Le post test utilisé est le même que celui du pré test, basé sur les critères de la documentation. Ces derniers, proposés par la direction, sont au nombre de 14 et sont spécifiques à la responsabilité de l'infirmière.

Résultats

L'analyse descriptive joint chaque critère aux résultats (%) du pré-test et du post test ainsi que le résultat (%) du groupe control et du groupe expérimental versus l'application de l'intervention (oui ou non). De ce fait, les pourcentages obtenus seront comparés entre eux. Le test du Khi 2 a été utilisé pour l'analyse bi variée.

D'après ces deux analyses, l'évaluation appliquée par l'institution a montré un net progrès. Nous citons à titre d'exemple:

17%, comme pourcentage général, ne répondent pas aux directives de l'hôpital quant à la bonne tenue du dossier versus 4% en post –test, 81% d'erreur de signature versus 7%, 28% de manque de fichiers officiels versus 3%, 13% de fausses dates versus 6%, 9% de dates manquantes versus 4% et 19% de mauvaises identification de l'erreur versus 8%.

Suggestions

Les résultats de cette étude ont permis de proposer les suggestions suivantes :

- Faire l'audit d'une façon constante.
- Assurer un contrôle régulier et de près sur la documentation.
- Encourager les infirmières à appliquer les procédures et suivre les directives de l'accréditation.
- Eduquer les nouvelles infirmières en ce qui concerne les directives de l'accréditation, les procédures de l'institution et l'importance de la documentation
- Contrôler le travail des secrétaires concernant la tenue du dossier.
- Enrichir la culture sur l'importance de la documentation.

Le dossier médical est un outil important de continuité, de coordination et d'intégration de soins. En d'autres termes, la pertinence de son contenu, la preuve écrite de tout acte accompli, la netteté, la clarté et la lisibilité de la documentation, la bonne structuration et précisément l'application des directives imposées par l'accréditation

libanaise représentent les indicateurs d'une bonne tenue du dossier et par la suite d'une bonne qualité de soins et de prise en charge du patient. Puisque que le dossier du patient est important pour plusieurs causes : l'intérêt médico-légal, l'avènement de l'assurance maladie et leur droit d'accès, la qualité de soins demandés et la communication entre les différents acteurs, il est obligatoire d'y tenir une énorme attention. Etant dit que l'infirmière est l'avocate du patient, il est indiscutable qu'elle tient bien son dossier et tout ce qui le concerne d'une façon bien structuré pour lui assurer un bon soin et une meilleure qualité.

Références

- Accréditation Standards and guidelines. (Avril, 2010).Copyright MOPH. Retrieved From <http://www.moph.gov.lb/HospitalAccréditation/Pages/LesGrillesdeDiagnostic.aspx>
- Ahonzi, B. (2009). Mise en place d'un dossier infirmier dans les services de santé en Côte-d'Ivoire: cas du service de pédiatrie du CHU de Treichville. Retrieved on October 20,2010 from http://www.memoireonline.com/04/10/3280/m_Mise-en-place-du-dossier-infirmier-dans-les-services-de-sante-en-Cote-dIvoire-cas-du-service-de0.html
- Alvaro,R., De Marinis, MG.,Matarese, M.,Piredda,M., Pascarrella,MC., Spiga,F & Vincenzi,B.(2010). If it is not recorded, it has been done? Consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. Journal of clinical nursing, 19 (11-12), 1544-1552.
- Andem. (Septembre, 1996).Audit national. Retrieved from <http://www.ulpmmed.u.strasbg.fr/dmrg/pdf/auditdossier11.pdf>.
- Ankerson,L.,Darmer,M.R.,Egerod,I.,Lippert,E.,Landberger,G&Nielsen,B.G.(2004).The effect of VIPS implementation program on nurses' knowledge and attitudes towards documentation. Scand J Caring Sci, 18, 325-332.
- Coulomb,A. (2003).Dossier du patient:Amélioration de la qualité de la tenue et du contenu. Règlements et Recommendations. Retrieved from <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/dossier-du-patient-amelioration-de-la-qualite-de-la-tenue-et-du-contenu-reglementation-et-recommendations--2003.pdf>
- Debbage,S.,Griffiths,P&Smith,A. (2007). A comprehensive audit of nursing record keeping practice. British journal of Nursing, 16(21),1324-1327.
- D'Innocenzo, M&Setz,VG.(2009).Evaluation of the quality of nursing documentation though the review of patient medical records(Portuguese). Acta Paulista de Enfermagem,22(3),313-317.
- El Bakhti, M. (2006). Qualité de la tenue du dossier médical au niveau du CHP de Khemisset. Retrieved from <http://www.sante.gov.ma/inas/mem/2004-2006/EI%20Bakhti.pdf>
- Lelievre, N. (Avril, 2009). Evaluation de la tenue du dossier du patient. Le pouvoir des mots. Retrieved from <http://www.infirmier.com/le-pouvoir-des-mots>.
- Qualité . (2010). In Encyclopedi al'Internaute. Retrieved from <http://www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/qualite/>
- Quality department. (Octobre, 2010). Quality manuel. 4ème édition. Hôpital Saint-Georges.
- Zaghoudi, T. (2008). L'intervention de l'état dans le domaine sanitaire: l'hôpital public. Retrieved on October 23, 2010 from http://www.memoireonline.com/11/08/1628/m_lintervention-de-letat-dans-le-domaine-sanitaire-lhopital-public8.html

Il ressort de cette étude que l'éducation continue et la motivation des infirmières, les réunions systématiques avec le corps infirmier pour la mise à jour des procédures et des directives appropriées ainsi que l'audit régulier, ont un impact positif sur la bonne tenue du dossier médical. Ainsi, l'intervention appliquée à l'hôpital Saint Georges est un moyen pour atteindre les objectifs voulus.

Le rôle éducatif dans la formation initiale universitaire des infirmières au Liban. Approches et différences entre les institutions universitaires

Marie Thérèse Sabbagh

Marie Thérèse Sabbagh,

Inf,PHD

Infirmière enseignante
Université de Balamand –
Lebanon

marie.sabbagh@balamand.edu.lb

Résumé

Dans cette étude, nous interrogeons les institutions universitaires sur leurs stratégies de formation des infirmières et en particulier celles au rôle éducatif, considéré dans une vision d'empowerment. Nous observons aussi les étudiants (86 heures d'observation) durant des mises en situation professionnelle, en milieu hospitalier.

Deux groupes d'institutions se présentent en fonction de leur vision d'une « éducation pertinente » et de leur approche de la formation générale de l'infirmière. Les diverses stratégies de formation au rôle éducatif positionnent les institutions en fonction de leur rapprochement ou éloignement soit du modèle d'empowerment ou du modèle biomédical.

Dans la prise en charge quotidienne, la différence est fonction du degré d'implication du bénéficiaire dans son plan de soin et dans l'éducation. Ceci est modelé par le milieu hospitalier et le degré d'implication des professionnelles dans la formation des étudiants (es).

Les résultats et les lacunes repérées nous poussent à proposer la révision des stratégies de formation depuis la vision du rôle éducatif et du bénéficiaire jusqu'aux moyens de formation dont ceux de la démarche de soin.

Le contexte de la formation universitaire des infirmières au Liban est caractérisé par la présence d'une multitude d'institutions privées, présentant une grande diversité dans la conception et les dispositifs de formation. En quelque sorte, nous sommes en présence d'une diversité culturelle en matière de formation des infirmières sur un même territoire national.

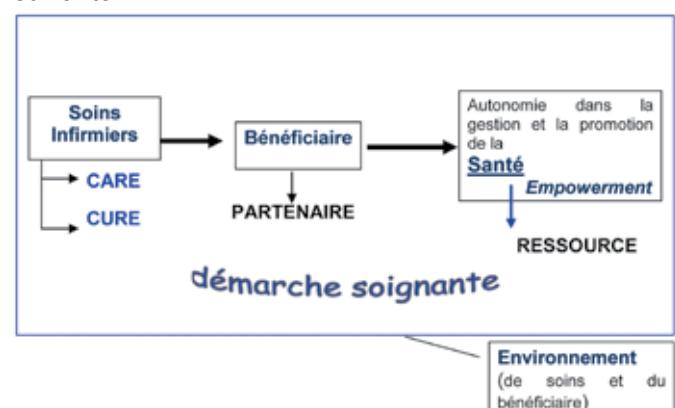
Le rôle éducatif étant un moyen pour l'infirmière d'assumer son rôle et son identité professionnelle ; Comment est-il entrevu et enseigné dans ces différentes institutions ? La différence dans les approches de formation impliquent-elles une différence dans la vision et l'application de ce rôle ? Dans quelle mesure, les différentes approches assurent l'intégration, dans la prise en charge du bénéficiaire, d'un rôle éducatif d'empowerment ?

L'intérêt de cette étude est qu'elle entrevoit le rôle éducatif comme partie prenante de la prise en charge du bénéficiaire et non comme un de ses rôles. Au-delà de la formation des infirmières au Liban, elle éclaire sur des éléments influençant la formation des infirmières, surtout celle au rôle éducatif et à la démarche de soins

et ceci quelque soit l'orientation de base donnée à cette formation.

Délimitation des concepts

Nous envisageons le processus du Soin de la manière suivante :



-Les soins infirmiers sont assurés à partir d'une **Démarche soignante**, c.à.d. : des attitudes et des interventions (dont la résolution de problème et l'apprentissage interpersonnel) permettant de:

comprendre les perceptions du bénéficiaire ; promouvoir des mécanismes d'ajustement constructifs ; susciter, favoriser et promouvoir les soutiens situationnels, et des **solutions alternatives**. (**Watson**). Cette démarche soignante est en cohérence avec la finalité d'empowerment.

-Nous adoptons le terme « éducation pour la santé », qui part et a pour finalité le bénéficiaire et sa situation et non une éducation à la santé qui part de la science et du contenu.

Au-delà de la diversité des champs d'application nous lui définissons un cadre commun, dont un **contenu** qui relève d'une intelligence de comportement (Vigarello), et qui développe des compétences transversales (Gagnayre et d'Ivernois) et des capacités de savoir faire avec la situation.

-Nous délimitons le rôle éducatif de l'intervenant soignant par ses **trois composants** : la dimension éducative de l'interrelation avec le bénéficiaire, la dimension éducative du soin délivré et l'intervention d'enseignement.

Méthodologie

L'étude s'est déroulée avec les 9 institutions universitaires qui avaient déjà au moins une promotion de diplômés lors de la collecte de données. Elle a été réalisée en 2 étapes :

1- L'état des lieux : Etude de la **formation à l'éducation** réalisée à partir d'un questionnaire et celle de la **formation générale** de l'infirmière à partir d'un entretien semi directif avec les responsables de formation (doyen, directeur et/ou infirmière en charge).

Cette étape a été complétée par l'étude de documents : fiches d'évaluation des stages, d'évaluation de mises en situation professionnelle, d'évaluation d'une intervention éducative et les cursus de formation.

2- L'étude du rôle éducatif intégré dans la prise en charge du bénéficiaire est réalisée par l'observation de mises en situation professionnelle (86 heures d'observations), en présence d'encadrants, en milieu hospitalier et dans des services généraux. Les observations ont été entreprises avec 12 étudiants de 6 sections représentant les deux approches majeures de formation et couvrant des institutions pionnières et des institutions récentes. L'observation est suivie d'une question ouverte à l'étudiante pour repérer sa **vision du rôle éducatif** et la **part éducative** dans la prise en charge de ses bénéficiaires le jour de l'observation.

Nous y étudions l'ensemble des interrelations étudiante-encadrant –bénéficiaire, ainsi que l'influence du contexte hospitalier.

Les principaux résultats

Les 9 institutions universitaires présentent une pluralité et une diversité à plusieurs niveaux: l'ancienneté (de 1902 à 2000), le statut (faculté, institut universitaire,...), la langue de formation, la reconnaissance du diplôme, la

nature de l'Organisme mère, la gestion de la formation, le rôle des professionnelles, la localisation et le nombre de sections.

Au niveau de la formation:

1- La vision d'« une éducation pertinente » fait immerger 2 groupes d'institutions :

-Celles qui partent plutôt de l'acte d'enseignement et adaptent ses composants au bénéficiaire (5 institutions). Exemple : « L'éducation est pertinente si les informations délivrées sont correctes, si les moyens utilisés sont adéquats... »

-Celles qui partent plutôt du **bénéficiaire et de ses besoins de santé** (4 institutions dans ce groupe). L'éducation est considérée pertinente, si elle se base « sur l'évaluation de la situation du bénéficiaire (assessment); sur les besoins du patient, en plus de la qualité des connaissances, des méthodes et du savoir travaillé (knowledge)

Etudiées en regard des stratégies de la formation générale nous découvrons aussi 2 orientations :

-**une formation encore influencée par le modèle médical**, repérée par : une finalité centrée sur le seul rôle de la pratique de soins, des cours qui se construisent autour des pathologies (soins infirmiers en pathologies, en appareil,...), des fiches d'évaluation de stage structurées à partir de catégories de capacités ;

-**une formation qui se construit à partir de la personne et de son stade de développement (les pathologies en font partie)**. Dans cette approche la finalité est de développer une pensée critique, un engagement dans la société et des professionnelles qui prennent part aux décisions dans les institutions et la politique de santé. Les cours se construisent à partir du stade de développement et des contextes de soins.

Les fiches d'évaluation de stage, pour 3 de ces institutions, sont construites à partir des étapes de la démarche de soins, en plus des capacités professionnelles.

2- La formation au rôle éducatif en regard d'une vision d'empowerment :

Si le contenu de la formation se regroupe autour de 5 axes, cependant l'organisation de la **formation à ce rôle** est très diverse et pousse à situer les institutions, non plus dans deux groupes, mais sur **un continuum (ligne droite)**, en fonction de leur rapprochement ou éloignement soit du modèle d'empowerment ou du modèle biomédical.

L'étude des fiches d'évaluation montre que : l'éducation **est essentiellement informative et unidirectionnelle** (« informe- donne- explique »). Le **contenu de l'enseignement** reste, pour la majorité des institutions du domaine des connaissances et des habiletés techniques ou physiques ; une seule institution évoque le développement des capacités de faire appel à des ressources et à les mobiliser. L'évaluation des résultats de l'intervention éducative et la documentation des acquis du bénéficiaire ne sont pas explicitées.

3- L'intégration du rôle éducatif durant la prise en charge globale des bénéficiaires :

L'approche éducative ainsi que la décision du contenu et du type d'enseignement restent plutôt prescriptives et directives. Ceci car la prise en charge du bénéficiaire (appréhendée à partir de la démarche de soins) reste influencée par l'approche plutôt médicale, c.a.d **axée sur les problèmes actuels, prescriptive et unidirectionnelle** (à des degrés plus ou moins marqués). Aussi, les listes et les procédures préétablies rendent les plans de soins **choisis plutôt que construits** pour et avec un bénéficiaire singulier.

Le rôle éducatif est presque **limité à l'acte d'information ou d'enseignement**. La dimension éducative du soin et celle de l'ensemble de l'interaction avec le bénéficiaire n'est pas perceptible par les soignants. Par ailleurs **trois failles importantes** sont perçues: l'absence d'évaluation des acquis du bénéficiaire ; la non implication de ce dernier dans la définition de son plan de soin et l'absence de suivi.

L'influence du milieu hospitalier renforce la **dualité** entre l'enseignement académique et clinique surtout **quand les professionnelles ne sont pas** considérées comme **des partenaires** à part entière dans la formation. Il a un effet sur le degré d'implication du bénéficiaire dans sa prise en charge et sur la considération de l'éducation comme un acte indépendant ou faisant partie d'un projet global de santé.

Ainsi, dans la façon de prendre en charge le bénéficiaire et son implication dans son plan de soin, les institutions se retrouvent rapprochées en fonction de leur maturité: leur expérience, leur ancienneté, la coordination et

complémentarité avec le dispositif d'enseignement clinique et le degré d'implication des professionnelles dans le projet de formation des étudiants. Nous ne sommes plus dans la classification en deux groupes selon leur vision déclarée de la formation, ni dans le positionnement par rapport au modèle médical ou celui de promotion de la santé.

Conclusion

Outre les failles signalées dans la pratique du rôle éducatif, limité encore par la majorité à l'acte d'enseignement, l'étude a mis en évidence plusieurs éléments éclairants sur la formation des infirmières en général et leur formation à la démarche de soin et à leur rôle éducatif en particulier. En fait, ce dernier met à l'épreuve les stratégies et les modalités de formation adoptées par les institutions.

Nous sommes en face d'institutions en mouvance vers un modèle d'empowerment mais qui restent influencées par une **approche prescriptive**.

Les résultats de l'étude nous ont poussé à émettre un ensemble de propositions à différents niveaux de la stratégie de formation et qui permettent la construction d'une formation basée sur une identité professionnelle claire, délibérée et assumée, où le **Bénéficiaire** redevient le centre et la finalité.

Ceci pourrait redonner son sens au rôle de l'infirmière et qui donnerait un sens à l'engagement personnel et professionnel (Bourdoncle) pour l'étudiant.

Références

- Assal, J.Ph. et Lacroix, A. (2003). L'éducation thérapeutique des patients. Nouvelles approches de la maladie chronique.2ème éd. Paris : Maloine.
- Bourdoncle, R. et Lessard C. (2003). Qu'est ce qu'une formation professionnelle universitaire ? Les caractéristiques spécifiques : programmes, modalités et méthodes de formation. Revue française de pédagogie, n°142, pp. 131- 181
- D'Ivernois, J.F. et Gagnayre R. (2001). Mettre en oeuvre l'éducation thérapeutique , Bulletin d'information du Patient, vol.20, n°4, pp.2-4
- Hesbeen, W. (2004). La qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante. 2ème éd. Belgique : Masson.
- Hesbeen, W. (1999). Le Caring est-il prendre soin ? Revue Perspective soignante, n°4 Paris : ed.Seli Arslan.
- Kérouac, S. Pepin, J. et al. (2003). La pensée infirmière. 2ème éd., GB Beauchemin, Québec : Maloine
- Patistea, E. (1999). Nurses' perceptions of caring as documented in theory and research. Journal of Clinical Nursing, 8 (5)
- Petitat, A. (1994). «La profession infirmière, un siècle de mutation », in Les métiers de la santé. Enjeux et quête de légitimité. Paris : Anthropos, pp. 226-259
- Perrenoud, Ph. (1999). Dix nouvelles compétences pour enseigner, Pédagogies outils, ESF Éditeur
- Vigarello, G. (2003). L'évolution des pratiques de santé, Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle, formation des soignants, 36 (2).
- Watson, J. (1998). Le Caring, philosophie et science en Soins Infirmiers. Ed. Seli Arslan

The full outline of unresponsiveness score coma scale

An emerging coma scale

Anthony Shamoun

**Anthony Shamoun MSN,RN,
ACNP-BC, CCNS**

Advanced Practice Nurse
American University of Beirut
Medical Center – Lebanon

as40@aub.edu.lb

Summary

Identifying level of consciousness is a vital component in the neurological examination. Glasgow Coma Scale (GCS); established in mid 1970's, is a commonly used, valid, and reliable coma-measuring scale. With the evolving complexity of healthcare and advancement in evidence-based research, the need for establishing a valid and reliable coma scale for neuroscience population was identified. Full Outline of Unresponsiveness Score (FOUR); developed in 2005, is proven to provide a clearer neurological depiction and superior recognition of various conditions such as locked-in syndrome and brainstem injuries as compared to GCS. This paper describes FOUR score coma scale and highlights its advantages within the neuro-critical care environment.

Keywords: Glasgow Coma Scale, Full Outline of Unresponsiveness

The Full Outline of Unresponsiveness Score coma scale: An Emerging Coma Scale

Wepfer, who in 1658 had a patient suffering from cerebral hemorrhage and manifesting loss of sensations, irregular breathing, and abnormal body movements when shaken; was the first to describe coma using clinical signs. Since then, grading conscious awareness, coma, and states of pathologic sleep has never been a straightforward and easy activity (Wijdicks, 2008).

As the field of neuroscience continued to evolve, clinicians and researchers identified the need to develop coma scales that accurately describe patients' state of consciousness and prognosis, consistently prove high reliability and validity, and provide standardized communication between members of the interdisciplinary team.

This paper provides a description of Full Outline of UnResponsiveness (FOUR) Score coma scale; components, research, and advantages over Glasgow Coma Scale (GCS).

The FOUR Score coma scale

Since 1974, GCS has been recognized as the "Gold Standard" in identifying neurological deterioration and in classifying prognostic outcomes for patients suffering from traumatic brain injury. Research studies have proven GCS's reliability and validity outcomes, encouraging its wide application around the world (Teasdale & Jennett, 1974).

However, when it comes to critically ill non-verbal or intubated neuroscience patients, GCS can no longer reflect an accurate description of the coma state since one of its three categories; verbal component is not designed for patients who require ventilatory assistance. In addition, GCS may not detect subtle deteriorations in conditions as it does not cover brainstem reflexes. Along with that, some untrained staff nurses may have difficulties in remembering GCS sections and related numbers (Wijdicks, Bamlet, Maramattom, Manno & McClelland, 2005).

In 2005; Wijdicks and his colleagues developed FOUR Score coma scale (see Table 1). FOUR Score coma scale includes four components: eye response, motor response, brain stem reflexes, and respiration that accounts for intubated patients. Each of the four components has a value ranging from zero to four. So, a fully conscious non intubated patient will score 16, while a patient in deep coma breathing at ventilator rate will score zero (Wijdicks, Bamlet, Maramattom, Manno & McClelland, 2005).

In their study, Wijdicks and his colleagues aimed at establishing the reliability and validity results by comparing it to GCS and modified Rankin Scale (mRS). 120 patients suffering from stroke, traumatic brain injury, brain tumors, aneurysmal subarachnoid hemorrhage, seizure disorder, and central nervous system infections, spinal surgeries, encephalopathy, and acute neuromuscular disease, were recruited to this prospective observational study. Three neuroscience nurses, three neurology residents,

and three neuro-intensivists were randomly assigned to apply GCS and FOUR Score coma scale on patients. Pair-wise and overall weighted Kappa values were calculated in addition to Cronbach's α . The overall reliability was excellent between GCS and FOUR Score coma scale. Spearman's correlation coefficients for both GCS and FOUR Score coma scale were also high. FOUR Score was found to provide more information with respect to neurological changes, and is easily used by non experienced staff nurses (Wijdicks, Bamlet, Maramattom, Manno & McClelland, 2005).

It was also noted that five diagnosis of brain death, one locked-in syndrome, and five myoclonus status epilepticus were captured while using FOUR Score coma scale. In 25 instances, brainstem reflexes and respirations did provide more information to clinicians. Thus it was concluded that FOUR Score coma scale was superior to GCS in such aspects (Wijdicks, Bamlet, Maramattom, Manno & McClelland, 2005).

In 2007; Wolf and colleagues wanted to investigate the validity of FOUR Score coma scale among intensive care unit nurses. 80 neuroscience patients were recruited for this prospective observational study. 10 neuroscience staff nurses, half of those were experienced, and five intensive care unit nurses with no neuroscience training were randomly assigned to rate these patients using both GCS and Four Score coma scale. Using the same design and statistical analysis described in the above study, it was deduced that there was good to excellent agreement between raters with high degree of internal consistency. FOUR Score provided more neurologic information than GCS and was easily used by any intensive care unit nurses even by those who possess minimal experience in the field of neuroscience (Wolf, Wijdicks, Bamlet & McClelland, 2007).

Iyer and his colleagues in 2009 explored the validity of FOUR Score coma scale in medical intensive care units. Along with neuroscience population, patients suffering from various medical illnesses were recruited to this

prospective observational study. 18 nurses, 10 fellows, and five medical consultants were randomized to score patients using GCS and FOUR Score coma scale. Again, overall reliability was excellent between the two scales, and Spearman's correlation coefficients were high. FOUR Score coma scale was found to be a good predictor of the prognosis of critically ill patients, and had advantage over GCS when intubated patients were assessed (Iyer, Mandrekar, Danielson, Zubkov, Elmer & Wijdicks, 2009).

As the use of FOUR Score coma scale started to expand, the need to investigate its use outside the critical care areas started to emerge. Eken and his colleagues in 2009, aimed at comparing both FOUR Score coma scale and GCS in the emergency department. In their prospective observational study, 185 patients with various neurological conditions were recruited. Emergency physicians and chief residents were randomized to use both scales. Unlike all the studies mentioned previously, Eken's study did not show superiority of FOUR Score coma scale over GCS. There existed a moderate correlation between the mRS, GCS and FOUR Score coma scale, with an inter-observer reliability among physicians that needs to be further studied. However, Eken did summarize that when combining the eye and motor components of FOUR Score coma scale, results were more encouraging than using FOUR Score coma Score or GCS alone (Eken, Kartal, Bacanli & Eray, 2009).

Conclusion

FOUR Score coma scale, is clinically relevant, easy-to-administer, and applicable to variety of settings in particularly neuroscience critical care. Research supports its use as it accurately predicts outcomes and prognosis with proven superiority in assessing levels of consciousness among intubated patients, in diagnosing locked-in syndrome mimicking coma, and in identifying brainstem injuries.

References

- Eken, C., Kartal, M., Bacanli, A., & Eray, O. (2009). Comparison of the full outline of unresponsiveness Score coma scale and the Glasgow coma scale in an emergency setting population. European Journal of Emergency Medicine, 16(1), 29-36.
- Iyer, V.N., Mandrekar, J.N., Danielson, R.D., Zubkov, A.Y., Elmer, J.L., & Wijdicks, E.F.M. (2009). Validity of the four Score coma scale in the medical intensive care unit. Mayo Clinic Proceedings, 84(8), 694-701.
- Teasdale, G., & Jennett, B. (1974). Assessment of coma and impaired consciousness. A practical Scale. The Lancet, 2, 81-84.
- Wijdicks, E.F.M. (2008). A history of coma: evolution of ideas. In. E.F.M. Wijdicks (Ed), The Comatose Patient (pp. 3-44). New York: Oxford University Press.
- Wijdicks, E.F.M., Bamlet, W.R., Maramattom, B.V., Manno, E.M., & McClelland, R.L. (2005). Validation of a new coma scale: the four Score. Annals of Neurology, 58(4), 585-593.
- Wolf, C.A., Wijdicks, E.F.M., Bamlet, W.R., & McClelland, R.L. (2007). Further validation of the four Score coma scale by intensive care nurses. Mayo Clinic Proceedings, 82(4), 435-438.

FOUR Score Coma Scale-Description

Table 1

Components	Value	Description
Eye response	4	Eyelids open or opened, tracking, or blinking to command
	3	Eyelids open but not tracking
	2	Eyelids closed but open to loud voice
	1	Eyelids closed but open to pain
	0	Eyelids remain closed with pain
Motor response	4	Thumbs up, fist, or peace sign
	3	Localizing to pain
	2	Flexion response to pain
	1	Extension response to pain
	0	No response to pain or generalized myoclonus status
Brainstem reflexes	4	Pupil and corneal reflexes present
	3	One pupil wide and fixed
	2	Pupil or corneal reflexes absent
	1	Pupil and corneal reflexes absent
	0	Absent pupil, corneal, and cough reflex
Respirations	4	Not intubated, regular breathing pattern
	3	Not intubated, Cheyne-stokes breathing pattern
	2	Not intubated, irregular breathing
	1	Breaths above ventilator rate
	0	Breaths at ventilator rate or apnea



Recommandations du Congrès
Conference recommendations

Recommandations du Congrès, 2011

Présidente: Claire Ghafari Zablit

La réflexion menée durant ces deux journées sur la profession infirmière dans l'ère de la mondialisation est porteuse de défis au niveau des 4 domaines d'exercice :

Au niveau de la Pratique : nous sommes confrontés à l'émergence de nouvelles maladies et de nouvelles thérapeutiques qui dessinent un **profil complexe** de patients dans lequel pourraient s'entremêler la chronicité, les soins palliatifs, le 4ème Age dans un **environnement de travail diversifié** institutionnel ou communautaire, local, régional ou international.

La Gestion à l'heure de la mondialisation met les responsables des soins devant une problématique nouvelle, celle de **lutter contre la pénurie** à travers la **rétention des infirmières** dans la profession et dans le pays et par l'**attrait des jeunes** vers la profession.

Au niveau de la formation il serait impératif de développer chez les infirmières des **compétences** pour interagir avec le client dans les différents contextes de soins ; des compétences **internationalisées** en réponse à la migration des infirmières.

Garantir une qualité de soins requiert une **formation tout au long de la vie** pour accompagner les découvertes médicales et **innover dans les soins** en réponse aux problèmes de santé émergeants.

Dans le domaine de la recherche: il serait important de:

- développer une démarche **nationale prospective** pour élaborer des orientations prioritaires de recherche dont les résultats pourraient être réinvestis dans nos domaines d'exercice.
- œuvrer pour un **décloisonnement disciplinaire** en vue d'une lecture holistique des problématiques de santé à l'étude
- accroître la vigilance des chercheurs dans l'application de l'ensemble des règles **éthiques** dans le processus de recherche
- valoriser le **vécu des individus** dans leur expérience de santé afin d'identifier les **spécificités culturelles** et de ce fait adapter les soins

Compte tenu de ces défis, notre Ordre, à l'instar d'autres Ordres d'infirmières de par le monde, doit œuvrer pour:

- renforcer la solidarité** au sein de la profession infirmière afin d'être agents plutôt que victimes de changements et acteurs actifs dans la prise de décision liée à la politique de santé
- élaborer une politique nationale de rétention** des infirmières dans le pays, surtout dans un contexte de paupérisation, de conditions de vie difficile, d'instabilité politique, d'une demande accrue d'infirmières libanaises sur le plan régional
- définir les compétences** de l'infirmière et légiférer les champs de pratique afin de délimiter les responsabilités et

instaurer une gouvernance adéquate dans la profession

•**revitaliser l'image de l'infirmière** dans notre société: une campagne de sensibilisation est déjà lancée sur l'ensemble du territoire libanais

•**Accréditer les programmes de formation** : ceci nous entraîne dans le paradoxe de l'internationalisation, la reconnaissance des diplômes devient un passeport vers l'immigration

•**Consolider la recherche** par la création de réseaux de collaboration sur le plan national et international et augmenter l'exploitation des résultats pour favoriser la qualité dans les soins.

Avec la fin de ce Congrès, je vous remercie invités, conférenciers et participants de votre présence et implication. Permettez-moi d'exprimer ma profonde gratitude à tous ceux qui ont œuvré pour que ce Congrès ait lieu : le Comité scientifique, le comité d'organisation, la Directrice et le personnel de l'Ordre, les représentants de l'Ordre, le Conseil et les Commissions de l'Ordre. Je remercie aussi la direction de l'hôtel qui a assuré à notre évènement l'environnement adéquat.

Et, à vous interprètes, votre accompagnement a permis de mondialiser le contenu de ce Congrès.

Au prochain...

Conference recommendations, 2011

President: Claire Ghafari Zablit

The scheme carried out during these two days on the nursing profession in the era of globalization holds multiple challenges in four areas of practice:

On the practical level: We have to deal with the emergence of new diseases and new therapies, drawing a **multifaceted profile** of patients, where chronicity, palliative care and dependent senior citizens can be combined in a diversified institutional or communal, local, regional or international **working environment**.

Management: In the era of globalization, management places caregivers in front of a new problematic: fighting shortage through the retention of nurses in the profession and in the country, and through the attraction of youth towards the profession.

On the training level: It should be imperative to develop in nurses skills to interact with the client in different care settings, and mainly skills internationalized in response to the migration of nurses.

Ensuring quality care requires a life-long training in order to keep pace with the medical discoveries and to innovate new healthcare in response to emerging health problems.

On the research level: It would be highly important to:

- Develop a national **prospective approach** to establish priority research guidelines, the results of which might be reinvested in our fields of practice.
- Work towards a **disciplinary de-compartmentalization** for a holistic reading of health issues;
- Increase awareness of researchers in the application of global **ethical** rules in the research process
- Value **real-life health experience of individuals** in order to identify the cultural specificities and thus adapt care.

Bearing in mind the above-mentioned challenges, our Order, like other Nurse Orders across the Globe, must exert efforts to:

- **Enhance solidarity** in the nursing profession, so nurses will become changing agents, instead of changing victims, and active actors in the decision-making process in terms of issues related to health policies.
- **Develop a national policy of retention** of nurses in the country, especially in the light of poverty, difficult life conditions, political instability and increasing demand on Lebanese nurses on the regional level.
- **Define nursing skills** and legislate practice scopes in order to determine the responsibilities and establish an adequate governance of the nursing profession
- **Revive the image of the nurse** in our society: an awareness campaign is already launched all over the Lebanese territory
- **Accredit training programs:** which lead us into the

paradox of internationalization, and the recognition of degrees becomes a passport for immigration

• **Consolidate and support research** by creating collaboration networks on the national and international levels and increase the exploitation of results to promote healthcare quality

At the end of this Convention, I would like to thank you all: guests, speakers and participants, for your presence and contributions. Let me express my deep gratitude to all those who have worked to allow this Convention to take place: the Scientific Committee, the Organizing Committee, the Director and the staff of the Order, the representatives of the Order, the Council and Committees of the Order. I would also like to thank the hotel Administration that ensured the right environment for our event. And you, interpreters, your assistance and support have helped to globalize the message and significance of this Convention.

Looking forward to seeing you all at our next meeting.

Issue 2 - December 2011



Lebanese Journal of Nursing Revue libanaise de l'infirmier (e)