

La méthode «PRN»

L'intégration de la planification des soins et de la mesure de la charge de travail au service des démarches scientifiques du soignant et du gestionnaire: la méthode PRN

Charles TILQUIN*
 Diane SAULNIER**
 Estelle ST-ONGE**
 Linda MAJOR**
 Godelieve VANDERSTRAETEN***
 Pierre LAMBERT*

EROS: Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé
 C.P. 6128, succursale «A»
 Montréal, P. Québec
 Canada H3C 3J7
 téléphone: 514-343-5973

* Département d'administration de la santé, Faculté de Médecine, Université de Montréal.

** Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS) Inc.

*** Département de mathématique appliquée, Ecole Polytechnique de Montréal.

RESUME

Après avoir traité d'une part, de la démarche scientifique en soins infirmiers et de son outil, le plan de soins, et d'autre part, de la gestion scientifique des soins infirmiers et de son outil, la mesure de la charge de travail, nous présentons la méthode PRN qui intègre ces deux (2) outils.

I. INTRODUCTION

Les soins infirmiers sont en mouvement. En mouvement vers un agir des soins plus réfléchi, mieux structuré, vers des soins individualisés, définis, élaborés et évalués selon les principes de la démarche scientifique. En mouvement aussi vers une gestion scientifique du personnel infirmier.

La poursuite en parallèle de ces deux (2) démarches est essentielle pour maintenir la symbiose entre les progrès des soins et ceux de leur gestion. Ce faisant, elles s'enrichissent l'une l'autre, se renforcent mutuellement (synergie) en s'interpénétrant (osmose) pour créer une ambiance motivante de recherche du mieux, de poursuite de normes toujours plus élevées.

Dans la première partie de notre exposé, nous reverrons les fondements de la démarche nursing et nous indiquerons qu'elle s'appuie nécessairement sur un outil: le plan de soins infirmiers.

En seconde partie, nous présenterons les bases de la gestion scientifique des ressources infirmières et nous

montrons que celle-ci requiert obligatoirement un système de mesure de la charge de travail.

En troisième partie, nous introduirons la méthode PRN qui intègre un système de planification des soins et un système de mesure de la charge de travail au service des démarches scientifiques respectives du soignant et du gestionnaire (Figure 1).

II. LE PLAN DE SOINS INFIRMIERS ET LA DEMARCHE NURSING

Le plan de soins est un outil de communication qui supporte la méthode scientifique de travail de l'infirmière communément appelée «la démarche nursing». Quelle que soit la théorie sur laquelle se fonde la démarche nursing ou ses modalités d'application, elle vise à ce que chaque patient reçoive les soins individualisés qu'il requiert. A cette fin, la démarche nursing exige de l'équipe infirmière qu'elle justifie a priori chacune de ses interventions et qu'elle en évalue a posteriori, les résultats.

La reconnaissance de la pertinence d'une planification codifiée des soins procède du postulat que toute démarche scientifique en nursing est inconcevable sans le support d'UNE mémoire formelle. La nécessité d'une mémoire va de soi. On ne peut en effet prétendre assurer la continuité, la cohérence et la pertinence de ce dont on ne se souvient pas, ni a fortiori l'évaluer.

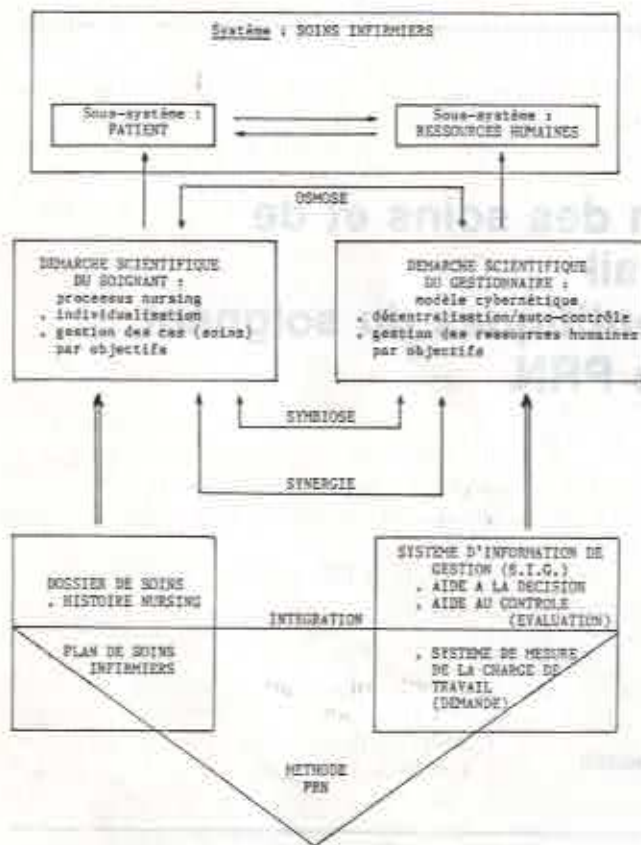


Figure 1 : La place de la méthode PEN dans le Système : soins infirmiers

La question est plutôt de savoir si cette mémoire doit être formalisée, c'est-à-dire explicitée dans un format standard. Avec beaucoup d'autres, nous pensons que oui, étant donné le contexte dans lequel les infirmières exercent leur profession; en particulier le fait que l'équipe infirmière intervient en parallèle auprès de plusieurs patients ayant chacun des besoins particuliers et que plusieurs membres de l'équipe interviennent auprès du même patient. Par ailleurs, toutes autres choses étant égales, l'utilité du plan de soins est d'autant plus grande que l'état, la condition, les besoins, les problèmes du patient sont plus complexes.

En bref, la formalisation de la mémoire de la démarche nursing garantit l'unicité de cette mémoire. Le plan de soins est la mémoire collective unique de l'équipe infirmière. L'existence de celle-ci est une condition nécessaire, sinon suffisante, pour assurer la pertinence, la cohérence et la continuité des soins; en particulier pour permettre leur évaluation.

La problématique du médium utilisé pour « conserver » le plan de soins: papier ou informatisé, est moins fondamentale du point de vue nursing. C'est plutôt une question d'accès aisé aux données, de facilité de mise à jour, de sécurité et de fiabilité. Nous ne nous y attarderons pas.

III. LA MESURE DE LA CHARGE DE TRAVAIL ET LA GESTION DES RESSOURCES INFIRMIERES

Un système de mesure de la charge de travail dans chaque unité de soins à chaque quart de travail est un outil de gestion qui supporte les processus de décision et d'évaluation de la direction des soins infirmiers en ce qui regarde l'allocation des ressources infirmières dans l'hôpital.

On fait ici l'hypothèse que la direction des soins infirmiers veut, à l'intérieur des contraintes budgétaires, équilibrer l'offre et la demande de soins dans chaque unité de soins à chaque quart de travail, c'est-à-dire assurer la présence de tout le personnel infirmier requis pour rencontrer les besoins des patients, mais seulement du personnel requis, et ne pas dépasser le budget.

Ces sous-objectifs sont contradictoires. Plus on tend à se rapprocher du premier, plus on tend à s'écarter des deux autres. On ne peut les atteindre simultanément que dans la mesure où on est capable de réaliser un équilibre parfait entre l'offre et la demande. Un tel équilibre est difficile à atteindre en raison de la complexité du phénomène de constitution de l'offre (l'offre, à un quart donné, dépend d'une suite de décisions prises à long, moyen, court et très court terme) et du peu de contrôle que la direction des soins infirmiers exerce sur la demande de soins. Aussi, observe-t-on en général dans les unités de soins une situation d'équilibre instable, l'offre étant supérieure à la demande à certains quarts et vice et versa.

Pour corriger ces écarts, il faut d'abord pouvoir les expliquer. C'est là le rôle de l'évaluation de la gestion. A partir du moment où on est capable d'identifier les décisions qui ont conduit à une rupture de l'équilibre à un moment ou durant une période donnée et la part de chacune dans l'explication du déséquilibre, on peut revoir les processus décisionnels. Ce processus diagnostique est relativement complexe et requiert idéalement l'utilisation d'un ordinateur.

De la même façon que l'implantation de la démarche nursing requiert le support d'un outil, en l'occurrence le plan de soins, l'allocation scientifique des ressources infirmières exige certains outils, le premier de ceux-ci étant un système de mesure de la charge de travail à chaque quart dans chaque unité de soins. On ne peut en effet prétendre équilibrer ce qu'on ne connaît pas. Si la mesure de l'offre de soins ne pose guère de problèmes (il suffit de comptabiliser les présences du personnel), il n'en va pas de même de la mesure de la charge de travail.

La demande est en effet une quantité floue, diffuse. Le temps des actions nursing varie d'un endroit à l'autre, d'un patient à l'autre. Il dépend aussi de la personne qui exécute l'intervention. Il existe de plus, souvent, une marge assez grande entre les soins donnés à un patient et les soins requis par ce même patient, en particulier en terme des temps qui leur est et qui devrait leur être consacrés si l'on se réfère aux exigences d'une pratique qualitativement acceptable des

soins. Enfin, on voudra normalement mesurer la charge de travail à l'avance (au moins un quart de travail à l'avance) si l'on veut que cette mesure puisse avoir de l'impact dans le processus d'allocation de ressources mais il sera trop tard pour corriger cette allocation. La mesure de la charge de travail est donc essentielle pour le gestionnaire puisqu'elle lui fournit les repères dont il a besoin pour décider et évaluer la manière dont il gère les ressources rares et coûteuses qui sont à sa disposition.

IV. LE PLAN DE SOINS ET LA MESURE DE LA CHARGE DE TRAVAIL

Nous venons d'analyser les raisons d'être et l'utilité de deux outils; le plan de soins et le système de mesure de la charge de travail. Si nous traitons simultanément de ces deux outils, ce n'est pas par hasard. C'est qu'une des caractéristiques originales du système PRN consiste précisément en l'intégration de la mesure de la charge de travail dans le processus de planification des soins.

Il existe par ailleurs de nombreux systèmes de mesure de la charge de travail. Tous ont en commun le fait que pour obtenir un estimé de la charge de travail globale, ils mesurent d'une part, les soins requis par chacun des patients individuellement et d'autre part, la charge imposée au personnel infirmier par les activités administratives ou d'entretien regardant l'ensemble de l'unité de soins. Nous nous intéressons ici seulement à la mesure des soins requis par les patients individuellement, puisque c'est la partie de la charge de travail la plus difficile à mesurer et aussi la plus significative ($\pm 80\%$).

Sans nous étendre sur la façon dont les nombreux systèmes existants procèdent à cette mesure, contentons-nous de relever qu'on leur reproche en général de mesurer plutôt les soins donnés aux patients que les soins requis par ceux-ci, d'être incapables (par construction et façon d'opérer) de vraiment individualiser la mesure des soins, d'être peu ou pas transportables, d'être spécialisés (valables seulement pour la médecine, ou la pédiatrie, etc.); de ne pas avoir été suffisamment validés. Nous expliquerons maintenant comment nous avons essayé de résoudre ces problèmes en construisant un système de mesure de soins requis par le patient individuel, intégré dans le processus de planification des soins, et par là même, dans la démarche nursing.

4.1. Le plan de soins PRN

L'objectif poursuivi en développant le plan de soins PRN (Figure 2) était de doter les infirmières d'un outil qui contienne tous les éléments de la démarche nursing qu'il est nécessaire de mémoriser pour assurer la pertinence, la cohérence et la continuité des soins. On voulait en outre que cet outil soit compatible avec n'importe quel modèle conceptuel des soins infirmiers, qu'il soit utilisable dans tous les types d'unités de soins et qu'il soit d'emploi facile.

Nous insisterons d'abord sur cette dernière condition. On a en effet essayé d'utiliser dans les hôpitaux du Québec, une multitude de formules de plans de soins, souvent sans beaucoup de succès, les infirmières étant réticentes à consacrer du temps à l'écriture du plan de soins sous prétexte qu'il est plus approprié d'utiliser ce temps pour donner des soins et que de toute façon, on exige déjà d'elles un grand nombre d'écritures que ce soit au dossier ou dans d'autres formules. La première chose à faire était donc d'éliminer toutes ces formules supplémentaires en concevant le plan de soins de façon à ce qu'il puisse accueillir toute l'information relative aux soins du patient.

Par ailleurs, du point de vue de la démarche nursing, interprétée de façon stricte et théorique, le design du plan de soins devrait être très élémentaire; une feuille de papier divisée en trois colonnes intitulées respectivement:

1. besoins, problèmes, objectifs;
2. action nursing;
3. résultats.

Dans la première colonne, selon le modèle conceptuel qui guide sa démarche, l'équipe infirmière inscrivent les besoins du patient et/ou les problèmes qu'en conséquence elle identifie et/ou les objectifs qu'en conséquence elle devrait poursuivre à travers ses interventions. Ces objectifs seraient normalement formulés en terme des « comportements » attendus du patient. Dans la seconde colonne, l'équipe d'infirmière devrait écrire les interventions qu'elle planifie pour répondre aux besoins/problèmes/objectifs identifiés à la première étape. Enfin, la troisième colonne servirait à l'évaluation des résultats des soins.

Cette façon de concevoir la planification des soins n'est simple qu'en apparence. En grande majorité, les infirmières éprouvent beaucoup de difficultés à cerner et formuler les besoins, problèmes ou objectifs. De plus, pour certains besoins/problèmes très « évidents » ou très « communs - courants », cette démarche apparaît inutilement lourde. Dès lors, même si la planification des soins dans les termes et selon le modèle présenté ci-dessus est en théorie l'idéal à atteindre, en pratique certains compromis sont nécessaires. Celui qui a été fait dans le plan de soins PRN est de compléter l'espace de travail conçu selon le modèle décrit ci-dessus par une section plus traditionnelle, visant essentiellement à recueillir les informations sur les actions nursing planifiées pour le patient. Ce qui fait cependant l'originalité de cette section, c'est qu'elle est structurée par thèmes et sous-thèmes (catégories de besoins/actions nursing) pour chacun desquels un espace de travail, taillé sur mesure a été prévu. Ces thèmes et sous-thèmes sont les suivants:

1. *Identification de l'établissement.*
2. *Identification du bénéficiaire.*
3. *Informations particulières (allergies, isolation,...).*
4. *Éléments de surveillance.*
5. *Soins de base:*
 - 5.1. respiration;
 - 5.2. **alimentation et hydratation**

- 5.3. élimination;
- 5.4. hygiène;
- 5.5. mobilisation.
6. Communications.
7. Thérapie:
 - 7.1. médicaments;
 - 7.2. traitements;
 - 7.3. perfusions.
8. Méthodes diagnostiques:
 - 8.1. pesée et mensuration;
 - 8.2. collecte, prélèvements, analyses simples;
 - 8.3. sang en réserve;
 - 8.4. examens, RX.
9. Consultations.
10. Profil clinique et social.

L'espace de travail prévu pour chaque thème ou sous-thème est lui même structuré et certains termes clés sont précodés; il suffit à l'infirmière de les encadrer ou de les cocher selon les besoins du bénéficiaire.

Ainsi, la première section du plan de soins, conçue selon les principes de la démarche nursing, offre peu de support à l'infirmière; par contre, elle n'est pas contrainte par une structuration a priori des besoins/actions nursing, ni par des espaces de travail de dimension pré-déterminée. De point de vue théorique et professionnel, c'est l'idéal. L'infirmière peut ordonner ses priorités de soins à sa guise, développer les points qui lui apparaissent les plus importants, etc. La seconde section est plus contraignante puisque la planification des soins y est préorganisée: espaces spécifiques réservés pour telle ou telle catégorie d'actions nursing, précodage des actions nursing, etc. Par contre, pour l'infirmière qui se sent moins à l'aise avec le processus de planification des soins, cet encadrement est rassurant; il lui sert de guide et d'aide-mémoire pour ne rien oublier; il lui simplifie la tâche: précodage, préorganisation du «texte» de la planification. La consultation du plan de soins est aussi facilitée, les mêmes informations se retrouvant toujours à la même place.

Dans l'esprit des conceptrices du plan de soins PRN, les infirmières selon leur familiarité avec la démarche nursing auraient été appelées à utiliser l'une ou l'autre section de la formule, et éventuellement les deux pendant la période de transition durant laquelle l'équipe passerait progressivement de la méthode de planification traditionnelle (limitée à l'élaboration écrite des actions nursing) à la méthode préconisée par la démarche nursing (où l'élaboration des actions s'inscrit entre leur justification explicite a priori et leur évaluation explicite a posteriori).

A l'usage, il est apparu que l'existence de deux sections « concurrentes » dans la formule de plan de soins était non seulement utile pour permettre aux équipes de passer progressivement d'une méthode à l'autre, mais aussi que la planification mixte restait pertinente même au moment où les infirmières avaient acquis la maîtrise de planification selon les principes de la démarche nursing. Cela se comprend quand on réalise que le plan de soins remplit essentiellement deux fonctions et que

chacune des sections répond respectivement aux besoins de l'une ou l'autre de ces fonctions.

La première fonction en est de systématisation, d'intégration, d'unification, de vérification, de justification, d'évaluation des soins. C'est la section « démarche nursing » du plan de soins qui la supporte. Il est vrai que les actions nursing sont élaborées dans le cadre de la démarche nursing et inscrites dans cette section. Cependant, ce ne sont pas toutes les actions nursing qui seront reprises dans cette section (seulement les plus importantes, les plus « particulières » au patient), et de plus, l'ordre dans lequel elles apparaissent relève plus des priorités des besoins/problèmes/objectifs telles que déterminées par l'équipe infirmière que des réalités de l'organisation des soins. Enfin, cet ordre varie d'un patient à l'autre.

Dès lors, du point de vue de la seconde fonction du plan de soins, celle d'outil de référence, d'aide-mémoire que l'infirmière consulte régulièrement et rapidement dans le courant de la journée pour s'assurer qu'elle va faire ou a fait ce que le patient requiert, la première section est peu pratique: la présentation des actions nursing n'y est pas conçue en fonction des besoins de l'infirmière-dispensatrice des soins mais plutôt selon ceux de l'infirmière-conceptrice des soins.

C'est là qu'arrive à la rescousse, la seconde section de la formule de plan de soins qui elle répond à ces besoins. Il est vrai que l'utilisation en parallèle des deux sections de la formule de plan de soins implique une certaine duplication de l'information, les actions nursing élaborées et inscrites dans la première section étant reportées dans la seconde section. Cependant, cette duplication ne consomme presque pas de temps étant donné le format de la seconde section et elle n'est pas inutile puisqu'elle correspond à une vérification du plan de soins (Figure 3).

Les résultats des évaluations qui ont été réalisées dans les hôpitaux utilisateurs de la formule PRN indiquent que l'introduction de cette formule a conduit à une amélioration considérable de la planification des soins en terme d'exhaustivité, de cohérence et de pertinence.

4.2. La mesure PRN des soins requis par le patient

L'idée qui a été mise en pratique dans la méthode PRN est que pour mesurer le temps des soins requis par chaque patient individuellement, il suffit d'additionner le temps de chacune des actions nursing prévues (planifiées) pour le patient.

Le principal avantage de cette approche est qu'elle permet l'individualisation de la mesure (du temps) des soins requis (non pas donnés) prévus pour le patient, donc inscrits dans son plan de soins. Son lien avec la planification des soins est donc direct. De plus, cette méthode de mesure présente l'avantage d'être valable systématiquement sur son contenu. Cette validation est en cours depuis dix ans, alimentée par un processus de feedback continu. Enfin, le système de mesure a été conçu à être transportable d'une unité de soins à l'autre et d'un hôpital à l'autre et on l'a voulu

universel, c'est-à-dire applicable dans tous les types d'unités de soins : médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie, post-partum, pouponnière, soins intensifs, unité coronarienne, soins prolongés, hébergement, psychiatrie (sauf les unités de soins où le patient séjourne moins de vingt-quatre heures).

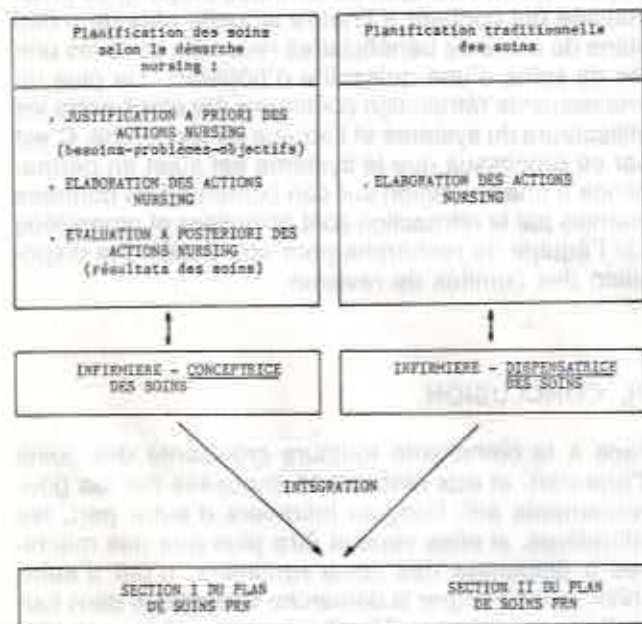


Figure 3 : Intégration des rôles infirmiers de conception et de dispensation des soins dans le plan de soins PRN.

Une telle approche n'était cependant pas sans présenter des problèmes très importants au niveau de sa mise en pratique. Il est en effet difficile d'associer un temps fixe à une action nursing donnée, puisque sa durée peut varier, avec le bénéficiaire concerné, avec le personnel qui l'exécute, avec l'environnement (physique et organisationnel). Ces problèmes ont été résolus de façon satisfaisante :

1. en ce qui concerne les sources de variation dues à l'environnement, en jouant sur la définition (le contenu) des actions nursing; par exemple :

- en n'incluant pas dans le temps des actions nursing, le temps des déplacements qui y sont reliés (le temps de ces derniers varie en effet avec le contexte; la méthode PRN tient cependant compte des déplacements indépendamment des temps de soins);
- en tenant compte dans le temps des actions nursing, des temps des actes relatifs à cette action posés au chevet du patient et hors de la chambre du patient (par exemple: préparation du matériel,...). En effet, d'un endroit à un autre, la répartition « chevet/hors chevet » du temps des actes peut changer considérablement.

2. en ce qui concerne les sources de variations dues au bénéficiaire, en disséquant de façon extrêmement

fine les activités de soins. En fait, la formule PRN de mesure au niveau des soins requis (Figure 4) distingue 99 catégories (correspondant grosso-modo chacune à un besoin très spécifique des patients); on a davantage différencié les actions nursing pour tenir compte directement ou indirectement des caractéristiques particulières des patients qui font que le temps de l'action nursing varie. C'est ainsi finalement qu'on a identifié 249 actions nursing ou groupes d'actions nursing appelés *facteurs*, différents quant à leur temps. Ce sont ces 249 *facteurs* qui sont regroupés dans les 99 catégories précédemment mentionnées. Ainsi par exemple, on a créé des facteurs :

- pour certaines catégories de bénéficiaires (ex. : les bébés);
- qui rendent compte du nombre de membres du personnel infirmier qui participent à l'exécution d'une même action nursing;
- qui rendent compte des différentes modalités de prise en charge du bénéficiaire (soutien, conseil et orientation, aide partielle, aide complète) pour une action nursing donnée;
- qui rendent compte des intensités (par exemple: présence constante), ampleurs (par exemple: pourcentage de la surface corporelle du bénéficiaire), et fréquence (par exemple: 20 fois par jour) d'une action nursing.

3. en ce qui concerne les sources de variation dues au personnel, en déterminant la durée des actions nursing, non en pas en faisant référence à un membre du personnel en particulier mais plutôt à une équipe infirmière normale.

Enfin, on s'est assuré, en construisant la formule de mesure et en définissant ses règles d'utilisation, de l'exhaustivité de son contenu (elle recouvre l'ensemble des soins qui peuvent être requis par un quelconque patient) et de sa non redondance (on ne compte pas deux fois la même chose).

Du point de vue de son utilisateur, la formule PRN de mesure du niveau des soins requis se présente donc comme une liste de 249 facteurs. Chacun de ceux-ci représentant une ou plusieurs actions nursing qualifiée(s) par certains attributs: type de bénéficiaire concerné, modalités de prise en charge, ampleur, intensité, fréquence, etc. Chaque facteur a un poids (une valeur) exprimée en points équivalents de minutes (un point = cinq minutes). Cette valeur représente le temps requis pour exécuter une certain nombre de fois (spécifié explicitement ou implicitement) l'action ou les actions nursing représentées par le facteur durant une période de vingt-quatre heures.

La liste des 249 facteurs est structurée. Comme indiqué précédemment, les facteurs sont regroupés en 99 entrefilets, ces derniers étant eux-mêmes rassemblés sous 8 thèmes :

- respiration
- alimentation et hydratation
- élimination
- hygiène et confort
- communication
- mobilisation

- traitements
- méthodes diagnostiques

Ces huit (8) thèmes correspondent aux thèmes de la formule de plan de soins.

Les deux formules, du moins en ce qui concerne le contenu qu'elles partagent, sont donc structurées de la même façon.

Bien plus, au niveau de leur utilisation, les deux outils se renforcent mutuellement. Ainsi, les carrés apparaissent à droite des actions nursing dans la formule de plan de soins sont réservés à l'inscription des valeurs des facteurs (pertinents dans le cas du patient concerné) de la formule de mesure du niveau des soins requis.

Un espace est de plus prévu au bas de la formule du plan de soins pour l'inscription de la somme de ces valeurs, que l'on appelle le niveau des soins requis par le patient. Ce niveau est exprimé en point, mais un point valant cinq minutes, le temps des soins requis par le patient pendant les prochaines vingt-quatre heures est ainsi inscrit en permanence au plan de soins.

Chaque fois que l'équipe infirmière met à jour le plan de soins (en pratique, au moins à chaque quart de travail), les «valeurs» des actions nursing sont elles aussi mises à jour, de même que leur somme (le niveau des soins). Ainsi l'intégration dans le processus de planification des soins de la mesure du niveau, permet de mettre à jour celle-ci fréquemment (à chaque quart) et ce, aisément et à coût presque nul.

Inversément, l'association de la mesure du niveau des soins requis à la planification des soins a eu pour effet d'améliorer grandement cette dernière. Ceci explique facilement de la manière suivante: la mesure du niveau des soins requis n'est pas une fin en soi. Cette mesure est utilisée pour déterminer la charge globale de travail dans chaque unité de soins à chaque quart de travail. La mesure de la charge de travail est elle-même utilisée par le gestionnaire pour l'allocation des ressources. Les infirmières de chevet ont donc tôt fait de se rendre compte que si leurs plans de soins sont incomplets, elles ne mesureront pas tous les soins requis par le patient ce qui, au bout de la ligne, signifiera moins de ressources allouées pour soigner ces patients. C'est ainsi que les hôpitaux utilisateurs ont vu, avec l'introduction du PRN, s'accroître de façon significative la «qualité» des plans de soins en terme d'exhaustivité.

V. METHODOLOGIE

Nous n'entrerons pas ici dans les détails de la méthodologie de construction de la formule de mesure du niveau et de la formule de plan de soins PRN. Nous en retiendrons seulement les principales caractéristiques. Le développement du système a commencé en 1974 et il s'est poursuivi depuis lors sous la direction de la même équipe de recherche. Cependant, ce déve-

loppement a été essentiellement le fait des utilisateurs du système eux-mêmes.

Les deux principaux outils du PRN dont il vient d'être question, ont en effet été construits par des comités d'infirmières provenant des hôpitaux utilisateurs. La méthode de construction en est essentiellement une de discussion structurée en groupe (méthode du groupe nominal). Les membres des comités ont à leur disposition une banque de données empiriques informatisée qui contient à l'heure actuelle plus de 6.000 plans de soins de bénéficiaires recueillis dans les unités de soins d'une quinzaine d'hôpitaux. De plus un processus de rétroaction continue a été établi entre les utilisateurs du système et l'équipe de recherche. C'est par ce processus que le système est sujet en permanence à une validation sur son contenu. Les données fournies par la rétroaction sont compilées et organisées par l'équipe de recherche pour être mises à la disposition des comités de révision.

VI. CONCLUSION

Face à la complexité toujours croissante des soins d'une part, et aux restrictions imposées par les gouvernements aux budgets infirmiers d'autre part, les infirmières, si elles veulent être plus que des machines à dispenser des soins routiniers, n'ont d'autre choix, que d'intégrer la démarche scientifique dans leur pratique quotidienne. Une profession qui accepterait, sous le fallacieux prétexte du manque de ressources, donc du manque de temps, de dispenser des soins sans réfléchir sur ce qu'elle fait et comment elle le fait, court tout droit à la démotivation et à la perte de crédibilité et de statut. Comportement suicidaire pour la profession mais aussi attitude allant à l'encontre des intérêts des patients qui n'y trouveraient aucune garantie de soins individualisés répondant à leurs besoins.

La revendication du droit à analyser, penser et réfléchir les soins qu'on dispense est de toutes évidence légitime et doit être d'autant plus ferme que les pressions induites par la rareté des ressources invitent au travail à la chaîne, mécanisé, deshumanisé. Un tel contexte de rareté implique aussi que les infirmières se battent fermement pour faire reconnaître leur droit à s'autogérer et qu'elles se donnent les moyens de le faire respecter en s'engageant résolument dans la voie de la gestion scientifique des soins. Ce n'est qu'ainsi qu'elles auront une chance de faire des démonstrations convaincantes du caractère arbitraire des restrictions imposées aux budgets des soins infirmiers.

L'histoire récente des pays développés démontre que tant que les infirmières ont attendu que d'autres fassent à leur place les démonstrations requises pour maintenir leur charge de travail à un niveau acceptable, compatible avec des soins de bonne qualité, ces démonstrations n'ont pas été faites. Les soins infirmiers ne sont en mouvement que là où les infirmières décident qu'ils le seront et utilisent les moyens nécessaires pour qu'ils le soient et qu'ils le restent.

SYSTÈME PRN

Extraits de
la formule de mesure
du niveau des soins

ÉLIMINATION		
Urinal	1-3 fois	1
Urinal	4-7 fois	2
Urinal	8 fois ou plus	4
Bassin de lit	1-3 fois	2
Bassin de lit	4-7 fois	5
Bassin de lit	8 fois ou plus	9
Assistance à la toilette	1-2 fois	2
Assistance à la toilette	3 fois ou plus	5
Soins d'incontinence	1-3 fois	3
Soins d'incontinence	4-7 fois	6
Soins d'incontinence	8 fois ou plus	11
Couches/culottes/petit pot (0-4 ans)		6
Soins ext. de sonde vésicale/condom/étui pénien		2
Entretien de stomie	1 stomie	6
Entretien de stomie	2 stomies ou plus	15
HYGIÈNE		
Soins d'hygiène: enfant 0-4 ans	1 fois	3
Soins d'hygiène: enfant 0-4 ans	2 fois ou plus	6
Soins d'hygiène: bèn. autonome	1 fois	2
Soins d'hygiène: bèn. autonome	2 fois ou plus	4
Soins d'hygiène: aide part.	1 fois	4
Soins d'hygiène: aide part.	2 fois ou plus	7
Soins d'hygiène: aide compl. (lit)	1 fois	7
Soins d'hygiène: aide compl. (baig.)	1 fois	9
Soins d'hygiène: aide compl. (baig./lit)	2 fois ou plus	16
Soins d'hygiène avant hydrothérapie	Prép. du bèn.	8
Soins d'hygiène et hydrothérapie (pr.c.)	1 fois	11
Soins d'hygiène et hydrothérapie (pr.c.)	2 fois ou plus	19
Soins d'hygiène préventifs	1-3 fois	1
Soins d'hygiène préventifs	4 fois ou plus	2
Hygiène buccale	4-11 fois	1
Hygiène buccale	12 fois ou plus	3
Rasage de barbe ou soins de beauté		2
Lavage de tête: lavage simple		3
Lavage de tête: lavage et coupe de cheveux		6
Lavage de tête: extraction d'adhérences		9
Aide à l'habillement		3
Aide à l'habillement (clientèle dysfonctionnelle)		5

Figure 4