

MESURER LA CHARGE EN SOINS INFIRMIERS

*pour améliorer la qualité,
un paradoxe?*

Pourquoi demander aux infirmières de mesurer la charge de travail que représente les soins donnés à leurs patients alors qu'elles ont déjà bien assez à faire sans cela et qu'elles se plaignent d'avoir de moins en moins de temps à leur consacrer? En quoi cette démarche peut-elle contribuer à donner des soins de qualité aux patients? Nous allons vous montrer comment le PRN (Projet de Recherche en Nursing) tel que nous l'utilisons dans notre contexte professionnel peut en effet contribuer à améliorer la qualité des prestations.

Jean-Daniel Henchoz, Suzanne Menétray
Département des Soins infirmiers,
Secteur études, Hôpitaux Universitaires
de Genève

Depuis plusieurs années, les infirmières, comme tous les professionnels de la santé oeuvrant dans les hôpitaux, subissent des pressions institutionnelles, professionnelles, politiques ou économiques qui les obligent à mieux objectiver tant la qualité de leurs prestations que la quantité des moyens alloués pour les dispenser. Une foison de systèmes de mesure est apparue, remettant profondément en question la manière de concevoir les activités de soins. Après une longue période de croissance plus ou moins contrôlée des moyens, le constat est actuellement unanime: les coûts de la santé ne peuvent pas continuer à augmenter plus vite que les possibilités de les financer. Il ne suffit plus

d'affirmer que l'on fait aussi bien que l'on peut; la consigne est de faire aussi bien avec les moyens dont on dispose, voire mieux avec moins.

S'il est donc nécessaire d'apprécier en continu l'utilité et l'efficacité des soins donnés aux patients, nous sommes convaincus qu'un outil de mesure tel que le PRN, dont l'implantation a commencé en Suisse en 1993¹, peut nous y aider car il permet de non seulement mesurer le poids des soins mais aussi de mener une réflexion sur leur bien-fondé.

La qualité vue par le personnel soignant

Loin de nous l'idée de prétendre définir la qualité des soins de manière exhaustive dans ce bref article, ni de vouloir expliquer comment la mesurer. Considérons plutôt le but visé par l'infirmière lorsqu'elle

le prodigue des soins. Son cadre de référence n'est peut-être pas toujours très clair, mais il existe. La valorisation de l'autonomie de l'individu malade et la suppléance des besoins qu'il ne peut satisfaire lui-même par manque de forces physiques, de connaissances ou de volonté sont des notions très répandues dans la profession, véhiculées, entre autres modèles, par celui de V. Henderson², couramment utilisé sous nos latitudes. Selon ce concept, l'infirmière peut intervenir, soit en se substituant au patient pour accomplir des tâches qu'il ne peut effectuer lui-même, soit en aidant le patient à acquérir les connaissances qui lui manquent, soit encore en le stimulant à agir dans la mesure de ses possibilités. Le but à garder en mémoire est que le patient redevienne indépendant.

Dans l'exemple d'un patient porteur d'une trachéotomie à demeure, la suppléance de la part de l'infirmière sera né-

cessaire dans un premier temps pour aspirer ses sécrétions bronchiques et prévenir l'infection de la plaie. Puis dans un deuxième temps, ce patient devra recevoir un enseignement à ce sujet pour pouvoir se prendre en charge lui-même: il sera alors redevenu indépendant pour satisfaire son besoin de respirer. Dans une perspective de qualité, il importe que le patient soit aidé quand il en a besoin, et seulement quand il en a besoin. Dans notre exemple, on aurait défaut de qualité si l'infirmière ne faisait pas d'aspirations bronchiques et laissait le patient s'exposer à des complications liées à l'encombrement de ses voies respiratoires. De même, il n'y aurait pas qualité si elle ne préparait pas le patient à se soigner lui-même à domicile, le laissant dépendant des soins infirmiers. On voit donc que, pour qu'il y ait qualité, l'infirmière doit bien connaître le type de patients dont elle doit s'occuper, savoir quels soins donner et à quel moment, mener une réflexion préalable sur chaque patient afin d'identifier les besoins en aide qui lui sont propres.

Une infirmière devrait respecter quatre critères quand elle donne un soin:

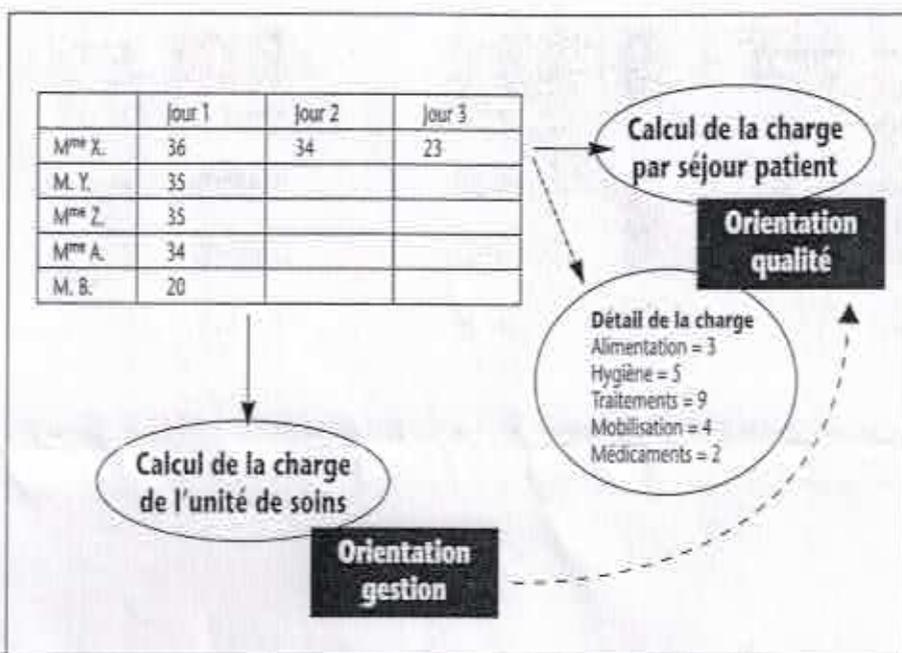
- utilité
- efficacité
- confort (du patient)
- économie

Il en va de même pour le cadre infirmier, plus particulièrement responsable de la planification des ressources matérielles et humaines nécessaires à l'accomplissement de ces activités, dans la perspective du meilleur équilibre possible entre l'offre et la demande d'un secteur de soins. Il est communément admis dans les soins infirmiers que, lorsque ces quatre critères sont présents, il y a qualité.

Le PRN, outil de mesure de la demande en soins

Voyons maintenant ce qu'est le PRN^{3,4}. Il s'agit d'un outil permettant de répertorier les soins nécessaires aux patients et de les quantifier en terme de temps. Sa base est une liste de 249 actions de soins (ou groupes d'actions) appelées «facteurs» qui rendent compte de la totalité

Fig. 1: Dualité des Indicateurs PRN



des soins directs susceptibles d'être prodigués à des patients hospitalisés. Chaque facteur est coté en temps (moyen) nécessaire pour accomplir le soin auquel il se réfère pendant une durée de 24 heures. Par souci pratique, les facteurs sont cotés en points, un point valant cinq minutes. Il appartient à l'infirmière de sélectionner, à partir de la liste de référence, les facteurs qui correspondent aux soins planifiés pour son patient. L'addition des points de chaque facteur choisi déterminera le temps de soins requis par le patient pour 24 heures. En général, les données sont traitées par l'informatique. Elles peuvent être employées de deux manières (Fig. 1): à l'état brut, elle permettent de suivre la charge du patient tout au long de son séjour dans les différents secteurs d'une institution. En outre, ces données permettent de connaître la charge de travail de chaque unité ou groupe d'unités de soins, ainsi que la quantité de personnel soignant nécessaire pour y faire face. Pour cela, le système rajoute différents temps selon des barèmes pré-déterminés, qui tiennent compte d'autres activités indispensables à la bonne marche de l'unité de soins, mais qui ne sont pas comprises dans les soins directs. Il s'agit des:

- communications au sujet du client
- activités administratives et d'entretien
- déplacements internes et externes à l'unité de soins, avec ou sans le patient

Bien que d'autres systèmes de mesure de la charge en soins s'apparentent au PRN, celui-ci présente certaines caractéristiques que nous trouvons particulièrement intéressantes, notamment dans une optique de gestion de la qualité:

L'application prospective en fonction des soins requis

Alors que beaucoup de systèmes s'utilisent rétrospectivement, c'est-à-dire en mesurant les soins donnés ou requis au cours des 24 heures écoulées, le PRN permet les deux options prospective et rétrospective mais se prête plus particulièrement à la première.

Les avantages de cette approche sont de deux ordres. Tout d'abord cela permet aux cadres infirmiers d'avoir une idée précise des besoins en personnel à court terme pour chaque unité de soins, ce qui rend possible l'adaptation anticipée, dans la mesure du possible, soit de l'offre en personnel soit de la demande en soins. D'autre part, l'évaluation prospective s'inscrit dans la démarche de planification

des soins qui, indépendamment de l'utilisation d'un système de mesure de la charge, devrait se faire de toute façon pour assurer des soins adaptés aux besoins du patient. Si nous reprenons notre exemple du patient trachéotomisé, il est important que l'infirmière qui s'en occupe détermine à l'avance les soins et l'enseignement qui devront lui être dispensés afin de lui éviter des complications respiratoires. En pratique, elle enregistrera les problèmes à résoudre dans le dossier du patient, en tenant compte de ses difficultés réelles ou potentielles à l'égard de sa maladie, de son niveau de dépendance, de sa manière de réagir au changement de son état de santé. Puis elle définira un plan d'actions visant à couvrir les besoins particuliers du patient pour le lendemain. C'est alors qu'elle choisira les facteurs correspondants à ces soins et qu'elle mesurera le score PRN du patient pour les prochaines 24 heures.

Bien que les infirmières soient formées dans ce sens, dans la pratique, cette démarche n'est pas évidente, car elle nécessite une vision globale et prospective des besoins individualisés des patients. Le PRN vient en fait renforcer la réflexion de l'infirmière, en mettant à sa disposition un répertoire complet des soins possibles qu'elle sera, en principe, appelée à utiliser chaque jour.

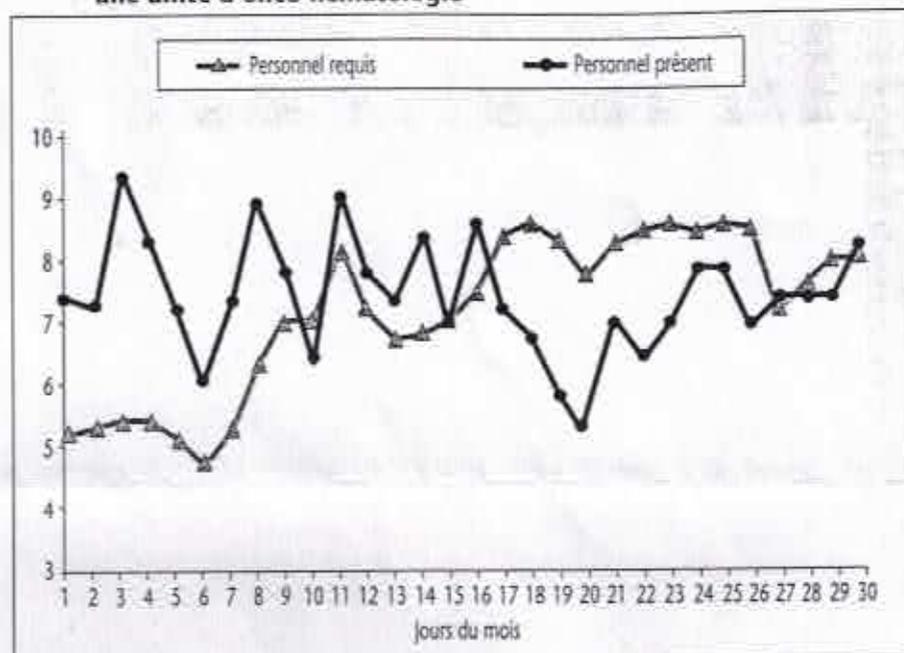
Notons enfin que par soin requis, on n'entend pas soin idéal ou maximal mais, comme on l'a vu ci-dessus, soin adapté à une récupération la plus rapide possible de l'indépendance.

La fiabilité des mesures

Le fait que l'infirmière puisse choisir entre 249 possibilités peut faire craindre une tendance à la surestimation de la charge des patients par un choix non approprié des facteurs. Ce risque est présent mais évitable si le score est bien mesuré à partir de ce qui est enregistré dans le dossier de soins infirmiers et de ce qui devrait faire l'objet d'un consensus au sein de l'équipe soignante.

Une bonne formation initiale des utilisateurs s'impose, ainsi qu'une information suffisante sur les résultats produits par le système. De plus, chaque facteur PRN est expliqué en détail dans un guide

Fig. 2: Exemple d'équilibre offre-demande mensuel pour une unité d'onco-hématologie



de référence où l'infirmière trouve également des règles d'utilisation qui l'orientent dans le choix approprié des facteurs. Enfin, la réalisation d'audits périodiques par des évaluateurs externes à l'unité de soins est recommandée.

La validité de l'outil

La liste des facteurs PRN a été constituée par des infirmières d'institutions de plusieurs pays utilisant cet outil (Canada, Espagne, France, Italie et Suisse). Elle est révisée régulièrement pour l'adapter à la constante évolution des soins infirmiers. Les actions de soins constituant les facteurs ainsi que les temps requis pour effectuer les soins font l'objet d'un consensus entre représentants des utilisateurs avant d'être incorporés dans une nouvelle liste. L'avantage de cette démarche est que l'on dispose ensuite de temps de soins requis largement validés au niveau de la profession. Ces temps sont d'ailleurs parfois employés comme référence dans des travaux de recherche en soins infirmiers. Pour autant que soit respectée la convention selon laquelle les utilisateurs ne modifient ni n'adaptent les temps à leur propre initiative, des comparaisons sont également possibles entre les hôpitaux ayant adopté le système.

Le PRN outil de gestion des ressources en personnel

Le système permet de connaître le nombre de personnes nécessaires à chaque unité de soins par tranche de 24 heures ou par tranche de huit heures. Ce nombre est comparé à l'effectif du personnel présent, ce qui permet de connaître et de comparer le surplus ou la pénurie de personnel de chaque unité de soins. Des logiciels ont été spécialement développés pour traiter ces données. Si un système de planification informatisée du personnel existe dans l'hôpital utilisateur, une interface peut être créée entre les deux logiciels afin d'éviter des doubles saisies de données. Quand le système est employé prospectivement, les cadres infirmiers peuvent anticiper, dans une certaine mesure et de la manière la plus équitable possible, une répartition des patients dans les unités de soins les moins chargées ou l'affectation d'un éventuel pool de personnel remplaçant. Il peut ainsi arriver qu'une soignante d'une unité soit sollicitée pour compléter l'effectif d'une autre unité surchargée pendant une tranche d'un horaire donné. Le but est d'une part d'assurer aux patients la disponibilité d'un personnel suffisant

pour prodiguer des soins en quantité et en qualité suffisantes et d'autre part, d'éviter le gaspillage des ressources existantes. Une certaine mobilité des effectifs peut aussi être bénéfique aux secteurs favorables à la polyvalence de leur personnel.

Les données PRN sont bien sûr également étudiées rétrospectivement. Les logiciels de traitement des données permettent de produire de nombreuses informations statistiques et graphiques mettant en évidence l'équilibre offre-demande pendant une période donnée (Fig. 2). Le cadre infirmier peut extraire lui-même les informations correspondant à son niveau de responsabilités (unité de soins, service, département, hôpital entier) pour mettre en évidence les surplus et/ou les pénuries, les volumes d'absences et de remplacements, les «gaspillages» de personnel (dus soit à une mauvaise planification, soit à une variation importante du nombre ou de la charge des patients par rapport aux prévisions).

En général, après une analyse rétrospective des résultats de la planification, ces données sont utilisées pour orienter les décisions concernant:

- l'équité de la répartition du personnel disponible entre les différentes unités de soins d'un hôpital à court, moyen et long terme;
- l'adaptation des effectifs d'un secteur à des changements de structures ou de missions (diminution du nombre de lits exploités, création d'une nouvelle unité de soins p.ex.);
- la préparation des budgets de main d'oeuvre, ou la révision des dotations de base.

Notons que le PRN présente, comme tout outil, certaines limites. Premièrement, il s'agit d'un outil quantitatif qui ne donne pas d'indications sur la qualification du personnel présent ou requis: il montrera p.ex. que dix personnes à plein temps sont nécessaires pour telle unité de soins à telle période mais n'indiquera pas s'il s'agit d'infirmières ou d'aides soignantes. Les cadres infirmiers doivent donc pondérer les résultats sur la base de leurs connaissances et expérience du

contexte. En outre, le PRN n'est pas directement utilisable pour mesurer les soins ambulatoires puisque les facteurs sont cotés par tranche de 24 heures de soins.

Le PRN outil de mesure de la qualité

Tout ce que nous avons vu jusqu'à maintenant concourt indirectement à assurer une meilleure qualité des prestations infirmières. Cependant les données collectées peuvent être utilisées plus directement dans le cadre d'études qualité. Avec la rarefaction des moyens, on se demande de plus en plus souvent si les soins sont toujours justifiés, indispensables ou peuvent être différés, compte tenu des besoins de la clientèle auxquels l'hôpital se doit de répondre. Les résultats du PRN peuvent contribuer à répondre à ces questions. Il est admis, en effet, que la liste des facteurs constitue une classification complète des soins infirmiers. Le score de charge d'un patient peut aisément être enregistré en détail dans le système informatique, c'est-à-dire par facteur et non plus globalement, avec référence au nom ou au numéro de dossier du patient. En combinant ces données avec les relevés de routine d'autres professionnels, comme par exemple les codes diagnostics, les codes d'interventions ou l'âge, on peut identifier et étudier des profils de soins ou de groupes de soins (respiration, alimentation, actes techniques etc.) caractéristiques de tel patient ou groupe de patients. On peut ensuite comparer ces données avec par exemple des protocoles de soins idéaux établis conjointement par le corps médical et infirmier, puis mesurer l'écart avec les soins planifiés dans la pratique. De telles études sont déjà initiées en vue d'améliorer le rapport qualité-prix des soins.

Les scores PRN sont aussi de plus en plus souvent incorporés à des données relevées dans des études qualité sur des thèmes tels que le taux d'escarres, les chutes de patients, les besoins d'hébergement en chambres à un ou deux lits, la validité des durées de séjours par exemple. En effet, le score de charge en soins détaillé ou global constitue un indi-

icateur intéressant pour déterminer certains niveaux de risques ou d'actions inappropriés.

L'intégration encore à venir des scores détaillés à un dossier-patient informatisé permettra de compléter ces études par des évaluations comparatives des soins requis et des soins donnés.

Meilleure gestion des ressources

Un système de mesure des charges en soins infirmiers ne conduit pas toujours à des économies financières, alors même que son but peut paraître avant tout de nature économique. A travers notre expérience du PRN, nous avons essayé de montrer que, bien utilisé, un tel système oriente indubitablement vers une amélioration de la gestion des ressources disponibles qui profite aux exigences toujours plus grandes des soins infirmiers prodigués aux patients hospitalisés. Par cela, et également par le biais d'interactions multiples avec d'autres applications hospitalières, un outil tel que le PRN s'apparente certainement aux démarches de promotion de la qualité des soins.

Références

- ¹ HENCHOZ J.D., RAE A.C.: Implantation d'un système de mesure de la charge en soins infirmiers dans deux hôpitaux universitaires in *Informatique & santé*, No 19, 4ème trimestre 1994
- ² HENDERSON V.: *Principes fondamentaux des Soins infirmiers*, CII, Genève, 1969
- ³ TILQUIN C.: *Le système PRN de mesure de l'intensité des soins requis donnés au patient*, Equipe de Recherches Opérationnelles en Santé, Montréal, 1995
- ⁴ THIBAUT C. Ed.: *Les systèmes de mesure de la charge en soins infirmiers*, Association des Hôpitaux du Québec, Montréal, 1987
- ⁵ TILQUIN C.: *Se fonder sur la mesure des ressources soit requises soit données aux personnes en perte d'indépendance pour déterminer leur demande de ressources socio-sanitaires*, Equipe de Recherches Opérationnelles en Santé, Montréal, 1996
- ⁶ LAURIN J.: *Evaluation de la qualité des soins infirmiers*, Paris/Montréal, 1983
- ⁷ KLEIBER C.: *Questions de soins*, Lausanne 1991