



La mesure du niveau des soins infirmiers requis

EROS

Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé



Un système d'information
pour la gestion
des soins infirmiers

La mesure du niveau des soins infirmiers requis

prévus pour le bénéficiaire

pour la prochaine période de vingt-quatre heures

EROS

Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé



La mesure du niveau des soins infirmiers requis

Charles TILQUIN

Jocelyne CARLE

Diane SAULNIER

Pierre LAMBERT

et

Collaborateurs

EROS

Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé

Institut National de Systématique Appliquée (I.N.S.A.)

et

Département d'administration de la santé

Université de Montréal

Montréal - Avril 1981

Adressez toute correspondance à:

Jocelyne Carle
E.R.O.S.
Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé
Pavillon 3535 Reine Marie - suite 501
Université de Montréal
C.P. 6128, succursale A
Montréal, Québec, Canada
H3C 3J7

TÉLÉPHONE: (514) 343-5973

Imprimé au Québec

Dépôt légal, 2e trimestre 1981

Bibliothèque nationale du Québec et du Canada

Copyright ©, 1981 par Charles Tilquin. Ce document tombe sous la protection des lois canadiennes sur les droits d'auteurs et de la convention internationale sur les droits de reproduction.

Tous droits réservés. Aucune partie de ce document ne peut être traduite, reproduite ou transmise d'aucune façon et par aucun moyen électronique ou mécanique incluant photocopie et microfiches, tout système d'enregistrement y compris diaporama et vidéo, tout système de stockage et de sortie de l'information, sans la permission écrite de Charles Tilquin.

TABLE DES MATIÈRES

	page
Liste des figures	VII
Dédicace	XI
Préface de la première édition	XIII
Remerciements	XVII
1. Introduction	1
2. Le système PRN	3
3. Description de la FORMULE PRN 80 de MESURE DU NIVEAU	7
4. Utilisation de la FORMULE PRN 80 de MESURE DU NIVEAU	19
5. Description et utilisation des facteurs	23
5.1 Respiration	25
5.2 Alimentation et Hydratation	35
5.3 Elimination	45
5.4 Hygiène et confort	53
5.5 Communication	75
5.6 Traitements	111
5.7 Méthodes diagnostiques	151
6. Signification du NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS	173
7. Méthode de construction de la FORMULE PRN 80 de MESURE DU NIVEAU	181
8. Le MODULE DE MESURE du système PRN	189
9. Le système PRN et la gestion des ressources humaines	191
10. Le système PRN et l'informatique	199
11. Le système PRN, l'individualisation et l'humanisation des soins	205
12. Conclusion	209
Références	211
Index	215
Abréviations	237
Appendice: Formule de Plan de soins PRN	239

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: FORMULE DE MESURE DU NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS

FIGURE 2: RÈGLE DE NEUF "9": Calcul du pourcentage de la surface cutanée

FIGURE 3: GRILLE SYNTHÈSE DES FACTEURS DE COMMUNICATION

FIGURE 4: Construction et validation de la FORMULE PRN DE MESURE DU NIVEAU: de PRN 74 à PRN 80

FIGURE 5: Formule de recueil de STATISTIQUES QUOTIDIENNES concernant le PERSONNEL PROFESSIONNEL

A la mémoire de Céline Patoine

A Catherine et Isabelle

DÉDICACE

A l'occasion de la parution de ce cahier, je voudrais rendre un hommage particulier à Céline Patoine à qui l'équipe dédie le système PRN 80. Céline, coordonnatrice au centre hospitalier Maisonneuve-Rosemont, nous a fait bénéficier une dernière fois de son savoir, et de son expérience, tout autant que de sa chaleur et de sa gentillesse, en siégeant au comité général PRN 80 pendant le cours répit que lui a laissé la maladie qui vient de l'emporter. Céline travaillait avec nous depuis 1976. Elle a représenté Maisonneuve-Rosemont dans tous les comités PRN 76 après avoir été associée à l'équipe au début du projet PRN. Le système PRN lui doit beaucoup. Sa disparition prématurée nous prive d'une précieuse collaboratrice et d'une grande amie.

Je voudrais également dédicacer ce cahier à Catherine et Isabelle qui ont participé d'on ne peut plus près à la conception et à l'accouchement du PRN 80, Jocelyne et Diane les ayant portées durant toute la préparation de cette nouvelle version du PRN.

Charles Tilquin

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

La recherche dont le système PRN 80 est issu, a commencé en 1969 au centre hospitalier Sainte-Justine pour les enfants à Montréal, à l'initiative et sous la direction de Monique Chagnon, directrice adjointe des soins infirmiers.

Les normes du Ministère de la Santé* alors utilisées au Québec pour le calcul des ressources humaines paraissaient inadéquates à la direction des soins infirmiers du centre hospitalier Sainte-Justine. Ces normes allouaient un montant fixe d'heures soins payées par jour-bénéficiaire par grande spécialité**. En vigueur depuis de nombreuses années, leur origine exacte était perdue dans la nuit des temps*** et elles n'avaient jamais été changées. Or, la clientèle du centre hospitalier Sainte-Justine s'alourdissait. Ceci résultait d'une part d'une tendance de plus en plus marquée à réduire les durées de séjour**** et à n'hospitaliser que quand cela était vraiment indispensable, et d'autre part, de l'apparition de techniques toujours plus sophistiquées et de l'exécution d'interventions chirurgicales autrefois impossibles.

Ainsi devenait-il de plus en plus ardu de faire face à la demande de soins puisque les ressources humaines continuaient à être calculées sur la base des normes traditionnelles. Une mise à jour de celles-ci s'avérait nécessaire. Il s'agissait de bâtir un système de classification des bénéficiaires de pédiatrie et d'établir de nouvelles normes rendant vraiment compte de la quantité de soins requise par le bénéficiaire moyen de chaque classe de ce système. Ces normes seraient appelées à se substituer aux normes utilisées alors pour les bénéficiaires de pédiatrie, des Unités de nouveaux-nés et des Unités de prématurés.

Dans un premier temps, Monique Chagnon essaya d'utiliser divers systèmes de classification développés pour la médecine et la chirurgie (adulte) aux Etats-Unis et au Canada. Ces essais s'avèrent infructueux en raison des particularités de la pédiatrie. Il fut donc décidé de bâtir, sur un modèle assez similaire aux classifications existantes, une classification adaptée à la pédiatrie. Cette classification développée en 70-72 sous la conduite de Monique Chagnon est connue sous le nom d'IRODOM¹⁰ (pour Informatique et Recherche Opérationnelle appliquée au Dossier Médical, nom du projet plus vaste dans lequel elle s'inscrivait). La classification IRODOM fut utilisée pendant deux ans dans quatorze unités de soins du centre hospitalier Sainte-Justine. Les normes qui lui étaient associées étaient plus adéquates que celles alors en usage mais certains problèmes restaient non résolus.

Le plus important de ces problèmes résidait dans le fait que les normes associées aux classes de la classification IRODOM avaient été obtenues à partir de mesures de temps effectuées dans les Unités de soins du centre hospitalier Sainte-Justine. Ces normes rendaient donc compte du temps des soins donnés aux patients. Or, au moment de la construction de la classification IRODOM, les normes du Ministère étaient utilisées pour calculer le budget des soins infirmiers et elles semblaient conduire à l'attribution à l'hôpital de ressources infirmières insuffisantes. De plus la direction des soins infirmiers du centre hospitalier Sainte-Justine ne disposait alors d'aucun outil de mesure pour l'aider à allouer les

* qui allait devenir le Ministère des Affaires Sociales

** neuro-chirurgie: 7,0 heures payées par jour-bénéficiaire; médecine et chirurgie: 4,5; obstétrique: 3,6; pédiatrie: 5,5; psychiatrie: 4,5; soins intensifs: 12,0; tuberculose: 1,8; malades chroniques: 3,3; nouveaux-nés: 3,5; prématurés: 6,5.

*** il était donc devenu impossible de vérifier si elles s'appuyaient sur une base scientifique valable.

**** d'où augmentation des soins par jour-bénéficiaire en raison de la concentration des examens et interventions et du fait de la présence des bénéficiaires à l'hôpital seulement pendant les journées où leur état est le plus critique, ce qui coïncide en général avec une forte demande de soins.

ressources humaines aux différentes Unités de soins en fonction de la charge de travail réelle dans celles-ci. Ainsi, le personnel infirmier disponible en quantité probablement trop limitée, était de plus possiblement utilisé de façon plus ou moins rationnelle. Les temps qui avaient été mesurés pour déterminer les normes de la classification étaient donc basés sur des *soins donnés* dans des conditions de pénurie possible de ressources et d'utilisation éventuellement peu rationnelle de celles-ci. Il était donc peu vraisemblable qu'elles rendent compte adéquatement de la quantité de soins *requis* par les bénéficiaires. L'utilisation de telles normes pour calculer les ressources humaines requises conduisait donc, dans une certaine mesure, à la perpétuation de la situation de pénurie et de mauvaise utilisation des ressources existant au moment où elles avaient été construites.

Le deuxième problème important vécu en utilisant la classification IRODOM, avait trait au processus de classification des bénéficiaires. Comme dans tous les systèmes de classification de cette époque, IRODOM utilisait, pour attribuer une classe aux patients, des *critères* qui combinaient une série d'*indicateurs* ou *facteurs*. Ces indicateurs avaient été choisis subjectivement par un groupe d'infirmières. Etant donné le grand nombre d'indicateurs retenus dans le système IRODOM, certaines *règles* globales avaient du être établies subjectivement pour éviter l'énumération explicite de toutes les combinaisons possibles d'indicateurs, donc de tous les critères^{9 33}. Or dans certains cas, ces règles se révélaient inadéquates à l'usage car de façon évidente, certains des critères qu'elles sous-tendaient, attribuaient au bénéficiaire une classe dont la norme associée ne reflétait pas la quantité des soins qu'il requérait.

Il fut donc décidé de procéder à une révision du système IRODOM pour régler ces deux problèmes parmi d'autres moins importants. Ce travail fut entrepris en 74-75 dans le cadre du projet PRN (Projet de Recherche en Nursing) dirigé lui aussi par Monique Chagnon. Il aboutit finalement à l'abandon du système IRODOM et à la construction d'un système nommé PRN 74,^{6 7 8} radicalement différent. La parenté entre les systèmes IRODOM et PRN n'est donc qu'historique. Pour le reste, ces deux systèmes ne se ressemblent ni par leur méthode de construction ni par leur contenu. Ainsi, alors que les normes IRODOM rendent compte des soins donnés et que les critères de classification IRODOM sont des combinaisons, construites subjectivement, d'indicateurs sélectionnés subjectivement, les normes de PRN 74 mesurent les *soins requis* par les patients et les critères de classification PRN 74 sont des combinaisons construites *objectivement* d'un ensemble exhaustif* d'indicateurs homogènes: les actions nursing.

Le système PRN 74 avait été construit spécialement pour la pédiatrie**. En 76-77, l'investigateur principal actuel du projet PRN qui avait collaboré avec Monique Chagnon dans le projet PRN 74, entrepris de poursuivre le développement du PRN dans le cadre de l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (E.R.O.S.). Lise-Marie Audette dirigea le développement du système PRN de la seconde génération. Ce nouveau système connu sous le nom de PRN 76 généralisait PRN 74 puisqu'il devenait applicable à la médecine, à la chirurgie, à la gynécologie et aux unités de post-partum, aux unités de soins intensifs et coronariennes, et à la pédiatrie**.

A partir de 1978, la recherche sur le système PRN 76 fut dirigée par Jocelyne Carle et conduisit d'abord à une version améliorée du système PRN 76^{4 5 30 31 32 33}. En 1979, EROS décida de répondre aux demandes de révision et de généralisation de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU DES SOINS

* il n'est donc plus question que "sélectionner" subjectivement ou statistiquement des indicateurs représentatifs des quantités de soins requis. Les facteurs PRN recouvrent l'ensemble des actions nursing (de pédiatrie, dans le cas de PRN 74).

** y inclus les unités de nouveaux-nés et de prématurés.

INFIRMIERS REQUIS, PRÉVUS POUR LE BÉNÉFICIAIRE afin qu'elle soit utilisable pour les bénéficiaires hospitalisés dans les Unités de soins prolongés ou hébergés en centre d'accueil et pour les bénéficiaires de psychiatrie. Un comité de mise à jour fût mis sur pied. Dans un premier temps, ses membres recueillirent auprès des infirmières soignantes des différents secteurs cliniques de leurs hôpitaux respectifs, les données nécessaires sur les soins requis par leurs bénéficiaires. En février-mars 1980, ces personnes ressources ont mis en commun les informations qu'elles avaient recueillies dans deux sous-comités distincts: le sous-comité de soins prolongés et d'hébergement et le sous-comité de psychiatrie. Les sous-comités ont préparé chacun de leur côté une proposition détaillée de modification de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU* pour qu'elle soit adaptée aux deux secteurs précités. Ils ont désigné chacun un représentant qui s'est joint au comité général de mise à jour de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU. Ce comité réuni en mars-avril 1980, a non seulement revu la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU pour tenir compte de l'évolution des modes de distribution des soins infirmiers tant sous leurs aspects conceptuels et qualitatifs que quantitatifs, et pour répondre aux critiques et commentaires provenant des usagers cliniques du système, mais il a aussi intégré à la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU les propositions des deux sous-comités. Une première version de la nouvelle formule a ainsi été ébauchée. Elle a été envoyée en milieu clinique pour être validée sur son contenu. Cette démarche a abouti à la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU présentée dans ce texte. LA FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU, en plus d'être utilisable en pédiatrie, chez les nouveaux-nés et les prématurés, en médecine, chirurgie, gynécologie, dans les Unités de post-partum, dans les Unités de soins intensifs et les Unités coronariennes, est donc aussi utilisable dans les Unités de *soins prolongés et d'hébergement* et en *psychiatrie*.

La FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU ne diffère pas fondamentalement de la FORMULE PRN 74 DE MESURE DU NIVEAU. Elle a été construite selon la même méthode, elle est structurée de la même façon et son contenu, tout en étant plus exhaustif, est de même nature: des actions nursing pondérées en minutes. En fait, s'il y a eu rupture de méthode et de contenu lors du passage d'IRODOM à PRN 74, depuis lors il y a eu continuité. Les deux versions publiées de la FORMULE PRN 76 DE MESURE DU NIVEAU et cette première version de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU s'inscrivent toutes dans la lignée du prototype PRN 74.

La FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU marque d'une certaine manière la fin d'un long cheminement. Pour la première fois en effet, avec la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU, on dispose d'un outil utilisable dans toutes les "unités d'hospitalisation" des centres hospitaliers et dans les unités des centres d'accueil d'hébergement. Cependant, le système PRN entend rester dynamique pour coller à la réalité évolutive des soins infirmiers. Dans deux ou trois ans, nous publierons la version révisée de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU. Pour ce faire, nous avons, comme par le passé, besoin de l'aide des utilisateurs du système. En nous envoyant vos commentaires, en nous soulignant les points faibles de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU, vous nous permettrez de préparer sa prochaine version.

Le système PRN est développé par l'équipe EROS, une équipe de recherche de l'Université de Montréal et de l'Institut National de Systématique Appliquée (I.N.S.A.), Corporation à but non lucratif fondée pour assurer la révision et la mise à jour des systèmes développés par les chercheurs de l'équipe. Aucun groupe, syndicat ou association n'a financé ni influencé d'aucune façon le développement du système. L'essentiel des fonds de recherche pour le développement des systèmes PRN 74 et PRN 76 a été fourni par le Programme National de Recherche et Développement en Matière de Santé (PNRDS) de

* dans la suite de ce texte, nous désignerons la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS, PRÉVUS POUR LE BÉNÉFICIAIRE POUR LA PROCHAINE PÉRIODE DE VINGT-QUATRE HEURES sous l'appellation abrégée de FORMULE DE MESURE DU NIVEAU

Santé et Bien-Etre Social Canada. Les projets soumis à ce programme de subvention à la recherche en santé sont revus pour leur valeur scientifique et leur pertinence par des comités de pairs issus des université et du secteur des Affaires sociales. Les fonds et le support nécessaires à la construction et à la validation du système PRN 80 ont été obtenus par l'I.N.S.A. auprès d'établissements de soins et services socio-sanitaires. L'équipe EROS compte sur leur support continu pour assurer la permanence du système PRN.

Montréal, le 1e avril 1981

Charles Tilquin, Ing., Ph.D.
Investigateur principal du projet PRN
Directeur de l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (EROS)
Professeur agrégé
Département d'administration de la Santé
Université de Montréal
Président
Institut National de Systématique Appliquée (I.N.S.A.)

REMERCIEMENTS

Plusieurs centaines d'infirmières ont participé au développement du système PRN depuis le lancement du projet par Monique Chagnon, si bien qu'il est impossible de les remercier nommément toutes. On trouve dans les préfaces des versions précédentes du PRN, les noms des infirmières qui ont travaillé à la construction du système, soit en oeuvrant dans l'équipe de recherche, soit en participant aux comités d'experts. Je les remercie une nouvelle fois en leur associant les infirmières des centres hospitaliers Sainte-Justine, Sacré-Coeur de Montréal, Maisonneuve-Rosemont, et Hôtel-Dieu de Montréal, du Centre Hospitalier de l'Université Laval, des centres hospitaliers Notre-Dame, Jean-Talon et St-Luc à Montréal et du Manitoba Health Sciences Center à Winnipeg qui participèrent aux collectes de données et aux études de validité et fiabilité des versions 74-76 du système.

A l'occasion de la publication de ce premier guide du système PRN 80, il me fait grand plaisir de remercier mes collaborateurs de l'équipe EROS, en particulier Jocelyne Carle qui a dirigé le développement et la validation de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU, et les membres des trois comités qui l'on bâtie en février-mars-avril 1980 sur la base des informations qu'ils avaient recueillies dans leurs hôpitaux respectifs auprès des usagers cliniques du système, au cours des deux dernières années.

Ainsi, ont contribué à cette première version du système PRN 80:

- pour l'équipe EROS:

Carle Jocelyne, B. Sc. Infirmière, directeur du projet PRN 80
Saulnier Diane, Infirmière
Lambert Pierre, M. Sc. (Recherche opérationnelle)

ainsi que:

Messier Carmen, B. Sc. Infirmière
Gagnon Gisèle, B. Sc. Infirmière
Henri Liette, Infirmière
Vinet Louise, B. Sc. Infirmière
Paquin Thérèse, M. Sc. (Recherche opérationnelle)
D'Amour Danielle, M. Sc. Infirmière

avec la collaboration spéciale de:

Boyer Gisèle, Infirmière
Hadath Valérie, Infirmière
Poirier Aline, Infirmière
Tremblay Margot, M. Sc. Infirmière

- les infirmières des trois comités, à savoir:

COMITÉ DE SOINS PROLONGÉS ET D'HÉBERGEMENT

Boyer Gisèle	Centre Hospitalier Youville, St-Jérôme
Brunet Nicole/Gagné Carmen	Manoir Verdun, Montréal
Dorval Louise	Hôpital Champlain, Verdun
Langlois Ghyslaine	Résidence Jean de la Lande Inc., Montréal
Longpré Madeleine	Centre d'Accueil Gatineau, Hull
Ouellette Maurice	C.H. Notre-Dame de la Merci, Montréal

COMITÉ DE PSYCHIATRIE

Duchesneau Diane	Allan Memorial Hospital, Montréal
McMillan Linda	Manitoba Health Sciences Center, Winnipeg
Pilon Céline/Naud Gaétane	Pavillon Albert Prévost, Montréal
Racicot Chantale	Institut Philippe Pinel, Montréal
St-Amour Paul/Taillefer Francine	Centre Hospitalier Pierre Janet, Hull
Tremblay Margot	Centre Hospitalier de l'Université Laval, Ste-Foy

COMITÉ GÉNÉRAL

Boyer Gisèle	Centre Hospitalier Youville, St-Jérôme
Desrochers Raymonde	Hôpital Notre-Dame, Montréal
Hadath Valérie	Manitoba Health Sciences Center, Winnipeg
Patoine Céline/Belisle Francine/	.
Lavoie Huguette	Hôpital Maisonneuve-Rosemont, Montréal
Poirier Aline	Centre Hospitalier de l'Université Laval, Ste-Foy
Raymond Pauline	Hôpital Hôtel-Dieu, Montréal
Roncari Isobel/Rottenby Shirley/	
Brushett Elaine	Toronto General Hospital, Toronto

- enfin les infirmières soignantes et cadres des différents hôpitaux qui nous ont fourni les données ayant servis à bâtir la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU et ont participé aux études de validité de celle-ci. Dans l'impossibilité de les citer nommément toutes, je me contenterai de reprendre ici les noms des établissements dans lesquels elles oeuvrent:

- Allan Memorial Hospital, (Royal Victoria Hospital), Montréal
- Centre d'Accueil Gatineau, Hull
- Centre Hospitalier Champlain, Verdun
- Centre Hospitalier Youville, St-Jérôme
- Centre Hospitalier de l'Université Laval, Ste-Foy
- Centre Hospitalier Hôtel-Dieu, Montréal
- Centre Hospitalier Maisonneuve-Rosemont, Montréal
- Centre Hospitalier Notre-Dame, Montréal
- Centre Hospitalier Notre-Dame de la Merci, Montréal
- Centre Hospitalier Pierre Janet, Hull
- Institut Philippe Pinel, Montréal
- Manitoba Health Sciences Center, Winnipeg
- Manoir Verdun, Montréal
- Montreal Children's Hospital, Montréal
- Pavillon Albert Prévost (Centre Hospitalier du Sacré-Coeur), Montréal
- Résidence Jean de La Lande Inc., Montréal
- Toronto General Hospital, Toronto

Nous remercions aussi pour leurs commentaires et critiques Cindy Bailey, Carolyn Vickers, Pat Michaelson et Martin Coonan du Metropolitan Medical Center, Minneapolis, Minnesota ainsi qu'Ann Stallings, University of California Hospitals and Clinics, San Francisco, California. Enfin nous remercions de leur collaboration nos collègues Belge, Suisse et Français qui expérimentent avec le système PRN.

Merci à Denise Lafond, Laurette Morin, Serge Trachy et Charles Sénéchal directeurs des soins infirmiers à l'Hôtel Dieu de Montréal, au Centre Hospitalier de l'Université Laval, à l'Hôpital Charles Lemoyne, et au Centre Hospitalier Maisonneuve-Rosemont pour leurs encouragements, leur appui et leurs conseils.

Dans la préface de ce document, nous avons expliqué comment Monique Chagnon en était venue à développer le système PRN. Depuis 1976, Monique s'est consacrée à d'autres activités professionnelles et a entrepris de nouvelles recherches, en particulier dans le domaine de l'évaluation de la qualité des soins où elle met actuellement la dernière main au système M.A.Q.S.I. (Méthode d'Appréciation de la Qualité des Soins Infirmiers). Monique a cependant continué à nous faire bénéficier de ses conseils, en particulier ces derniers mois alors que nous préparions la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU. Une fois encore, nous voulons la remercier de sa collaboration et de son amitié.

De 1976 à 1980, Lise Lamarche a dactylographié tous nos écrits relatifs au système PRN. Je voudrais lui exprimer ma gratitude pour son magnifique travail et mon admiration pour sa capacité de "digestion" ultra-rapide des textes dont nous l'avons nourrie. Merci aussi à Louise Mallette qui a dactylographié avec patience les trente-six brouillons de ce livre et relevé, avec brio, le défi d'assurer une succession difficile.

Merci enfin pour leurs suggestions, à toutes celles et ceux qui ont relu la première version du manuscrit.

La composition, la mise en page et l'impression de ce manuscrit ont été réalisées par le service de polycopie de l'Université de Montréal. Nous tenons à remercier Thérèse Gaboury, Raymond Laurin et leur équipe.

Charles Tilquin

1. INTRODUCTION

Ce cahier est consacré à la présentation de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU qui est l'élément clé du MODULE DE MESURE du système PRN.

Après une brève présentation du système PRN, nous abordons la description de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, pour ensuite préciser la façon de l'utiliser.

Le chapitre qui suit est consacré à la description détaillée des FACTEURS de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU et à la spécification des modalités d'utilisation de ceux-ci.

Dans la section suivante, nous nous attachons à préciser la signification du concept de NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS, prévu pour le bénéficiaire, pour les prochaines vingt-quatre heures.

Cette section est suivie d'une description de la méthode de construction de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU et d'un court aperçu du MODULE DE MESURE dans lequel cette formule s'insère.

Nous terminons en étudiant les relations entre le système PRN et l'informatique en soins infirmiers et en examinant la MESURE en soins infirmiers dans la perspective de la gestion des ressources humaines ainsi que de l'individualisation et de l'humanisation des soins.

Suivent les références, l'index des termes utilisés et la liste des abréviations.

2. LE SYSTÈME PRN

Avant de procéder à l'étude de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS, PRÉVUS POUR LE BÉNÉFICIAIRE POUR LES PROCHAINES VINGT-QUATRE HEURES, nous consacrerons quelques pages au système PRN 80 dont elle constitue la pièce maîtresse.

Le système PRN 80 est un SYSTEME D'INFORMATION POUR LA GESTION du personnel infirmier en milieu hospitalier et d'hébergement. L'objectif premier et opérationnel poursuivi en développant le système est de mesurer la QUANTITE de personnel infirmier* requise *dans chaque Unité de soins à chaque quart de travail pour donner les soins infirmiers requis par l'ENSEMBLE des bénéficiaires*, en se fondant principalement sur la planification des soins de CHAQUE bénéficiaire réalisée par l'infirmière à partir d'une collecte systématique des données visant à identifier ses besoins et ses problèmes bio-psycho-sociaux. C'est là, la fonction dévolue dans le système PRN au MODULE DE MESURE dont la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU constitue l'élément principal.

Le système PRN 80 ne "mesure" cependant pas pour le plaisir de "mesurer". Cette mesure trouve sa justification dans le postulat qui veut que les gestionnaires des soins infirmiers poursuivent, parmi un certain nombre d'objectifs, celui de *doter chaque unité de soins à chaque quart de travail, du personnel requis, en qualité et en quantité, pour donner des soins individualisés*** à chaque bénéficiaire. La mesure PRN 80 de la quantité de personnel requis dans chaque Unité de soins à chaque quart est une information, autrement non disponible, qui vient *s'ajouter* à toutes les autres informations dont les gestionnaires disposent déjà et dont ils s'aident pour essayer d'atteindre cet objectif d'*adéquation qualitative et quantitative de l'offre de soins à la demande de soins*.

L'apport du PRN en tant qu'outil de mesure est donc limité puisqu'il se concentre sur la facette quantitative de la demande. Cependant, compte tenu de l'importance du paramètre "quantité" dans la gestion des ressources, le support qu'il offre au gestionnaire en lui fournissant un *indicateur objectif* de la demande est appréciable. En l'absence d'un tel indicateur, le gestionnaire doit se contenter des indicateurs objectifs traditionnels (comme le nombre de bénéficiaires) dont le caractère insuffisant a été largement démontré, des informations "subjectives" de ses collaborateurs et des normes du Ministère des Affaires Sociales (M.A.S.) dont on sait qu'elles sont plus ou moins adéquates*** et qu'elles ne sont pas conçues pour la gestion du personnel infirmier au jour le jour mais plutôt pour le contrôle budgétaire.

Dans un contexte d'*austérité budgétaire* et d'*alourdissement* de la clientèle, le gestionnaire des soins infirmiers qui ne dispose pas d'un outil, que ce soit le PRN ou un instrument similaire, pour mesurer la demande est contraint de travailler avec des ressources constantes (dans certains cas décroissantes) pour faire face à une demande dont il est, le cas échéant, incapable de démontrer *objectivement* qu'elle s'accroît. Si c'est le cas, d'une année à l'autre, il dispose de moins en moins d'heures soins à offrir par unité de demande; les infirmières en sont de plus en plus pénalisées, disposant de moins en moins de temps pour donner les mêmes soins et les bénéficiaires subissent également les conséquences de cette

* par personnel infirmier, nous entendons le personnel relevant de la direction des soins infirmiers.

** i.e.: "... des soins correspondant tant sur le plan interpersonnel que technique aux besoins d'un bénéficiaire" (23).

*** Différentes études conduites avec le PRN semblent indiquer que moins les établissements sont spécialisés, moins les normes qui leur correspondent sont adéquates. Il en résulte que, compte tenu des besoins de leurs clientèles respectives, les hôpitaux ultra-spécialisés disposent de nettement plus de ressources que les centres d'accueil d'hébergement. On retrouve aussi des disparités assez significatives d'une spécialité à l'autre à l'intérieur d'un même type d'établissement.

situation. On court donc éventuellement à la déshumanisation et à la robotisation des soins résultant de la pénurie et de la mauvaise utilisation des ressources.

Face à une telle situation le gestionnaire ne peut pas faire grand chose. L'information étant le nerf de la guerre, le fait qu'il soit privé de certaines données importantes, le laisse démuni pour régler les problèmes essentiels et le confine souvent au rôle de pompier de première classe. En effet, toutes autres choses étant égales, même s'il y a mauvaise utilisation de ressources déjà trop rares, aucun changement significatif ne peut être apporté pour régler la situation; par exemple, si dans un hôpital, quelques Unités de soins sont en surplus d'effectifs alors que dans les autres règne une certaine pénurie, on peut difficilement réaménager les équipes de base ou les vocations des Unités puisque les seules informations disponibles sont les demandes "subjectives" qui proviennent de partout et comme chacun le sait, en général, ce ne sont pas les plus favorisés qui crient le moins fort. De la même manière, le gestionnaire des soins infirmiers peut bien rendre visite quotidiennement à son directeur général pour demander plus de ressources, et ce dernier peut bien se retourner vers le Ministère des Affaires Sociales, mais dans les deux cas les arguments qui pourront être avancés seront difficiles à étayer sur des bases solides. Ils auront peu de chances d'être entendus.

La situation change quand on dispose d'une mesure objective qui permet de comparer les Unités de soins, les centres hospitaliers, les années financières. Les démonstrations deviennent possibles, les problèmes peuvent être identifiés, le coût des différentes options peut jusqu'à un certain point être calculé. Tout ceci implique cependant qu'il faut dépasser la simple mesure, l'acquisition de données et se tourner vers le traitement et l'organisation de celles-ci. C'est pour répondre à ce besoin qu'au fil des années, le PRN est devenu plus qu'un instrument de mesure. Il s'est enrichi de nouvelles composantes et encore qu'incomplet, il est devenu aujourd'hui ce qu'il est convenu d'appeler un SYSTÈME D'INFORMATION DE GESTION. En amont du MODULE DE MESURE qui fut le premier à être développé, nous développons le MODULE D'IDENTIFICATION ET D'ÉVALUATION DES BESOINS des bénéficiaires. Actuellement ce module se compose d'une FORMULE DE PLAN DE SOINS, déjà implantée dans une quarantaine de centres hospitaliers et de centres d'accueil. Sont aussi en développement un RECUEIL DE PLANS DE SOINS DE RÉFÉRENCE et une FORMULE DE CONTRÔLE DE LA MESURE DU NIVEAU ET DE LA PLANIFICATION DES SOINS*.

En aval du MODULE DE MESURE, nous développons un MODULE D'AIDE À LA DÉCISION ET À L'AUTOÉVALUATION DE GESTION. Ce module est un ensemble d'outils de recueil, de traitement et d'analyse des informations sur l'offre et la demande de soins infirmiers dans chaque Unité de soins de l'hôpital à chaque quart de travail. Ces outils ont été construits pour aider le gestionnaire à tirer le meilleur parti** de la masse d'informations recueillies de façon routinière par le service des soins infirmiers. Ce module a trois composantes correspondant respectivement aux trois niveaux temporels du processus de décision: court, moyen et long terme.

Jusqu'à présent, nous avons surtout travaillé pour le court terme (allocation du personnel d'appoint à chaque quart de travail pour combler les écarts entre l'offre et la demande de soins dans chaque Unité) et pour le long terme: détermination de la taille et de la composition des équipes de base. Ce dernier problème est très important, non seulement en raison de ses implications budgétaires mais

* *il s'agit de contrôler si les soins planifiés par l'infirmière sont correctement inscrits dans le plan de soins et si les "bons" facteurs de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU ont été sélectionnés. Il n'est pas question de porter un jugement sur la planification des soins elle-même.*

** *dans la perspective de l'objectif précité de "dotation des Unités pour donner des soins individualisés"*

surtout du point de vue de la qualité des soins, le recours excessif à du personnel d'appoint (qu'il soit volant, sur appel ou autre) pouvant avoir des impacts négatifs tant au point de vue de la qualité des soins que du point de vue économique. Les données que nous avons pu recueillir dans différents hôpitaux, semblent indiquer que la proportion que le personnel d'appoint occupe dans le personnel total est grande, *même si* on évalue cette proportion seulement sur la base de critères économiques. En prise de décision à long terme, le système PRN est donc conçu pour aider la Direction des soins infirmiers à déterminer la taille de ses équipes de base et de l'équipe volante permanente avec comme sous-objectifs:

- 1° l'augmentation du personnel de base au détriment du personnel d'appoint
- 2° en ce qui concerne le personnel d'appoint, l'augmentation *relative* du personnel de l'équipe volante permanente par rapport aux autres catégories de personnel d'appoint: liste de rappel, temps supplémentaire, ... etc.
- 3° l'atténuation du caractère "volant" de l'équipe volante permanente et du personnel d'appoint en général, par la mise au point de mécanismes minimisant le nombre d'Unités de soins auxquelles chaque membre du personnel d'appoint peut être affecté; par exemple: équipe volante attirée pour les unités de médecine (dont les membres ne seraient pas envoyés dans des Unités autres que celles de médecine)

Nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur le système en général. Le lecteur intéressé peut se procurer auprès de l'équipe EROS les autres documents relatifs à celui-ci.

3. DESCRIPTION DE LA FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU

La FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU (figure 1) est une liste de FACTEURS recouvrant la majeure partie des actions nursing requises pour la promotion de la santé, la prévention des problèmes de santé, le traitement, la rééducation et la réadaptation du bénéficiaire hospitalisé ou hébergé. La structure et le contenu de cette liste sont inspirés du modèle conceptuel d'Orem^{25 27}.

Les 214 facteurs de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU sont divisés en sept GROUPES. Les quatre premiers de ces groupes correspondent aux besoins physiologiques de base du bénéficiaire et le cinquième à ses besoins d'intégration bio-psycho-sociale. Le sixième groupe de facteurs rend compte des besoins de traitements spécifiques du bénéficiaire alors que les actions nursing diagnostiques sont couvertes par le dernier groupe de facteurs. Les sept groupes de facteurs sont identifiés de la façon suivante:

- respiration
- alimentation et hydratation
- élimination
- hygiène et confort
- communication
- traitements
- méthodes diagnostiques

Chaque facteur de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU a reçu une VALEUR qui rend compte, en équivalents de minutes ou points (un point = 5 minutes), du TEMPS total qu'un ou plusieurs membres d'une équipe soignante NORMALE*, à quelque catégorie** qu'il(s) appartienne(nt), consacre(nt) (en exerçant une pratique reconnue comme NORMALE***), pour effectuer la(les) action(s) nursing représentée(s) par le facteur, un certain nombre de fois durant une période de vingt-quatre heures****.

Pour mettre en relief ce dont rend compte la VALEUR d'un facteur, il n'est sans doute pas inutile de préciser ce que nous entendons par ACTION NURSING.

Nous définissons une action nursing comme un *ensemble* d'actes physique***** et/ou verbaux et/ou mentaux, *planifiés* par l'infirmière et *exécutés* par un ou plusieurs membres du personnel soignant pour atteindre un objectif fixé en vue de répondre à un besoin spécifique d'aide du bénéficiaire.

Tel que précisé ci-dessus, une action nursing répond donc à un besoin spécifique d'aide. La définition de quelques termes est nécessaire pour éclairer cet énoncé:

besoin: la nécessité d'un apport, d'un soulagement, une insatisfaction en regard de quelque chose de nécessaire, désiré, voulu, utile pour la vie, la santé et le bien-être. Le besoin peut être ressenti par l'individu ou identifié par quelqu'un d'extérieur.

* concept précisé aux chapitres 6 et 7

** par catégorie, on entend: infirmière, infirmier(e) auxiliaire, préposé, aide

*** notion précisée aux chapitres 6 et 7

**** une définition plus complète de la notion de VALEUR d'un facteur, est donnée plus loin dans cette section

***** y compris les actes de communication non verbale

besoin spécifique: un besoin vu selon une dimension particulière: physique ou physiologique ou psychologique ou morale ou socio-culturelle.

besoin d'aide: le fait de requérir de l'aide pour satisfaire un besoin.

besoin spécifique d'aide: le fait de requérir de l'aide pour satisfaire un besoin spécifique.

La définition du concept de besoin spécifique met en évidence le fait que la personne humaine est ici considérée comme un être *bio-psycho-social*, c'est-à-dire, qu'aussi bien dans une perspective statique (état présent) que dynamique (évolution), elle est vue comme un tout:

biologique, soit: physique et physiologique

ET

psychologique soit: sa morale, ses désirs, ses attentes, ses sentiments et son affectivité

ET

social, soit: ses rôles et interdépendances dans sa famille, sa communauté, ses groupes d'activités, son travail, ses associations, son groupe culturel et son groupe religieux.

La personne humaine, cette entité bio-psycho-sociale, a donc des besoins particuliers selon l'une ou l'autre des dimensions spécifiées ci-dessus. Ces besoins sont appelés spécifiques. La personne essaye de les satisfaire de façon autonome en prenant action. Nous appelons une telle action une *action autonome de soin*. Une action autonome de soin est donc une action entreprise par l'individu afin de maintenir la vie, la santé, le bien-être de sa personne. Cette action est acquise ou apprise; elle est aussi raisonnée et planifiée. L'action autonome de soin peut varier d'un contexte socio-culturel à l'autre. Elle découle d'un besoin spécifique²⁵.

La personne n'est cependant pas toujours capable de satisfaire de façon autonome ses besoins spécifiques. Elle peut avoir besoin *de plus ou moins* d'aide, par exemple, parce qu'elle est malade, handicapée, parce qu'elle n'a pas les connaissances nécessaires pour ce faire. Quand la personne n'est que partiellement capable ou incapable d'exécuter une action autonome de soin, quelqu'un doit compenser pour ses insuffisances, répondre à son *besoin spécifique d'aide* sinon la non satisfaction de son besoin spécifique correspondant aura des conséquences indésirables pour sa santé bio-psycho-sociale. De telles conséquences sont ce qu'on appelle un *problème*. Le problème doit être identifié, anticipativement dans la mesure du possible, pour qu'une action puisse être entreprise pour répondre au besoin spécifique d'aide de la personne. Une telle action est appelée *action compensatoire de soin*. C'est une action entreprise par une personne autre que l'individu lui-même, afin de contribuer au maintien de la vie, de la santé et du bien-être de ce dernier. Cette action peut être posée par un proche de l'individu, par une aide bénévole ou par une personne dont c'est la profession ou le métier de répondre aux besoins spécifiques d'aide de ses semblables.

Dans ce texte, nous nous intéressons à une classe particulière d'actions compensatoires de soins, appelées *actions nursing*. Ce sont les actions compensatoires de soins qui sont posées par le personnel soignant du service des soins infirmiers* des hôpitaux et des centres d'accueil.

* dans la suite de ce texte, nous désignerons le personnel soignant du service des soins infirmiers sous l'appellation abrégée de *PERSONNEL SOIGNANT*: le personnel soignant est le personnel infirmier qui répond aux besoins spécifiques d'aide des bénéficiaires en exécutant des actions nursing. Le personnel soignant d'une Unité de soins sera désigné sous le terme d'*EQUIPE SOIGNANTE*. Les infirmières de cette équipe constitue l'*EQUIPE INFIRMIERE* alors que l'ensemble du personnel infirmier affecté à une Unité de soins constitue l'*EQUIPE DE SOINS INFIRMIERS*.



FORMULE DE MESURE DU NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS

ACTIONS NURSING de promotion de la santé, de prévention des problèmes de santé, de traitement, de rééducation et de réadaptation.

RESPIRATION	
Humidificateur et/ou éventail	1
Exercices respiratoires	2
Exercices respiratoires (pr.c.)	1-6 fois
Exercices respiratoires (pr.c.)	7 fois ou plus
Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	1-2 fois
Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	3-6 fois
Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	7 fois ou plus
Physio. thorax et app. du vent.	moins de 3 min.
Physio. thorax et app. du vent.	3 fois ou plus
Aérosol	3
Aérosol (pr.c.)	14
Aspiration des sécrétions	1-6 fois
Aspiration des sécrétions	7-19 fois
Aspiration des sécrétions	20-47 fois
Aspiration des sécrétions	48 fois ou plus
Administration d'oxygène (cathéter/masque/etc.)	3
Administration d'oxygène (croupette/tente complète)	6
Soins: trachéotomisé ou intubé	4
Soins: trachéotomisé ou intubé (respirateur)	8

ALIMENTATION ET HYDRATATION

Alimentation: nouveau-né ou nourrisson	10
Alimentation: nouveau-né ou nourrisson (pr.c.)	19
Alimentation: nouveau-né ou nourrisson (précautions spéciales)	40
Alimentation: bénéficiaire autonome	2
Alimentation: aide partielle	5
Alimentation: aide complète	15
Hydratation per os	3
Extraction de lait	10
Gavage en permanence	4
Gavage en goutte-à-goutte ou à la seringue	6
Gavage en goutte-à-goutte ou à la seringue	10
Gavage (pr.c.)	14

ELIMINATION

Couches (bébé)	6
Bassin de lit et/ou incontinence occasionnelle	1
Urinal et bassin de lit	3
Bassin de lit (femme)	5
Assister à la toilette	6
Incontinence et/ou condom	8
Soins externes de sonde vésicale et bassin de lit	2
Entretien de stomie	6
Entretien de stomie	1
Entretien de stomie	2
Entretien de stomie	6
Entretien de stomie	15

HYGIENE ET CONFORT	
Soins d'hygiène: bénéficiaire 0-4 ans	1 fois
Soins d'hygiène: bénéficiaire 0-4 ans	2 fois ou plus
Soins d'hygiène: bénéficiaire autonome	1 fois
Soins d'hygiène: bénéficiaire autonome	2 fois ou plus
Soins d'hygiène: aide partielle	1 fois
Soins d'hygiène: aide partielle	2 fois ou plus
Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (lit)	1 fois
Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (baign.)	7
Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (baign.)	16
Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (pr.c.)	8
Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (pr.c.)	11
Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (pr.c.)	19
Vêtements civils	4
Hygiène buccale	4-11 fois
Hygiène buccale	12 fois ou plus
Soins de beauté et/ou rasage de la barbe	2
Lavage de tête	3
Lavage de tête et coupe de cheveux	6
Lavage de tête et extraction d'adhérences	9
Lever avec aide	1-2 pers. inf.
Lever et marcher avec aide	4
Lever et marcher avec aide	1-2 pers. inf.
Lever et marcher avec aide	3 pers. inf. ou plus
Friction et installation (4 fois ou plus)	1-2 pers. inf.
Friction et installation (4 fois ou plus)	3 pers. inf. ou plus
Exercices musc. passifs et/ou actifs (pr.c.)	4
Exercices musc. passifs et/ou actifs structures (pr.c.)	10
Application de moyens de protection physique	4

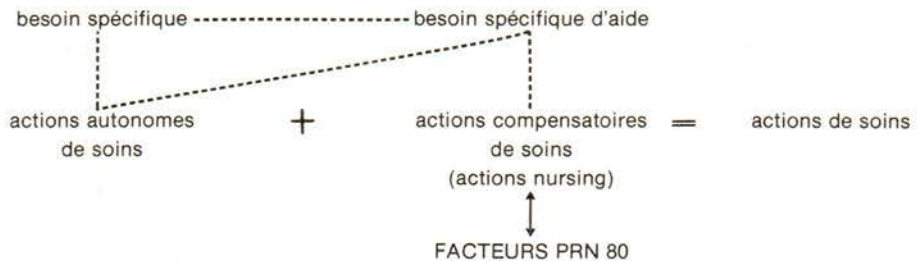
COMMUNICATION	
Enseignement au bën. et/ou aux proches	1 fois
Enseignement au bën. et/ou aux proches	2 fois ou plus
Communication individuelle de soutien	3
Entrevue de cueillette de données avec le bën. et/ou les proches	3
Entrevue spécifique de cueillette de données avec le bën.	9
Psychothérapie ind. d'intégration physique	3
Psychothérapie ind. d'intégration physique	prise en ch. part.
Psychothérapie ind. d'intégration physique	prise en ch. compl.
Psychothérapie ind. d'intégration psycho	3
Psychothérapie ind. d'intégration psycho	prise en ch. part.
Psychothérapie ind. d'intégration psycho	prise en ch. compl.
Psychothérapie ind. d'intégration sociale	3
Psychothérapie ind. d'intégration sociale	prise en ch. part.
Psychothérapie ind. d'intégration sociale	prise en ch. compl.
Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	3
Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	prise en ch. part.
Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	prise en ch. compl.
Rencontre psychothérapique avec les proches	6
Rencontre psychothérapique avec les proches	prise en ch. part.
Act. psychothérapique de groupe de type "A"	1 fois
Act. psychothérapique de groupe de type "A"	2 fois ou plus
Act. psychothérapique de groupe de type "B"	5
Act. thérapeutique occupationnelle de groupe	1-2 fois
Act. thérapeutique occupationnelle de groupe	3 fois ou plus
Act. thérapeutique éducationnelle de groupe	1 fois
Act. thérapeutique éducationnelle de groupe	2 fois ou plus
Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	moins de 2 heures
Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	2-3 heures
Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	plus de 3 heures

TRAITEMENTS		METHODES DIAGNOSTIQUES	
Medicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	1-4 fois	Observation systématique	1-10 fois
Medicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	5-14 fois	Observation systématique	11-40 fois
Medicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	15-24 fois	Observation systématique	41 fois ou plus
Medicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	25 fois ou plus	Observation systématique constante partagée 2 b/n. ou plus	38
Medicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	25 fois ou plus	Observation systématique constante exclusive 1 bénéficiaire	76
Medicament (I.D./S.C./I.M.)	1-3 doses	Signes vitaux	1-3 fois
Medicament (I.D./S.C./I.M.)	4-7 doses	Signes vitaux	4-14 fois
Medicament (I.D./S.C./I.M.)	8 doses ou plus	Signes vitaux	15-24 fois
Medicament (I.V.)	1-3 doses	Signes vitaux	25 fois ou plus
Medicament (I.V.)	4-10 doses	Signes vitaux (T.A., d./a./c.)	1-6 fois
Medicament (I.V.)	11-15 doses	Signes vitaux (T.A., d./a./c.)	7 fois ou plus
Medicament (I.V.)	16-30 doses	Signes neurologiques	1-11 fois
Medicament (I.V.)	31 doses ou plus	Signes neurologiques	12 fois ou plus
Perfusion (ouvrir la veine)	1 V.O.	Tension veineuse centrale	1-11 fois
Perfusion (ouvrir la veine)	2 V.O. ou plus	Tension veineuse centrale	12 fois ou plus
Perfusion soluté à terminer (vérifier/changer)	1	Evaluation: coeur fœtal et/ou contractions utérines	2
Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	1 soluté	Dosage ing. et/ou exc.	1-19 fois
Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	2 solutés	Dosage ing. et/ou exc.	20-65 fois
Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	3 solutés ou plus	Dosage ing. et/ou exc.	66 fois ou plus
Perfusion: courte durée (sang et dérivés)	1-2 transfusions	Pesée et/ou mensuration	1 pers. inf. ou plus
Perfusion: courte durée (sang et dérivés)	3 trans. ou plus	Pesée et/ou mensuration	2 pers. inf. ou plus
Perfusion: hyperalimentation	24h/24h	Collecte: selles et/ou expectorations	1
Dialyse péritonéale (ambulatoire)	20	Collecte: urine	2
Dialyse péritonéale (24h/24h)	1-17 cycles	Prél. sec. et/ou selles et/ou urine (anal. simple) 1-5 fois ou plus	1
Dialyse péritonéale (24h/24h)	18 cycles ou plus	Prél. sec. et/ou selles et/ou urine (anal. simple) 6 fois ou plus	2
Installation: sonde ou cathéter	1-2 fois	Prél.: culture d'urine	guider et diriger
Installation: sonde ou cathéter	3 fois ou plus	Prél.: culture d'urine (aide complète)	1-2 fois
Sonde(s) ou tube(s): ouvert(s)/fermé(s) ET/OU inst.: tube rectal	1	Prél.: culture d'urine (aide complète)	3 fois ou plus
Drainage libre	1-2 tubes	Prélevement et ensemencement des sécrétions oculaires	3
Drainage libre	3 tubes ou plus	Prélevement: sang	1-3 fois
Drainage sous l'eau (circuit fermé)	1 tube	Prélevement: sang	4-8 fois
Drainage sous l'eau (circuit fermé)	2 tubes ou plus	Prélevement: sang	9 fois ou plus
Drainage: suction continue	1-2 tubes	Test simple à l'Unité	1-8 fois
Drainage: suction continue	3-4 tubes	Test simple à l'Unité	9 fois ou plus
Drainage: suction continue	5 tubes ou plus	Routine respiratoire	1-4 fois
Manipulation des drains thoraciques	3	Routine respiratoire	5 fois ou plus
Irrigation (toutes sortes)	1-2 fois	Ass.: examen ou R.X. (pr.c.)	1-2 examens
Irrigation (toutes sortes)	3-6 fois	Ass.: examen ou R.X. (pr.c.)	3 examens ou plus
Irrigation (toutes sortes)	7-12 fois	Ass. M.D.: intervention (pr.c.)	1 fois
Irrigation (toutes sortes)	13-19 fois	Ass. M.D.: intervention (pr.c.)	2 fois ou plus
Irrigation (toutes sortes)	20 fois ou plus		
Irrigation gastrique avec de l'eau glacée (4.000 cc)	24		
Irrigation de colostomie	4		
Irrigation de colostomie (pr.c.)	7		

Figure 1

(Version originale réduite à 64%)

Ainsi donc, pour répondre à un besoin spécifique d'un individu, l'individu lui-même et éventuellement, différentes personnes extérieures à celui-ci sont appelées à prendre action. Ces actions sont appelées *actions de soins* et elles visent à maintenir la vie, la santé et le bien-être de l'individu. Celles de ces actions qui sont posées par l'individu lui-même sont appelées *actions autonomes de soin*. Quand l'individu n'est pas capable d'exécuter toutes les actions requises pour répondre à son besoin spécifique, il a un besoin spécifique d'aide. Cette aide lui est fournie par ses semblables sous forme d'*actions compensatoires de soins*. Celles de ces actions qui sont exécutées par le personnel soignant sont appelées *actions nursing*. C'est de celles-ci et uniquement de celles-ci, que rend compte les facteurs de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU. Le schéma qui suit résume ces relations:



Dépendamment de l'autonomie de l'individu face à la satisfaction d'un besoin spécifique, les actions compensatoires qui seront entreprises pourront être diverses: elles iront d'exécuter l'action de soin en lieu et place de l'individu jusqu'à être présent aux côtés de l'individu pendant qu'il exécute ses actions de soins pour le cas où il requerrait de l'aide. Si l'on considère les actions nursing, on peut dire qu'en général, ce type d'actions compensatoires consiste dans *un ou plusieurs* des actes suivants:

- prêter assistance physique au bénéficiaire pendant une partie ou toute la durée de l'exécution de l'action de soin par celui-ci.
- prêter assistance, physiquement ou verbalement, au(x) proche(s), au(x) bénévole(s), au personnel d'autres disciplines socio-sanitaires, en général au personnel n'appartenant pas au personnel soignant du service des soins infirmiers, pendant toute ou une partie de l'exécution de l'action de soin par celui-ci(ceux-ci).
- exécuter, physiquement ou verbalement (dans le cas où le soin requis en est un de communication ou d'enseignement) ou mentalement (dans le cas où le soin requis en est un d'observation systématique) l'action de soin en tout ou en partie à la place du bénéficiaire.
- observer systématiquement* le comportement, les attitudes, les réactions bio-psycho-sociales du bénéficiaire, du point de vue du besoin spécifique considéré pendant une partie ou toute la durée de l'exécution de l'action de soin par le bénéficiaire lui-même, par son(ses) proche(s), par un(des) bénévole(s), par du personnel d'autres disciplines socio-sanitaires, en général par une(des) personne(s) n'appartenant pas au personnel soignant du service des soins infirmiers.
- communiquer verbalement ou non avec le bénéficiaire en relation avec le besoin spécifique considéré pendant toute ou une partie de la durée de l'exécution de l'action de soin par le bénéficiaire lui-même, par son(ses) proche(s), par un(des) bénévole(s), par du personnel d'autres disciplines socio-sanitaires, en général par une(des) personne(s) n'appartenant pas au personnel soignant du service des soins infirmiers.

* par observation systématique, on entend un examen minutieux, fait d'une manière ordonnée et ayant pour but de connaître, d'étudier, de vérifier et de contrôler

On notera de plus que pendant que l'infirmière exécute l'action de soin, ou prête assistance à son exécutant qu'il s'agisse du bénéficiaire ou de quelqu'un d'autre, ou communique avec le bénéficiaire, elle "observe systématiquement le comportement, les...". Les actions que l'infirmière pose sont en effet toujours sous-tendues par un *processus mental* SYSTÉMATIQUE* . Dès lors, lorsqu'on parle d'action nursing, on doit toujours entendre à la fois les activités verbales ou physiques de l'infirmière et le processus mental qui s'y superpose. Par exemple, pendant l'exécution d'une technique de soin, l'infirmière observe systématiquement le bénéficiaire et recueille ainsi les données reliées d'une part au besoin spécifique du bénéficiaire et d'autre part, à l'entité bio-psycho-sociale qu'est le bénéficiaire; elle évalue aussi les soins reçus; en conséquence elle replanifie mentalement l'action nursing considérée et, s'il y a lieu, une partie ou l'ensemble des soins du bénéficiaire.

De la même façon, pendant qu'un membre du personnel soignant exécute l'action de soin, ou prête assistance à son exécutant qu'il s'agisse du bénéficiaire ou de quelqu'un d'autre, ou observe systématiquement le bénéficiaire, il communique verbalement ou non avec celui-ci.

Dans ces cas où l'observation systématique (y compris l'évaluation des soins donnés et la replanification des soins) et communication se superposent (en ce sens qu'elles ont lieu simultanément) respectivement à une action qui dans son essence est autre que d'observation ou de communication, on dit qu'elles viennent en *support* de cette action.

Communication et observation systématique sont des activités particulières du personnel soignant en ce sens qu'elles peuvent constituer en elles-mêmes l'essence d'une action nursing et que de plus, elles s'inscrivent en support des autres types d'actions nursing. Il existe par ailleurs, toute une série de micro-actions qui en général viennent supporter les actions nursing. Dans ce texte, nous considérons ces ACTES DE SUPPORT de l'action nursing comme faisant partie intégrante de celle-ci et nous en avons tenu compte, lorsque nous avons déterminé la valeur des facteurs de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU. Ces actes de support sont les suivants:

- consulter le plan de soins et, s'il y a lieu, l'ordonnance médicale
- se laver les mains
- préparer le matériel
- identifier le bénéficiaire
- donner au bénéficiaire des informations générales relatives à l'action nursing
- isoler et installer le bénéficiaire
- ranger la chambre et le matériel
- faire la relance

Que ces actes de support soient exécutés en présence du bénéficiaire (soins directs) ou hors de sa présence (soins indirects), on en tient compte dans la VALEUR de chaque facteur.

* par processus mental SYSTÉMATIQUE, on entend un processus mental ²⁹ exercé en référence à la DÉMARCHE NURSING. La démarche nursing consiste à recueillir les données bio-psycho-sociales concernant le bénéficiaire, à établir des priorités en terme de besoins spécifiques d'aide et à PLANIFIER DES SOINS individualisés pour le bénéficiaire ¹.

La planification de soins peut se définir comme la formulation des étapes par lesquelles un ou des objectifs de soins seront atteints. Ces étapes sont les suivantes:

- l'identification d'un PROBLÈME avec des OBJECTIFS spécifiques décrits en terme des comportements terminaux ¹ que le bénéficiaire et/ou ses proches devront manifester
- l'élaboration des actions nursing à partir de ces objectifs
- l'évaluation des résultats obtenus en regard de ces objectifs

Il existe une seule activité qui vient en général en support des actions nursing et dont nous n'avons pas tenu compte en déterminant la VALEUR des facteurs de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU. Il s'agit des *déplacements* du personnel infirmier. L'exclusion du temps des déplacements de la valeur des facteurs a été motivée par le fait que le temps des déplacements varie avec la configuration des lieux et l'organisation des soins; de ce fait, on ne pouvait en tenir compte dans la valeur des facteurs à moins que d'accepter de voir celle-ci, elle aussi varier avec le contexte de dispensation des soins: d'une unité de soins à l'autre, d'un hôpital à l'autre. On tient cependant compte des déplacements ailleurs dans le MODULE DE MESURE du système PRN (voir chapitre 8).

Il s'en suit que la VALEUR d'un FACTEUR rend compte, en équivalents de minutes ou points (un point = 5 minutes), du TEMPS total qu'un ou plusieurs membres d'une équipe soignante NORMALE, à quelque catégorie qu'il(s) appartienne(nt), consacre(nt) (en exerçant une pratique reconnue comme NORMALE) à l'exécution de l'(des) action(s) nursing représentée(s) par le FACTEUR, un certain nombre de fois durant une période de vingt-quatre heures, en prenant en considération tous (tels que décrits ci-dessus) les actes englobés par cette(ces) action(s) nursing, qu'ils soient posés en présence (SOINS DIRECTS) ou non (SOINS INDIRECTS) du bénéficiaire, qu'ils soient physiques, verbaux ou mentaux, à l'exception des déplacements liés aux actions nursing*.

Différentes précisions sont encore nécessaires pour bien cerner la notion de TEMPS consacré par les membres de l'équipe soignante à l'exécution des actions nursing.

On se rappellera d'abord que dans notre définition d'une action nursing, nous avons parlé d'un ENSEMBLE d'actes physiques et/ou verbaux... La notion d'ensemble suppose l'existence de *butées temporelles*²⁹, c'est-à-dire d'un temps auquel l'action nursing débute et d'un temps auquel elle prend fin *mais n'implique pas qu'entre ces butées temporelles, l'action nursing se déroule de façon ininterrompue.*

Quand on a déterminé la valeur des facteurs, on n'a, bien entendu, pas rendu compte du temps qui s'écoulait entre le commencement de l'action nursing et sa terminaison mais plutôt des périodes qui étaient réellement consacrées à l'action nursing par l'équipe soignante sur cet espace de temps.

Cette remarque met en évidence le fait qu'une action nursing après avoir été commencée, peut être interrompue et reprise plusieurs fois avant d'être terminée.

Ceci nous amène aussi à préciser davantage le contenu d'une action nursing. Nous avons relié celle-ci à un besoin spécifique et indiqué qu'elle pouvait contenir *certaines ou plusieurs* des actes suivants:

- prêter assistance physique au bénéficiaire
- prêter assistance physique et/ou verbale au personnel "autre"
- exécuter l'action de soin à la place du bénéficiaire
- observer systématiquement le bénéficiaire
- communiquer avec le bénéficiaire

et qu'elle englobait un certain nombre d'actes de support, en particulier observer systématiquement et communiquer avec le bénéficiaire, ces derniers étant alors simultanés aux autres actes englobés par l'action nursing.

* une définition plus complète du concept de VALEUR d'un facteur est donnée au chapitre 6

Lorsque nous avons accordé une VALEUR au FACTEUR correspondant à une action nursing, nous avons tenu compte de tous ces actes en prenant garde cependant de ne pas additionner les temps d'actes posés simultanément (par exemple: communication simultanée à l'exécution de l'action de soin) et de ne prendre en considération que les actes reliés au besoin spécifique d'aide du bénéficiaire auquel répond l'action nursing. Dès lors, tout acte non relié à ce besoin spécifique d'aide, qu'il soit d'observation systématique, de communication, d'exécution d'une autre action de soin... qui arrête ou qui allonge le déroulement normal de l'action nursing n'a pas été pris en considération dans la détermination de la VALEUR du FACTEUR correspondant à l'action nursing. En fait, de tels actes "appartiennent" à une autre action nursing et c'est la VALEUR du FACTEUR qui correspond à cette autre action nursing qui rend compte du temps que le personnel soignant y consacre. Il peut même arriver que de tels actes ne soient pas représentés par des facteurs de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU. C'est le cas par exemple des actes d'évaluation ou de replanification des soins concomitants à l'observation systématique. On a cependant tenu compte du temps pris par ces actes ailleurs dans le MODULE DE MESURE du système PRN, en fait dans les normes de "Communications au Sujet du Bénéficiaire - CSB" (voir à ce propos la chapitre 8).

La VALEUR des facteurs doit par ailleurs refléter le temps du *personnel soignant* qui est requis en regard d'une action de soin donnée. Ce temps varie en fonction du bénéficiaire concerné par cette action de soin, en fait en fonction de son *besoin spécifique d'aide* regardant cette action de soin. Si le bénéficiaire est totalement autonome ou encore si toute l'aide qu'il requiert lui est procurée par ses proches, le temps d'intervention du personnel soignant pourra être nul. A l'inverse, si le bénéficiaire présente une incapacité presque totale, le personnel soignant devra exécuter entièrement l'action de soin.

Le besoin spécifique d'aide du bénéficiaire en regard d'une action de soin peut être qualifié par l'ampleur de l'aide requise par le bénéficiaire de la part de ses semblables. Etant donné qu'ici nous nous intéressons plus particulièrement à l'aide procurée par le personnel soignant du service des soins infirmiers, nous qualifions le besoin spécifique d'aide du bénéficiaire de façon un peu plus restrictive, en terme de l'ampleur de l'aide qu'il requiert de la part de ce personnel soignant. Cette qualification précise l'ampleur de l'action nursing entreprise concurramment à l'action autonome de soin et aux autres actions compensatoires de soins en vue de satisfaire un besoin spécifique du bénéficiaire. Cette ampleur sera mesurée uniquement en terme *du temps* exigé du personnel soignant pour offrir l'aide requise puisque c'est ce temps qui devra être mesuré par la valeur des facteurs. Ce temps peut être consacré à n'importe lequel(lesquels) des divers actes susceptibles de constituer le contenu d'une action nursing. Ainsi du point de vue de la valeur des facteurs de la FORMULE DE MESURE, une action nursing qui consiste uniquement à observer le bénéficiaire pendant les trente minutes durant lesquelles il exécute une action autonome de soin est strictement équivalente à l'action nursing qui consiste à assister physiquement et/ou verbalement le bénéficiaire dans l'exécution de son action de soin pendant la même période.

En définissant les facteurs de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU, on a distingué trois *modes de prise en charge compensatoire* du bénéficiaire par le personnel soignant du service des soins infirmiers. Cela revient à dire, qu'on distingue en théorie en regard de chaque besoin spécifique d'aide, trois ampleurs possibles de l'action nursing qui peut être entreprise pour aider le bénéficiaire à satisfaire son besoin spécifique correspondant. En terme plus concret encore, cela signifie qu'en regard de chaque besoin spécifique, on distingue trois *temps* de "présence"* possibles du personnel soignant pour satisfaire le besoin spécifique d'aide correspondant. En principe, cela veut dire que pour chaque besoin

* *par temps de présence, on entend le temps que le personnel consacre à l'action nursing en présence ou hors de la présence du bénéficiaire.*

spécifique et pour chaque type d'action nursing retenu pour satisfaire le besoin spécifique d'aide correspondant identifié chez le bénéficiaire, il faudrait créer trois facteurs qui correspondent respectivement aux trois modes de prise en charge compensatoire, dont les valeurs rendent donc compte respectivement des trois* temps de présence possibles du personnel soignant.

Ceci est cependant une vue théorique de la prise en charge compensatoire par le personnel soignant du service des soins infirmiers. En pratique, il n'existe pas trois modes possibles de prise en charge pour chaque besoin spécifique. Certains besoins spécifiques appellent des actions de soins tellement sophistiquées qu'à toute fin pratique, celles-ci doivent être exécutées en totalité par le personnel soignant. Dans un tel cas, il n'existe dans les faits qu'un seul mode de prise en charge du bénéficiaire, donc qu'un seul* temps de présence possible du personnel soignant pour exécuter l'action nursing appelée à satisfaire le besoin spécifique d'aide. En conséquence, pour un tel besoin spécifique, il n'y aura qu'un facteur, et non deux ou trois, dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU. Cette remarque est en général vraie pour toutes les actions de soins autres que celles de soins de base. Par ailleurs, dans certains cas, deux facteurs seulement ont été définis en regard d'un besoin spécifique soit que seulement deux modes de prise en charge compensatoire étaient possibles, soit encore qu'il était impossible, dans le cas où les trois modes étaient possibles, d'établir une définition de deux d'entre eux telle qu'il soit toujours possible, dans le cas du besoin spécifique d'aide d'un bénéficiaire particulier, d'établir sans ambiguïté de quel mode il relève. Dans un tel cas, il a paru préférable de créer un seul facteur pour rendre compte des deux modes d'aide en question et de lui donner pour valeur, une moyenne pondérée des temps de présence du personnel soignant requis respectivement pour ces deux modes. Il s'agit là cependant d'exceptions à la règle générale qui veut qu'à chaque facteur corresponde un seul mode d'aide.

Les trois modes retenus de prise en charge compensatoire ²⁵ du bénéficiaire par le personnel soignant du service des soins infirmiers sont les suivants:

- soutien, conseil et orientation (guider et diriger): mode directif
- prise en charge partiellement compensatoire: mode intervenant
- prise en charge complètement compensatoire: mode intensif

A ces trois *modes de base*, s'ajoute un mode particulier, le mode enseignement

Mode: soutien, conseil et orientation:

L'action nursing, à entreprendre relève du mode: soutien, conseil et orientation (mode directif), si, relativement à un besoin spécifique, le problème spécifique identifié réside dans le fait que la capacité de l'aidé d'exécuter l'action de soin spécifique requise est ou serait susceptible d'être légèrement perturbée en raison d'une(de) contrainte(s), d'une(d')insuffisance(s) ou d'un(de) manque(s) chez l'aidé au niveau de l'un ou plusieurs des paramètres suivants:

- son potentiel psychomoteur
- ses motivations
- ses aptitudes psychologiques

** on reviendra plus en détail au chapitre 6 sur cette notion de temps de présence possible. Pour l'instant et pour ne pas alourdir inutilement l'exposé, nous nous contenterons de dire que chacun des temps de présence possibles est en fait une MOYENNE que représente un éventail de temps de présence possible

- ses habiletés de prise de décision
- ses connaissances
- sa maîtrise de lui-même
- son environnement

Dans le mode: soutien, conseil et orientation, l'aidé exécute l'action de soin. L'aidant engage et favorise son exécution en offrant un soutien physique et/ou en donnant des conseil et des orientations à l'aidé. L'action nursing consiste donc essentiellement à guider et diriger le bénéficiaire pendant un bref moment généralement au début de l'exécution de l'action de soin et éventuellement de façon épisodique pendant celle-ci. On notera que si l'aidant est présent pour soutenir, guider et diriger le bénéficiaire pendant une partie substantielle ou toute la durée de l'action de soin, son action se situe alors dans les modes: prise en charge partiellement ou totalement compensatoire (voir ci-après).

Mode: prise en charge partiellement compensatoire:

L'action nursing à entreprendre relève du mode: prise en charge partiellement compensatoire (mode intervenant) si, relativement à un besoin spécifique, le problème spécifique identifié réside dans le fait que la capacité de l'aidé d'exécuter l'action de soin spécifique requise est ou serait susceptible d'être partiellement perturbée en raison d'une(de) contrainte(s), d'une(d')insuffisance(s) ou d'un(de) manque(s) chez l'aidé au niveau de l'un ou plusieurs des paramètres suivants:

- son potentiel psychomoteur
- ses motivations
- ses aptitudes psychologiques
- ses habiletés de prise de décision
- ses connaissances
- sa maîtrise de lui-même
- son environnement

Dans le mode: prise en charge partiellement compensatoire, l'aidé exécute en tout ou en partie l'action de soin. L'aidant effectue la partie restante du soin et/ou est présent auprès de l'aidé pendant une partie de l'exécution de l'action de soin par celui-ci et/ou par quelqu'un d'extérieur au personnel soignant pour:

- observer systématiquement l'aidé et/ou
- communiquer avec lui et/ou
- lui prêter assistance physique et/ou
- prêter assistance physique et/ou verbale au personnel "extérieur"

Mode: prise en charge complètement compensatoire:

L'action nursing à entreprendre relève du mode: prise en charge complètement compensatoire (mode intensif) si, relativement à un besoin spécifique, le problème spécifique identifié réside dans le fait que la capacité de l'aidé d'exécuter l'action de soin spécifique requise est ou serait susceptible d'être totalement perturbée en raison d'une(de) contrainte(s), d'une(d') insuffisance(s) ou d'un(de) manque(s) chez l'aidé au niveau de l'un ou plusieurs des paramètres suivants:

- son potentiel psychomoteur
- ses motivations

- ses aptitudes psychologiques
- ses habiletés de prise de décision
- ses connaissances
- sa maîtrise de lui-même
- son environnement

Dans le mode: prise en charge complètement compensatoire, l'aidé exécute en tout, en partie ou pas du tout l'action de soin; l'aidant effectue la partie restante du soin et est présent auprès de l'aidé pendant toute la durée de l'exécution de l'action de soin par celui-ci et/ou par quelqu'un d'extérieur au personnel soignant pour:

- observer systématiquement l'aidé et/ou
- communiquer avec lui et/ou
- lui prêter assistance physique et/ou
- prêter assistance physique et/ou verbale au personnel "extérieur"

A la lumière de ces définitions, il est important de revenir à nouveau sur le fait que ce que la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU veut mesurer c'est le temps que le personnel soignant du service des soins infirmiers doit consacrer à répondre aux besoins spécifiques d'aide du bénéficiaire. Dans une telle optique, la forme (exécution et/ou observation et/ou communication,... etc.) que prend l'action nursing a peu d'importance; ce qui compte c'est le mode d'assistance dans lequel elle s'inscrit, ce mode étant déterminé avant tout par le temps que lui consacre le personnel soignant. Il est donc essentiel de bien voir que le mode n'est pas seulement défini par les actes qui sont exécutés par le personnel soignant à la place du bénéficiaire. Ainsi, dans le cas d'une action physique de soin par exemple, le personnel soignant du service des soins infirmiers peut être amené à n'exécuter aucun des actes physiques impliqués par l'action de soin; mais malgré cela, il est possible que l'action nursing correspondante s'inscrive dans l'un ou l'autre des trois modes de base ou qu'il n'y ait pas d'action nursing correspondante du tout. Cela dépend du temps qui est consacré par ailleurs par le personnel soignant à observer, communiquer,... en relation avec l'action de soin. On notera en particulier qu'un bénéficiaire peut être pris en charge de façon complètement compensatoire en regard de l'un de ses besoins spécifiques sans pour autant que le personnel soignant du service des soins infirmiers accomplisse un seul des actes physiques nécessaires pour satisfaire ce besoin. Il suffit pour cela que le personnel soignant soit présent pendant toute la durée de l'exécution de ces actes, par exemple pour observer systématiquement le bénéficiaire.

Comme déjà mentionné, un quatrième mode de prise en charge compensatoire s'ajoute aux trois modes de base définis ci-dessus; il s'agit du *mode enseignement*.

L'action nursing à entreprendre relève du mode: enseignement si, relativement à un besoin spécifique, le problème spécifique identifié réside dans le fait que la capacité de l'aidé d'exécuter l'action de soin spécifique requise est ou serait susceptible d'être perturbée en raison d'une insuffisance ou d'un manque au niveau de ses connaissances.

Dans le mode: enseignement, l'aidant enrichit et stimule l'intellect cognitif de l'aidé. L'action nursing d'enseignement a pour objectif de faciliter et d'organiser les expériences d'apprentissage de l'apprenant.

On notera que le mode: enseignement peut venir s'ajouter au mode de prise en charge compensatoire de base (voir ci-dessus) relié à un besoin spécifique, si et seulement si le bénéficiaire possède au moins des capacités partielles d'acquisition de connaissances

Dès lors du point de vue de la sélection des facteurs requis par le bénéficiaire dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, on pourra sélectionner un facteur d'enseignement (pour rendre compte de l'enseignement d'une action de soin) en même temps qu'on sélectionnera un facteur correspondant au mode d'aide de base (voir ci-dessus) retenu par l'équipe soignante pour la dispensation de l'action de soin.

4. UTILISATION DE LA FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU

L'identification des facteurs pertinents pour un bénéficiaire donné est effectuée par l'infirmière* qui en a la responsabilité sur la base des actions nursing prévues par celle-ci pour les prochaines vingt-quatre heures, à la suite de l'identification des besoins et problèmes du bénéficiaire.

Chacun des ensembles de facteurs correspondant à un même BESOIN SPECIFIQUE des bénéficiaires constitue un ENTREFILET de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU. Les 214 facteurs se répartissent de la sorte entre 85 entrefilets. Etant donné cette présentation de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, l'identification des facteurs pertinents pour un bénéficiaire pour les prochaines vingt-quatre (24) heures s'effectue en respectant les règles suivantes:

1. on choisit *tous* les facteurs correspondant aux actions nursing prévues pour le bénéficiaire, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, y compris les actions nursing pré-opératoires et pré-examens.

Ne sont pas considérés comme "prévisibles" et ne peuvent donc justifier *la sélection ou la non sélection* d'un(de) facteur(s), les événements suivants, anticipés pour la prochaine période de vingt-quatre (24) heures: le départ (congé, transfert, décès) du bénéficiaire, un changement significatif possible mais incertain dans l'état du bénéficiaire, la phase post-examen et post-opératoire du bénéficiaire susceptible d'être examiné ou opéré dans les prochaines vingt-quatre heures.

2. si pour un bénéficiaire donné, on utilise un facteur d'un entrefilet, on ne peut en même temps utiliser un autre facteur du même entrefilet. On choisit donc parmi les facteurs de l'entrefilet, celui qui rend le mieux compte de l'(des) action(s) nursing prévue(s) pour le bénéficiaire.
3. nonobstant la règle no 1, on retient seulement les facteurs qui correspondent à des actions nursing exécutées par le personnel soignant de l'Unité de soins.
4. les valeurs des facteurs doivent être prises telles quelles; elles ne doivent jamais être divisées ni multipliées.

La FORMULE DE MESURE DU NIVEAU a été conçue de façon à ce qu'il ne soit jamais nécessaire de déroger à ces règles.

Simultanément à la sélection des facteurs, on additionne leurs valeurs. Le total ainsi obtenu est le NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS, PRÉVUS POUR LE BÉNÉFICIAIRE POUR LES PROCHAINES VINGT-QUATRE (24) HEURES.

Pendant tout le séjour du bénéficiaire dans un centre hospitalier ou un centre d'accueil, son niveau de soins est mesuré quotidiennement. Cette mesure est facilitée par l'inscription de la valeur des

* dans certains hôpitaux, c'est l'infirmière-chef qui assume la responsabilité de la sélection des facteurs et donc de la mesure du niveau sur la base des soins planifiés par les infirmières-soignantes.

facteurs attribués au bénéficiaire, en regard des actions nursing correspondantes apparaissant dans son plan de soins infirmiers. Le temps requis par cette procédure est négligeable si elle s'effectue en même temps que la mise à jour du plan de soins du bénéficiaire^{*}. On procède à la mesure quotidienne du niveau des soins requis par les bénéficiaires vers la fin du quart du jour. Vers la fin du quart de soir, on procède à une révision de ce niveau pour les bénéficiaires dont le plan de soins a été modifié, ainsi qu'à la mesure du niveau des soins requis prévus pour les bénéficiaires nouvellement arrivés. Enfin vers la fin du quart de nuit, on procède de la même façon qu'au quart de soir.

La procédure PRN de mesure du niveau est peu coûteuse puisqu'elle prend avantage de l'existence à priori du processus d'identification des besoins, problèmes et objectifs ainsi que de planification des actions nursing. Ce processus précède la mesure PRN et en est totalement indépendant en ce sens qu'il fait partie intégrante de la démarche nursing¹ et doit avoir lieu qu'on mesure subséquemment le NIVEAU DES SOINS REQUIS ou non. Il est évident que la qualité de la mesure du NIVEAU dépend de la qualité du processus d'identification des besoins et problèmes et de la planification des actions.

Etant donné que la qualité de ce processus détermine fondamentalement la qualité des soins, l'infirmière a la responsabilité de l'effectuer au mieux de son expérience et de ses connaissances. On peut dès lors postuler qu'on pouvait difficilement trouver meilleur fondement pour la MESURE DU NIVEAU que le processus d'identification et de planification des soins. De plus, pour faciliter davantage l'opération de mesure du niveau, nous avons développé une FORMULE PRN DE PLAN DE SOINS compatible avec la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU. Des espaces sont prévus dans la FORMULE PRN DE PLAN DE SOINS, vis-à-vis de chaque action nursing pour inscrire la valeur des facteurs de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU. Cette FORMULE DE PLAN DE SOINS est présentée en annexe de ce cahier dans sa version PRN 76. Elle sera revue prochainement pour tenir compte des suggestions reçues de ses utilisateurs pendant les deux dernières années et pour l'ajuster à la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU.

On remarquera aussi que le format de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU est différent du format de la FORMULE PRN 76 DE MESURE DU NIVEAU. Le format de la nouvelle formule est semblable à celui du plan de soins. La FORMULE DE MESURE peut de la sorte être placée en tête du "KARDEX", ce qui la rendra plus accessible. Il n'est cependant pas dans nos intentions, en donnant à la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU le même format que celui de la FORMULE DE PLAN DE SOINS, de lui faire jouer le rôle de cette dernière. En fait, une telle utilisation de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU est *totalement contre-indiquée* parce qu'elle serait la négation même de la démarche nursing qu'on ne peut réduire, sous peine de lui enlever toute substance, à un exercice de "cochage". La FORMULE DE MESURE DU NIVEAU est une *formule de référence* et son utilisation doit se limiter à cela.

* dans les centres hospitaliers de soins prolongés et en centre d'accueil, le plan de soins du bénéficiaire change peu puisqu'en général, l'état du bénéficiaire évolue peu rapidement. Dès lors, la mesure quotidienne du niveau des soins revient dans les faits, pour un fort pourcentage des bénéficiaires, à une reconduction pure et simple de la mesure de la veille. Cependant, il est tout aussi important de reconnaître une évolution de l'état du bénéficiaire dans ces milieux qu'en milieu de soins aigus, de replanifier les soins et de revoir la mesure du niveau en conséquence. Dès lors, il est nécessaire que l'infirmière se demande régulièrement si l'évolution de l'état du bénéficiaire ne justifie pas une révision de son plan de soins et, si c'est le cas, recalcule son niveau de soins.

Le nombre de facteurs (214) de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU pourrait apparaître comme un handicap sérieux du point de vue pratique, aux yeux de quelqu'un qui n'a jamais utilisé les formules de mesure antérieures. Cependant sept années d'expérience avec les FORMULES PRN 74 et PRN 76 DE MESURE DU NIVEAU dans une vingtaine d'hôpitaux différents ont démontré que le chiffre clé* était non pas le nombre total de facteurs de la formule mais plutôt le nombre de facteurs utilisés dans une Unité de soins donnée. L'expérience démontre que selon l'Unité, ce chiffre varie entre 30 et 40 et que les infirmières ont tôt fait de mémoriser les valeurs des 30 ou 40 facteurs qu'elles doivent utiliser couramment. Il en résulte que la consultation de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU pour choisir un facteur et/ou obtenir sa valeur est chose plus exceptionnelle que courante. Le temps requis à chaque quart de travail pour obtenir le NIVEAU DES SOINS REQUIS prévus pour un bénéficiaire se mesure en secondes si la procédure décrite ci-dessus est suivie.

* du point de vue de l'utilisation pratique

5. DESCRIPTION ET UTILISATION DES FACTEURS

Dans cette section, nous examinons un à un les 214 facteurs de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU. Pour assurer une utilisation *fiable* de la FORMULE, il est en effet nécessaire de décrire le contenu de chacun de ses facteurs et d'en préciser les modalités d'utilisation. Ces renseignements apparaissent dans les lignes qui suivent sous les entêtes: "DESCRIPTION" et "UTILISATION". Il est bon de noter en préambule que nous n'établirons pas, pour décrire chaque facteur, la liste de tous les actes englobés par l'(les) action(s) nursing recouverte(s) par ce facteur. Seuls les actes dont nous pensons la mention essentielle pour lever toute ambiguïté, seront cités.

En particulier, nous ne reprendrons pas de façon systématique pour chaque facteur, la liste des ACTES DE SUPPORT englobés par l'(les) action(s) nursing représentée(s) par ce facteur. Pour rappel, ces actes sont, selon l'action nursing considérée, tous ou certains des actes suivants:

- consulter le plan de soins et, s'il y a lieu, l'ordonnance médicale
- se laver les mains
- préparer le matériel
- identifier le bénéficiaire
- donner au bénéficiaire des informations générales relatives à l'action nursing
- isoler et installer le bénéficiaire
- ranger la chambre et le matériel
- faire la relance

Il est aussi important de noter que derrière la formulation générale des actes de support mentionnés ci-dessus se cache, dans le cas de chaque facteur en particulier, toute une série de "micro-actes" précis et spécifiques. En général, ces "micro-actes" n'ont pas été énumérés dans la description des facteurs pour garder celle-ci dans des limites raisonnables, considérant par ailleurs que cette énumération n'aurait en général été qu'un énoncé d'évidences. Ainsi, "installer le bénéficiaire" recouvre des actions comme: replier les couvertures, élever la tête du lit, placer une serviette à la portée de la main du bénéficiaire, etc. "Ranger la chambre" implique que l'infirmière assure la tranquillité et l'obscurité adéquates pour favoriser le sommeil, qu'elle place la cloche d'appel à la portée de la main du bénéficiaire... etc. "Préparer le matériel" signifie par exemple dans le cas du bassin de lit, réchauffer le bassin, donner le papier hygiénique, etc...

Nous ne mentionnerons pas non plus dans la description de chaque action nursing, cet acte de support particulier qu'est l'observation systématique du bénéficiaire du point de vue de l'action nursing pendant l'action nursing, y compris éventuellement l'évaluation des soins donnés du point de vue de l'action nursing pendant l'action nursing et la replanification de l'action nursing pendant son exécution. Nous ne mentionnerons pas non plus la communication personnel soignant-bénéficiaire qui s'instaure normalement pendant l'exécution de l'action nursing.

De plus, on se rappellera qu'une action nursing consiste dans un ou plusieurs des actes suivants:

- prêter assistance physique au bénéficiaire
- prêter assistance physique et/ou verbale au personnel "extérieur" exécutant l'action de soin à la place du bénéficiaire

- exécuter l'action de soin à la place du bénéficiaire
- observer systématiquement le bénéficiaire
- communiquer avec le bénéficiaire

Il aurait évidemment été beaucoup trop long de décrire chacun des facteurs en terme de toutes les formes différentes (exécution et/ou observation,...) que peut(peuvent) prendre la(les) action(s) nursing recouvertes par le facteur. *Nous avons donc dans la formulation de la description des facteurs, privilégié une(des) forme(s) particulière(s) de l'action nursing: la(les) forme(s) de l'action de soin les plus courantes dans le mode concerné de prise en charge compensatoire.* CECI NE SIGNIFIE CEPENDANT PAS QU'IL S'AGIT LÀ DE LA(DES) SEULE(S) FORME(S) QUE PEUT PRENDRE L'ACTION NURSING, QUI JUSTIFIE(NT) LA SELECTION DES FACTEURS. En fait la sélection du facteur est toute aussi justifiée si le personnel soignant au lieu par exemple d'exécuter, observe systématiquement et/ou communique et/ou prête assistance... On retiendra donc que ce qui est déterminant dans le choix des facteurs, c'est le mode de prise en charge décidé par l'équipe infirmière, et que le mode de prise en charge correspond avant tout à une quantité de temps qui devra être prestée par le personnel soignant en relation avec une action de soin, peu importe que ce soit pour l'exécuter ou pour y assister aux fins d'observation, de communication, etc.

5.1 RESPIRATION

01	001	Humidificateur et/ou éventail		1
	002	Exercices respiratoires	guider	2
02	003	Exercices respiratoires (pr.c)	1-6 fois	4
	004	Exercices respiratoires (pr.c.)	7 fois ou plus	12
	005	Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	1-2 fois	4
	006	Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	3-6 fois	12
03	007	Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	7 fois ou plus	21
	008	Physio. thora. et app. du vent. (5 fois ou plus)	moins de 3 min.	3
	009	Physio. thora. et app. du vent. (5 fois ou plus)	3 min. ou plus	15
	010	Aérosol	guider	3
04	011	Aérosol (pr.c.)		14
	012	Aspiration des sécrétions	1-6 fois	3
	013	Aspiration des sécrétions	7-19 fois	6
05	014	Aspiration des sécrétions	20-47 fois	13
	015	Aspiration des sécrétions	48 fois ou plus	24
	016	Administration d'oxygène (cathéter/masque/etc.)		3
06	017	Administration d'oxygène (croupette/tente complète)		6
	018	Soins: trachéotomisé ou intubé		4
07	019	Soins: trachéotomisé ou intubé (respirateur)		8

DESCRIPTION

UTILISATION

001 **Humidificateur et/ou éventail** 1**HUMIDIFICATEUR**

Vérifier le fonctionnement de l'humidificateur

Remplir l'humidificateur périodiquement, s'il y a lieu

ET/OU**ÉVENTAIL**

Vérifier le fonctionnement de l'éventail ou de la souffleuse

Changer la position de l'éventail ou de la souffleuse régulièrement

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

un(des) humidificateur(s) et/ou un(des) humidificateur(s) canapé(s) pour le traitement de son(ses) problème(s) respiratoire(s)

OU

une isolette sans O₂ avec chaleur et humidité pour le traitement de son(ses) problème(s) respiratoire(s)

ET/OU

un(des) éventail(s) et/ou une(des) souffleuse(s) en vue d'un traitement ou pour le séchage de son(ses) plâtre(s)

002 **Exercices respiratoires** **guider** **2**

Préparer le matériel, s'il y a lieu

Guider le bénéficiaire dans l'exécution de chaque séance d'exercices:

- respiratoires et/ou
- spirométriques et/ou
- de toux

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, d'être GUIDÉ pour exécuter sa(ses) séance(s) d'exercices

003 **Exercices respiratoires (pr.c.)** **1-6 fois** **4**
 004 **Exercices respiratoires (pr.c.)** **7 fois ou plus** **12**

Préparer le matériel, s'il y a lieu

Assurer une PRÉSENCE pendant TOUTE la durée de la séance d'exercices:

- respiratoires et/ou
- spirométriques et/ou
- de toux

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour exécuter sa(ses) séance(s) d'exercices

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que la(les) séance(s) d'exercices est(sont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- une (1) séance d'exercices compte pour une (1) fois, étant entendu qu'une (1) séance d'exercices peut comprendre une ou plusieurs sortes d'exercices

DESCRIPTION

UTILISATION

005	Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	1-2 fois	4
006	Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	3-6 fois	12
007	Exercices physio-respiratoires (pr.c.)	7 fois ou plus	21

Assurer une PRÉSENCE pendant TOUTE la durée de la séance d'exercices physio-respiratoires:

- tapottements ou
- drainages posturaux ou
- vibro-massage

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour effectuer sa(ses) séance(s) d'exercices physio-respiratoires

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que la(les) séance(s) d'exercices physio-respiratoires est(sont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- une (1) séance d'une (1) sorte d'exercices physio-respiratoires compte pour une (1) fois

008	Physio. thora. et app. du vent. (5 fois ou plus)	moins de 3 min.	3
009	Physio. thora. et app. du vent. (5 fois ou plus)	3 min. ou plus	15

Instiller la trachée

Ventiler le bénéficiaire au moyen d'un ventilateur manuel afin d'augmenter l'amplitude de sa respiration et déloger ses sécrétions bronchiques au moyen de la physiothérapie thoracique

Pratiquer la vibration du thorax

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour cinq (5) applications ou plus du ventilateur manuel.

On choisit le facteur correspondant à la DURÉE requise pour chaque application du ventilateur manuel durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

010 **Aérosol** **guider** **3**

Mettre le(s) médicament(s) dans l'appareil

Vérifier le fonctionnement de l'appareil

Guider le bénéficiaire dans l'exécution du traitement d'aérosol

Nettoyer l'appareil

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, d'être GUIDÉ par le personnel infirmier de l'Unité de soins pour exécuter son(ses) traitement(s) d'aérosol

011 **Aérosol (pr.c.)** **14**

Mettre le(s) médicament(s) dans l'appareil

Vérifier le fonctionnement de l'appareil

Assurer une PRÉSENCE pendant TOUTE la durée du traitement d'aérosol

Nettoyer l'appareil

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

une AIDE COMPLÈTE du personnel infirmier de l'Unité de soins pour exécuter son(ses) traitement(s) d'aérosol

DESCRIPTION

UTILISATION

012	Aspiration des sécrétions	1-6 fois	3
013	Aspiration des sécrétions	7-19 fois	6
014	Aspiration des sécrétions	20-47 fois	13
015	Aspiration des sécrétions	48 fois ou plus	24

Changer le plateau

Remplacer le matériel

Vider, rincer, remplir la bouteille de l'appareil à succion q.4-6h.

Vérifier et mettre en fonction l'appareil à succion

Se ganter

Instiller le bénéficiaire, s'il y a lieu

Aspirer les sécrétions

Attendre entre chaque aspiration

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour l'aspiration de ses sécrétions par l'une et/ou l'autre des voies suivantes:

- buccale
- naso-pharyngée
- endotrachéale

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que l'(les) aspiration(s) est (sont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- une (1) aspiration par une (1) voie compte pour une (1) fois

016 **Administration d'oxygène (cathéter/masque/etc.)** 3

Installer l'O₂ ou l'air comprimé
 Vérifier le débit d'O₂ et l'installation q.1h.
 Ajouter de l'eau dans l'humidificateur
 Vérifier la concentration de l'O₂

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour l'administration d'oxygène, provenant du mur ou d'un ballon, par l'un ou l'autre des moyens suivants:

- cathéter
- masque
- lunette nasale
- tente faciale
- collier trachéal
- cagoule
- isolette
- groupette
- cloche
- autres du même type

017 **Administration d'oxygène (croupette/tente complète)** 6

Installer l'O₂ ou l'air comprimé
 Vérifier l'installation et le débit d'O₂ q.1h.
 Ajouter de l'eau dans l'humidificateur
 Vérifier la concentration d'O₂
 Vider l'eau du réservoir de glace périodiquement
 Remplir le réservoir de glace périodiquement

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour l'administration d'oxygène, provenant du mur ou d'un ballon, par l'un ou l'autre des moyens suivants:

- croupette couvrant tout le lit
- tente complète couvrant une partie ou tout le lit
- autres du même type

DESCRIPTION

UTILISATION

018 **Soins: trachéotomisé ou intubé** 4

Entretenir la peau au pourtour de la trachéotomie

Nettoyer la canule trachéale

Changer les cordons et la compresse

Instiller la trachée

Gongler et dégonfler le ballonnet, s'il y a lieu

Changer le plateau et le matériel

Changer les diachylons (intubé)

Sevrer le bénéficiaire, s'il y a lieu

Enlever la canule trachéale ou le tube endo-trachéal, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire trachéotomisé ou intubé SANS respirateur qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour les soins relatifs à sa canule trachéale ou à son tube endo-trachéal

ET/OU

une PRÉSENCE et/ou une OBSERVATION pendant seulement une PARTIE de la durée de sa(ses) période(s) de sevrage de sa canule trachéale NON RELIÉE à un respirateur mécanique

019 **Soins: trachéotomisé ou intubé (respirateur)** 8

Entretenir la peau au pourtour de la trachéotomie

Nettoyer la canule trachéale

Changer les cordons et la compresse

Instiller la trachée

Gonfler et dégonfler le ballonnet, s'il y a lieu

Changer le plateau et le matériel

Changer les diachylons (intubé)

Sevrer le bénéficiaire, s'il y a lieu

Enlever la canule trachéale ou le tube endotrachéal, s'il y a lieu

RESPIRATEUR

Vérifier le fonctionnement du respirateur

Gonfler et dégonfler le(s) ballonnet(s) q.1h., s'il y a lieu

Auscultier les poumons q.1h.

Vider les tubes du respirateur q.1h.

OU

ISOLETTE-RESPIRATEUR

Vérifier le fonctionnement du respirateur

Vérifier la pression du respirateur q.1h.

Ajuster le cadran à chaque action nursing

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

une AIDE COMPLÈTE pour les soins relatifs à sa canule trachéale ou à son tube endotrachéal relié(e) à un respirateur mécanique

OU

une AIDE COMPLÈTE pour les soins relatifs à l'usage de l'isolette - respirateur à pression négative constante ou intermittente

ET/OU

une PRÉSENCE et/ou OBSERVATION pendant TOUTE la durée de sa(ses) période(s) de sevrage:

d'une canule trachéale reliée ou NON à un respirateur mécanique

ET/OU

de son respirateur mécanique

5.2 ALIMENTATION ET HYDRATATION

	020	Alimentation: nouveau-né ou nourrisson		10
	021	Alimentation: nouveau-né ou nourrisson (pr.c.)		19
	022	Alimentation: nouveau-né ou nourrisson (précautions spéciales)		40
08	023	Alimentation: bénéficiaire autonome		2
	024	Alimentation: aide partielle		5
	025	Alimentation: aide complète		15
	026	Hydratation per os		3
<hr/>				
09	027	Extraction de lait		10
<hr/>				
	028	Gavage en permanence	24h./24h.....	4
10	029	Gavage en goutte-à-goutte ou à la seringue	1-6 fois	6
	030	Gavage en goutte-à-goutte ou à la seringue	7 fois ou plus	10
	031	Gavage (pr.c.)		14

020 **Alimentation: nouveau-né ou nourrisson** 10

Vérifier le menu

A chaque repas (boire et/ou purée):

préparer le plateau

ET

observer régulièrement les activités du(des) parent(s) pendant le repas du bébé

ET/OU

installer le bavoir

faire manger le bébé, s'il y a lieu

prendre le bébé dans ses bras pendant TOUTE la durée du boire

faire éructer le bébé au cours et à la fin de chaque boire

laver la figure et les mains du bébé

On utilise ce facteur pour le bébé qui est alimenté partiellement ou complètement par son(ses) parent(s) pour quelques ou tous ses repas; en fait, cette famille requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE pour l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson, qu'il s'agisse de repas composés de biberon et de purée, de biberon seulement et/ou par allaitement maternel

021 **Alimentation: nouveau-né ou nourrisson (pr.c)** 19

Vérifier le menu

A chaque repas (boire et/ou purée):

- préparer le plateau
- installer le bavoir
- faire manger le bébé, s'il y a lieu
- prendre le bébé dans ses bras pendant TOUTE la durée du boire
- faire éructer le bébé au cours et à la fin de chaque boire
- laver la figure et les mains du bébé

On utilise ce facteur pour le bébé qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE du personnel infirmier pour son alimentation À CHACUN DE SES REPAS, qu'il s'agisse de repas composés de biberon et de purée ou de biberon seulement

022 **Alimentation: nouveau-né ou nourrisson (précautions spéciales) 40**

Vérifier le menu

A chaque repas (boire et/ou purée):

préparer le plateau

ET

observer régulièrement les activités du(des) parent(s) et les réactions du bébé pendant TOUTE la durée du repas du bébé

ET/OU

installer le bavoir

faire manger le bébé, s'il y a lieu

prendre le bébé dans ses bras pendant TOUTE la durée du boire

faire éructer le bébé au cours et à la fin du repas

arrêter fréquemment pendant le repas

laver la figure et les mains du bébé

On utilise ce facteur:

pour le BÉBÉ présentant un ÉTAT PATHOLOGIQUE physique et/ou physiologique qui implique des ARRÊTS FRÉQUENTS au cours de chaque repas et/ou une PROLONGATION IMPORTANTE de la durée de chaque repas; en fait, ce bébé requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures pour chaque repas, qu'il s'agisse de repas composés de biberon et de purée ou de biberon seulement:

une AIDE COMPLÈTE de son(ses) parent(s) pris en charge par le personnel infirmier à chaque repas

ET/OU

une AIDE COMPLÈTE du personnel infirmier à chaque repas

OU

pour le bébé dont le couple MÈRE-BÉBÉ présente un(des) PROBLÈME(S) physique(s) et/ou physiologique(s) et/ou psychologique(s) important(s) d'allaitement maternel; en fait, ce couple requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

une PRÉSENCE et une OBSERVATION pendant TOUTE la durée de chaque tétée

DESCRIPTION

UTILISATION

023 **Alimentation: bénéficiaire autonome** 2

Vérifier le menu

Préparer le plateau

Servir:

- trois (3) repas
- deux (2) collations
- les breuvages entre les repas et les collations

Desservir

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme de SOUTIEN ou de CONSEIL et d'ORIENTATION pour s'alimenter et s'hydrater, que ses repas, ses collations et ses breuvages soient servis dans sa chambre, à la salle commune, à la cafétéria, dans une autre pièce ou dans le jardin.

024 **Alimentation: aide partielle** 5

Vérifier le menu

Préparer le plateau

Laver ou faire laver les mains du bénéficiaire

Servir:

- trois (3) repas
- deux (2) collations
- les breuvages entre les repas et les collations

Faire manger et boire le bénéficiaire PÉRIODI-
QUEMENT durant chaque repas, chaque colla-
tion et chaque breuvage

Couper et piler les aliments, s'il y a lieu

Desservir

Observer et/ou aider l'hydratation entre les
repas

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE et/ou PÉRIODIQUE pour s'alimenter et s'hydrater à chaque repas, à chaque collation et à chaque breuvage que ses repas et ses collations soient servis dans sa chambre, à la salle commune, à la cafétéria, dans une autre pièce ou dans le jardin.

025 **Alimentation: aide complète** 15

Vérifier le menu

Préparer le plateau

Laver les mains du bénéficiaire

Servir:

- trois (3) repas
- deux (2) collations
- les breuvages entre les repas et les collations

Faire manger et boire le bénéficiaire pendant TOUTE la durée de chaque repas, de chaque collation et de chaque breuvage

Couper et piler les aliments s'il y a lieu

Desservir

Hydrater le bénéficiaire entre les repas

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE et INDIVIDUELLE pour s'alimenter et s'hydrater à chaque repas, à chaque collation et à chaque breuvage que ses repas et ses collations soient servis à sa chambre, à la salle commune, à la cafétéria, dans une autre pièce ou dans le jardin

026 **Hydratation per os** 3

S'assurer que le bénéficiaire s'hydrate q.2h. ou plus souvent (24h./24h.)

Remplacer les liquides ou les cubes de glace au chevet du bénéficiaire q.2h. ou plus souvent (24h./24h.)

OU

Surveiller les quantités de liquide ingéré (quantité limitée) q.2h. ou plus souvent (24h./24h.)

Remplacer les liquides ou les cubes de glace au chevet du bénéficiaire q.2h. ou plus souvent (24h./24h.)

On utilise ce facteur:

pour le bénéficiaire qui ne s'alimente pas et qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour maintenir son hydratation per os à chaque 2 heures ou plus (24 heures/24 heures)

OU

pour le bénéficiaire qui est à la diète absolue (NPO) et qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour se procurer des cubes de glace à sucer

DESCRIPTION

UTILISATION

027 **Extraction de lait** **10**

Extraire le lait maternel manuellement ou au moyen d'un tire-lait ou d'une pompe électrique

On utilise ce facteur pour la mère qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE à CHAQUE extraction de lait effectuée manuellement ou au moyen d'un tire-lait ou d'une pompe électrique

028 **Gavage en permanence** **24h./24h.** **4**

Changer le plateau
 Préparer la solution de gavage
 Changer la bouteille ou le sac de gavage
 Vérifier le débit
 Irriguer la sonde gastrique, s'il y a lieu
 Installer et surveiller la pompe
 Enlever la sonde ou le tube de gavage, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour son alimentation par GAVAGE en goutte à goutte EN PERMANENCE (24 heures/24heures) donné AU MOYEN D'UNE POMPE

029 **Gavage en goutte-à-goutte ou à la seringue** **1-6 fois** **6**

Changer le plateau
 Préparer la solution de gavage
 Préparer la bouteille, le sac ou la seringue de gavage
 Mesurer le résidu gastrique, s'il y a lieu
 Installer le gavage
 Vérifier le débit
 Irriguer la sonde gastrique, s'il y a lieu
 Fermer et fixer la sonde gastrique, s'il y a lieu
 Enlever la sonde gastrique, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

une AIDE COMPLÈTE pour une (1) à six (6) alimentation(s) par GAVAGE À INTERVALLES réguliers ou irréguliers

ou

une AIDE COMPLÈTE pour son alimentation par GAVAGE en goutte à goutte EN PERMANENCE (24 heures/24 heures) donnée SANS UTILISER DE POMPE

DESCRIPTION

UTILISATION

030 **Gavage en goutte-à-goutte ou à la seringue 7 fois ou plus 10**

Changer le plateau

Préparer la solution de gavage

Préparer la bouteille, le sac ou la seringue du gavage

Mesurer le résidu gastrique, s'il y a lieu

Installer le gavage

Vérifier le débit

Irriguer la sonde gastrique, s'il y a lieu

Fermer et fixer la sonde gastrique, s'il y a lieu

Enlever la sonde gastrique, s'il y a lieu

On utilise ce facteur:

pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour sept (7) alimentation(s) ou plus par GAVAGE À INTERVALLES réguliers ou irréguliers

OU

pour le bénéficiaire de NÉO-NATALOGIE qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour son alimentation par GAVAGE en goutte à goutte EN PERMANENCE (24 heures/24 heures) donné SANS UTILISER DE POMPE

031 **Gavage (pr.c.) 14**

Changer le plateau

Préparer la solution de gavage

Préparer la bouteille ou le sac de gavage ou la seringue du gavage

Mesurer le résidu gastrique

Installer le gavage

ASSURER UNE PRÉSENCE PENDANT TOUTE LA DURÉE DU GAVAGE en goutte à goutte

Irriguer la sonde gastrique, s'il y a lieu

Fermer et fixer la sonde gastrique, s'il y a lieu

Enlever la sonde gastrique, s'il y a lieu

On utiliser ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

une AIDE COMPLÈTE pour son alimentation par GAVAGE À INTERVALLES réguliers ou irréguliers

ET

une OBSERVATION durant TOUTE la durée de l'écoulement de son(ses) GAVAGE(S) en goutte à goutte

5.3 ÉLIMINATION

	032	Couches (bébé)		6
	033	Bassin de lit et/ou incontinence occasionnelle		1
11	034	Urinal et bassin de lit		3
	035	Bassin de lit (femme)		5
	036	Assister à la toilette		6
	037	Incontinence et/ou condom		8
<hr/>				
12	038	Soins externes de sonde vésicale et bassin de lit		2
<hr/>				
	039	Entretien de stomie	1 stomie	6
13	040	Entretien de stomie	2 stomies ou plus	15
<hr/>				

DESCRIPTION

UTILISATION

032 **Couches (bébé)** 6

Enlever la couche

Nettoyer et assécher le siège du bébé

Appliquer une crème ou un onguent, s'il y a lieu

Mettre la couche

ET/OU

Enlever la couche ou la culotte d'apprentissage

Installer le bébé sur le "petit pot"

Demeurer auprès du bébé, s'il y a lieu

Nettoyer et assécher le siège du bébé

Appliquer une crème ou un onguent, s'il y a lieu

Mettre la couche ou la culotte d'apprentissage

On utilise ce facteur pour le bébé qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour:

son(ses) changement(s) de couche

ET/OU

utiliser le "petit pot"

ET/OU

une(des) MANOEUVRE(S) VESICALE(S)
MANUELLE(S)

033 **Bassin de lit et/ou incontinence occasionnelle** 1

Donner, enlever, vider, laver et ranger le bassin de lit ou l'urinal occasionnellement

ET/OU

Installer occasionnellement les serviettes et/ou les piqués

ET/OU

Assister occasionnellement le bénéficiaire à la toilette ou à la chaise d'aisance

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert OCCASIONNELLEMENT, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour répondre à ses besoins d'élimination vésicale et intestinale

034 **Urinal et bassin de lit** 3

Donner, enlever, vider, rincer et ranger l'urinal à chaque miction

Changer quotidiennement l'enveloppe de l'urinal

Donner, enlever, vider, laver et ranger le bassin de lit à chaque selle

Installer le condom urinaire, s'il y a lieu

Demeurer auprès du bénéficiaire, s'il y a lieu

Laver et assécher le siège du bénéficiaire, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se dévêtir et à se revêtir, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire de sexe MASCULIN qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour faire usage de l'urinal à CHAQUE miction et du bassin de lit à CHAQUE selle

035 **Bassin de lit (femme)** 5

Donner, enlever, vider, laver et ranger le bassin de lit

Changer quotidiennement l'enveloppe du bassin de lit

Demeurer auprès du bénéficiaire, s'il y a lieu

Laver et assécher le siège du bénéficiaire, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se dévêtir et à se revêtir, s'il y a lieu

On utilise ce facteur:

pour le bénéficiaire de sexe FÉMININ qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour faire usage du bassin de lit à CHAQUE miction et à CHAQUE selle

ET/OU

pour le bénéficiaire de sexe FÉMININ ou MASCULIN qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour une(des) MANOEUVRE(S) VÉSICALE(S) MANUELLE(S)

DESCRIPTION

UTILISATION

036 **Assister à la toilette** 6

Assister le bénéficiaire à la toilette ou à la chaise d'aisance

Demeurer auprès du bénéficiaire, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se dévêtir et revêtir, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une ASSISTANCE PARTIELLE ou COMPLÈTE À LA TOILETTE ou à la CHAISE D'AISANCE à CHAQUE miction et CHAQUE selle

037 **Incontinence et/ou condom** 8

Installer les couches, les serviettes et/ou les piqués

Laver et assécher le bénéficiaire, s'il y a lieu

Installer et/ou réinstaller le condom urinaire

ET/OU

Donner, enlever, vider, laver, et ranger l'urinal ou le bassin de lit

Changer quotidiennement l'enveloppe de l'urinal ou du bassin de lit

Demeurer auprès du bénéficiaire, s'il y a lieu

Laver et assécher le bénéficiaire, s'il y a lieu

ET/OU

Assister le bénéficiaire incontinent à la toilette ou à la chaise d'aisance

Demeurer auprès du bénéficiaire, s'il y a lieu

Laver et assécher le bénéficiaire, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se dévêtir et revêtir, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui souffre d'incontinence urinaire et/ou fécale, de diarrhée ou de pollakiurie et qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE à CHAQUE miction et à CHAQUE selle

Par INCONTINENCE, on entend l'émission **involontaire** et **fréquente** (trois (3) fois ou plus pendant une période de vingt-quatre (24) heures) de l'urine et/ou des matières fécales par les voies naturelles

038 **Soins externes de sonde vésicale et bassin de lit** 2

Exécuter quotidiennement les soins préventifs du méat urinaire:

- toilette génitale avec de l'eau et/ou une solution, en accordant une attention particulière au pourtour de la sonde vésicale
- application d'un onguent à la jonction du méat urinaire et de la sonde, s'il y a lieu

Fixer et/ou vérifier les diachylons

Vérifier le drainage vésical

Effectuer la vidange du sac collecteur q.8h., ou plus, s'il y a lieu

Donner le bassin de lit et/ou assister le bénéficiaire à la toilette ou à la chaise d'aisance

Enlever la sonde vésicale, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour les soins externes de sa sonde vésicale et l'usage du bassin de lit, de la toilette ou de la chaise d'aisance à chaque selle

DESCRIPTION

UTILISATION

039	Entretien de stomie	1 stomie	6
040	Entretien de stomie	2 stomies ou plus	15

Entretenir la peau au pourtour de la stomie.

Vider le sac, le rincer ou le nettoyer

Remplacer et fixer le sac, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour les entretiens, les vidanges et/ou le(s) remplacement(s) de son(ses) sac(s).

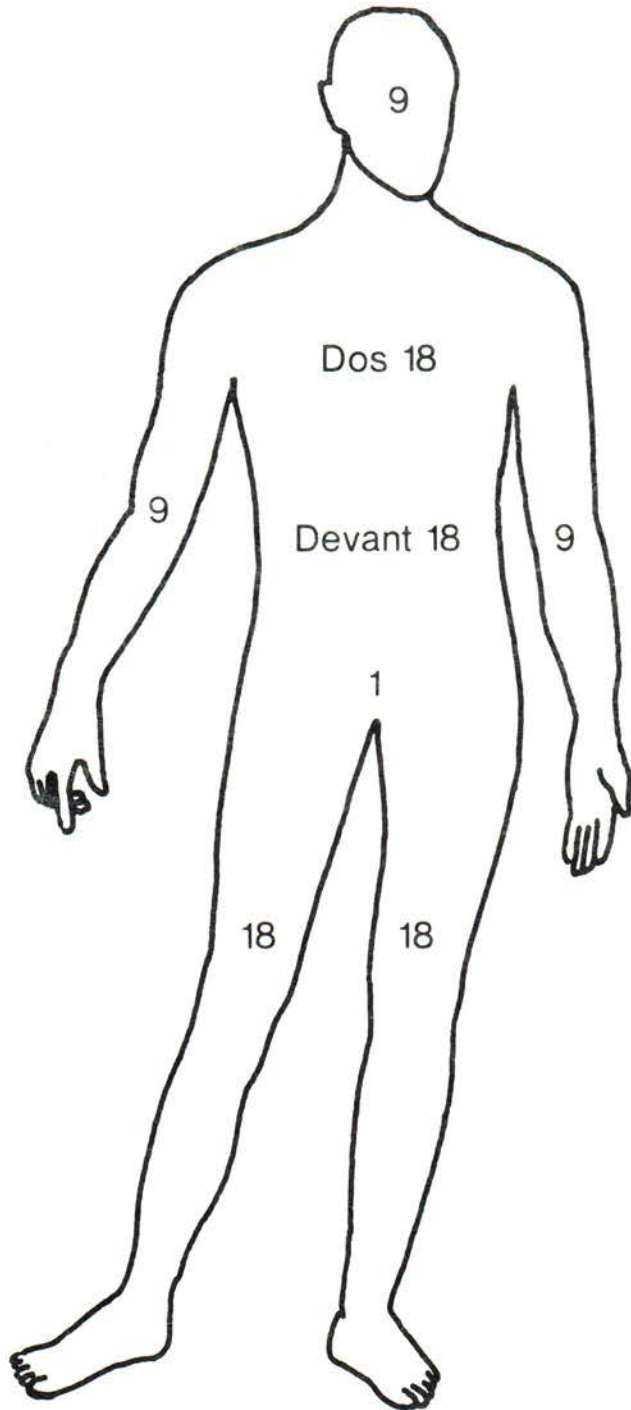
On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE STOMIES (iléostomie, cystostomie, colostomie et autres du même type) pour l'entretien de laquelle(desquelles) le bénéficiaire requiert une aide durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

5.4 HYGIÈNE ET CONFORT

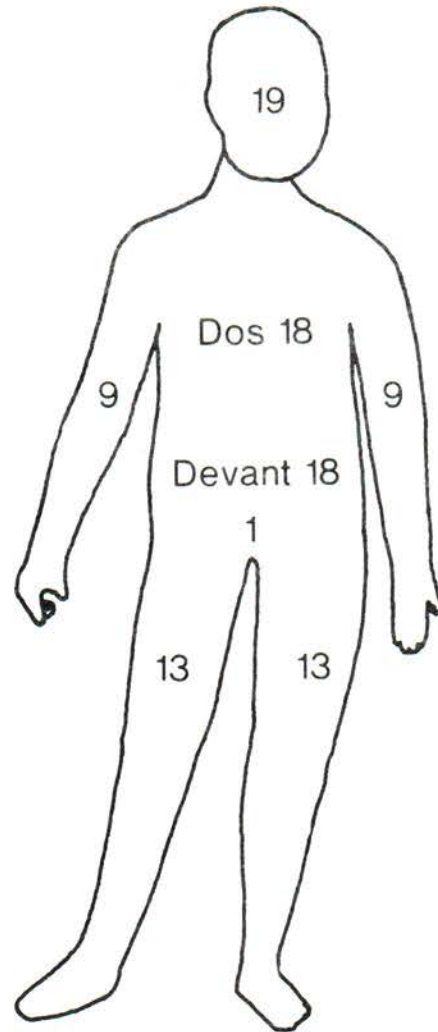
	041	Soins d'hygiène: bénéficiaire 0-4 ans	1 fois	3
	042	Soins d'hygiène: bénéficiaire 0-4 ans	2 fois ou plus	6
	043	Soins d'hygiène: bénéficiaire autonome	1 fois	2
	044	Soins d'hygiène: bénéficiaire autonome	2 fois ou plus	4
	045	Soins d'hygiène: aide partielle	1 fois	4
14	046	Soins d'hygiène: aide partielle	2 fois ou plus	7
	047	Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (lit)	1 fois	7
	048	Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (baig.)	1 fois	9
	049	Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (lit/baig.)	2 fois ou plus	16
	050	Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (prép.)		8
	051	Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (pr.c.)	1 fois	11
	052	Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (pr.c.)	2 fois ou plus	19
15	053	Vêtements civils		4
	054	Hygiène buccale	4-11 fois	1
16	055	Hygiène buccale	12 fois ou plus	3
17	056	Soins de beauté et/ou rasage de la barbe		2
	057	Lavage de tête		3
18	058	Lavage de tête et coupe de cheveux		6
	059	Lavage de tête et extraction d'adhérences		9
	060	Lever avec aide	1-2 pers. inf.	4
19	061	Lever et marcher avec aide	1-2 pers. inf.	6
	062	Lever et/ou marcher avec aide	3 pers. inf. ou plus	9
	063	Friction et installation (4 fois ou plus)	1-2 pers. inf.	7
20	064	Friction et installation (4 fois ou plus)	3 pers. inf. ou plus	16
	065	Exercices musc. passifs et/ou actifs (pr.c.)		4
21	066	Exercices musc. passifs et/ou actifs structurés (pr.c.)		10
22	067	Application de moyens de protection physique		4

REGLE DE NEUF

Calcul du pourcentage de la surface cutanée



ADULTE
(après 10 ans)



ENFANT
(avant 10 ans)

DESCRIPTION

UTILISATION

041 **Soins d'hygiène: bénéficiaire 0-4 ans** **1 fois** **3**

Préparer le bassin, l'évier, la baignoire, le bain tourbillon ou la douche

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau de bain, s'il y a lieu

Exécuter la toilette dans le berceau, la bassinette, l'isolette, le bassin, l'évier, la baignoire, le bain tourbillon ou la douche

Enlever et remettre les vêtements au bénéficiaire

Laver la tête du nourrisson de trois (3) mois ou moins

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels de l'ombilic, s'il y a lieu

Effectuer les soins de la bouche après les trois (3) repas

Désinfecter le berceau ou la bassinette (sauf l'isolette)

Changer la literie

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire ÂGÉ DE 0-4 ANS qui occupe un berceau, une bassinette ou une isolette et qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour sa toilette au berceau, à la bassinette, à l'isolette, au bassin, à l'évier, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

042 **Soins d'hygiène: bénéficiaire 0-4 ans** **2 fois ou plus** **6**

Préparer le bassin, l'évier, la baignoire, le bain tourbillon ou la douche

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Exécuter la toilette dans le berceau, la bassinette, l'isolette, le bassin, l'évier, la baignoire, le bain tourbillon ou la douche

Enlever et remettre les vêtements au bénéficiaire

Laver la tête du nourrisson de trois (3) mois ou moins

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels de l'ombilic, s'il y a lieu

Effectuer les soins de la bouche après les trois (3) repas

Désinfecter le berceau ou la bassinette (sauf l'isolette)

Préparer le bain de trempage, s'il y a lieu

Changer la literie

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire ÂGÉ DE 0-4 ANS qui occupe un berceau, une bassinette ou une isolette et qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour sa toilette au berceau, à la bassinette, à l'isolette, au bassin, à l'évier, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

Pendant cette même période, ce bénéficiaire requiert en plus:

un ou des bain(s) de siège

ET/OU

un ou des trempage(s) de membre(s)

ET/OU

une ou plusieurs toilette(s) supplémentaire(s)

ET/OU

un ou des bain(s) pour autre(s) raison(s); SAUF des bains et/ou applications de compresses pour le traitement d'hyperthermie

DESCRIPTION

UTILISATION

043 Soins d'hygiène: bénéficiaire autonome 1 fois 2

Préparer le bassin, l'évier, la baignoire, la douche ou le bain tourbillon, s'il y a lieu

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau de bain, s'il y a lieu

S'assurer que le bénéficiaire procède à ses soins d'hygiène

Laver au plus 17% de la surface cutanée* du bénéficiaire, s'il y a lieu

Changer la literie

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui occupe un lit et qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme de SOUTIEN ou de CONSEIL et d'ORIENTATION pour sa toilette au lit, à l'évier, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche.

044 Soins d'hygiène: bénéficiaire autonome 2 fois ou plus 4

Préparer le bassin, l'évier, la baignoire, la douche ou le bain tourbillon, s'il y a lieu

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

S'assurer que le bénéficiaire procède à ses soins d'hygiène

Laver au plus 17% de la surface cutanée* du bénéficiaire, s'il y a lieu

Préparer le bain de trempage, s'il y a lieu

Changer la literie

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui occupe un lit et qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme de SOUTIEN ou de CONSEIL et d'ORIENTATION pour sa toilette au lit, à l'évier, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

Pendant cette même période, ce bénéficiaire requiert en plus:

un ou des bain(s) de siège

ET/OU

un ou des trempage(s) de membre(s)

ET/OU

une ou plusieurs toilette(s) supplémentaire(s)

ET/OU

un ou des bain(s) pour autre(s) raison(s); SAUF des bains et/ou applications de compresses pour le traitement d'hyperthermie

* Le calcul du pourcentage de la surface cutanée à laver s'effectue en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

045 **Soins d'hygiène: aide partielle** **1 fois** **4**

Préparer le bassin, l'évier, la baignoire, le bain tourbillon ou la douche

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Laver entre 18 et 55% de la surface cutanée* du bénéficiaire au lit, à l'évier, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

Enlever et remettre les vêtements de lit, s'il y a lieu

Commencer, poursuivre ou terminer, s'il y a lieu, l'habillage et le déshabillage du bénéficiaire lorsque son habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu de vêtements d'extérieur

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se lever et à se mettre au lit, s'il y a lieu

Effectuer les soins de la bouche après les trois (3) repas, s'il y a lieu

Changer la literie

Frictionner et installer le bénéficiaire

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui occupe un lit et qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE PARTIELLE pour sa toilette au lit, à l'évier, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

* Le calcul du pourcentage de la surface cutanée à laver s'effectue en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

DESCRIPTION

UTILISATION

046 Soins d'hygiène: aide partielle 2 fois ou plus 7

Préparer le bassin, l'évier, la baignoire, le bain tourbillon ou la douche

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Laver entre 18 et 55% de la surface cutanée* du bénéficiaire au lit, à l'évier, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

Enlever et remettre les vêtements de lit, s'il y a lieu

Commencer, poursuivre ou terminer, s'il y a lieu, l'habillage et le déshabillage du bénéficiaire lorsque son habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu de vêtements d'extérieur

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se lever et à se mettre au lit, s'il y a lieu

Effectuer les soins de la bouche après les trois (3) repas, s'il y a lieu

Préparer le bain de trempage, s'il y a lieu

Changer la literie

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui occupe un lit et qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE PARTIELLE pour sa toilette au lit, à l'évier, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

Pendant cette même période, ce bénéficiaire requiert en plus:

un ou des bain(s) de siège

ET/OU

un ou des trempage(s) de membre(s)

ET/OU

une ou plusieurs toilette(s) supplémentaire(s)

ET/OU

un ou des bain(s) pour autre(s) raison(s);
sauf des bains et/ou applications de compresses pour le traitement de l'hyperthermie

* Le calcul du pourcentage de la surface cutanée à laver s'effectue en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2. page 54)

047 **Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (lit) 1 fois 7**

Préparer le bassin

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Laver 56% ou plus de la surface cutanée* du bénéficiaire alité

Enlever et remettre les vêtements de lit

Commencer, poursuivre ou terminer, s'il y a lieu, l'habillage et le déshabillage du bénéficiaire lorsque son habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu de vêtements d'extérieur

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Effectuer les soins de la bouche après les trois (3) repas

Changer la literie

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui occupe un lit et qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLÈTE pour sa toilette au lit

* Le calcul du pourcentage de la surface cutanée à laver s'effectue en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

048 **Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (baig.)** **1 fois** **9**

Préparer la baignoire, le bain tourbillon ou la douche

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Laver à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche 56% ou plus de la surface cutanée* du bénéficiaire

Enlever et remettre les vêtements de lit

Commencer, poursuivre ou terminer, s'il y a lieu, l'habillage et le déshabillage du bénéficiaire lorsque son habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu de vêtements d'extérieur

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Effectuer les soins de la bouche après les trois (3) repas

Changer la literie

Assurer la PRESENCE d'un (1) ou plusieurs membre(s) du personnel infirmier pour entrer et sortir le bénéficiaire de la baignoire, du bain tourbillon ou de la douche

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui occupe un lit et qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLÈTE pour sa toilette à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

* Le calcul du pourcentage de la surface cutanée à laver s'effectue en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

049 **Soins d'hygiène: aide complète (pr.c.) (lit/baig.) 2 fois ou plus 16**

Préparer le bassin de lit, la baignoire, le bain tourbillon ou la douche

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Laver au lit à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche 56% ou plus de la surface cutanée* du bénéficiaire

Enlever et remettre les vêtements de lit

Commencer, poursuivre ou terminer, s'il y a lieu, l'habillage et le déshabillage du bénéficiaire lorsque son habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu de vêtements d'extérieur

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Effectuer les soins de la bouche après les trois (3) repas

Préparer le bain de trempage, s'il y a lieu

Changer la literie

Assurer la PRESENCE d'un (1) ou plusieurs membre(s) du personnel infirmier pour entrer et sortir le bénéficiaire de la baignoire, du bain tourbillon ou la douche, si nécessaire

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui occupe un lit et requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLETE pour sa toilette au lit, à la baignoire, au bain tourbillon ou à la douche

Pendant cette même période, ce bénéficiaire requiert en plus:

un ou des bain(s) de siège

ET/OU

un ou des trempage(s) de membre(s)

ET/OU

une ou plusieurs toilette(s) supplémentaire(s)

ET/OU

un ou des bain(s) pour autre(s) raison(s); SAUF des bains et/ou applications de compresses pour le traitement de l'hyperthermie

* Le calcul du pourcentage de la surface cutanée à laver s'effectue en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

050 **Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (prép.)** 8

Préparer le bassin, s'il y a lieu

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Exécuter la toilette du bénéficiaire

Enlever et remettre les vêtements de lit, s'il y a lieu

Commencer, poursuivre ou terminer, s'il y a lieu, l'habillage et le déshabillage du bénéficiaire lorsque son habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu de vêtements d'extérieur

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Effectuer les soins de la bouche après les trois (3) repas

Préparer la civière (draps stériles)

Installer le bénéficiaire sur la civière

Déplacer tubes et appareils, s'il y a lieu

Changer la literie (draps stériles)

Réinstaller le bénéficiaire dans son lit après l'hydrothérapie

Replacer tubes et appareils, s'il y a lieu

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, un (1) traitement ou plus d'hydrothérapie exécuté(s) par du personnel N'APPARTENANT PAS à l'Unité de soins du bénéficiaire

051 **Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (pr.c.)** **1 fois** **11**

Préparer le bassin, s'il y a lieu

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Exécuter la toilette du bénéficiaire

Enlever et remettre les vêtements de lit, s'il y a lieu

Commencer, poursuivre ou terminer, s'il y a lieu, l'habillage et le déshabillage du bénéficiaire lorsque son habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu de vêtements d'extérieur

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins des ongles, des yeux et des oreilles, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels de la bouche après les trois (3) repas

Préparer la baignoire ou le bain tourbillon

Préparer la civière (drap stériles)

Installer le bénéficiaire sur la civière

Déplacer les tubes et appareils, s'il y a lieu

Mettre le bénéficiaire dans le bain

Assurer une PRÉSENCE pendant TOUTE la durée du bain

Remettre le bénéficiaire sur la civière

Changer la literie (drap stériles)

Réinstaller le bénéficiaire dans son lit

Replacer les tubes et appareils, s'il y a lieu

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, un (1) traitement d'hydrothérapie exécuté par du personnel APPARTENANT à l'Unité de soins du bénéficiaire

DESCRIPTION

UTILISATION

052 Soins d'hygiène et hydrothérapie: brûlé (pr.c.) 2 fois ou plus 19

Préparer le bassin, s'il y a lieu

Ajouter le(s) médicament(s) à l'eau du bain, s'il y a lieu

Exécuter la toilette du bénéficiaire

Enlever et remettre les vêtements de lit, s'il y a lieu

Commencer, poursuivre ou terminer, s'il y a lieu, l'habillage et le déshabillage du bénéficiaire lorsque son habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu de vêtements d'extérieur

Brosser et/ou peigner les cheveux, s'il y a lieu

Effectuer les soins des ongles et des yeux, s'il y a lieu

Effectuer les soins usuels de la bouche après les trois(3) repas

Préparer la baignoire ou le bain tourbillon

Préparer la civière (draps stériles)

Installer le bénéficiaire sur la civière

Déplacer les tubes et appareils, s'il y a lieu

Mettre le bénéficiaire dans le bain

Assurer une PRÉSENCE pendant TOUTE la durée du bain

Remettre le bénéficiaire sur la civière

Changer la literie (draps stériles)

Réinstaller le bénéficiaire dans son lit

Replacer les tubes et appareils, s'il y a lieu

Frictionner et installer le bénéficiaire:

- après le bain
- l'après-midi
- au coucher

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, deux (2) traitements ou plus d'hydrothérapie par du personnel APPARTENANT à l'Unité de soins

053 **Vêtements civils** 4

Préparer les vêtements CIVILS du bénéficiaire

Aider le bénéficiaire pendant TOUTE la durée de l'habillage civil*

Aider le bénéficiaire à remettre de l'ordre dans sa tenue vestimentaire pendant la journée

Aider le bénéficiaire à changer de vêtements pendant la journée, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire pendant TOUTE la durée du déshabillage civil*

Ranger les vêtements CIVILS du bénéficiaire

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui occupe un lit et qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLÈTE pour son habillage ET son déshabillage civil complet

* On parle d'habillage et déshabillage civil lorsque l'habillement se compose de sous-vêtements, de vêtements civils d'intérieur, de souliers et, s'il y a lieu, de vêtements d'extérieur

DESCRIPTION

UTILISATION

054	Hygiène buccale	4-11 fois	1
055	Hygiène buccale	12 fois ou plus	3

Exécuter les soins de la bouche à l'aide de brosse à dents et/ou de tiges montées et/ou de jet d'eau et/ou d'autres moyens du même type

Utiliser un rince-bouche, s'il y a lieu

Appliquer un corps gras sur les lèvres, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures quatre (4) fois ou plus une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour son hygiène buccale

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que les soins de la bouche sont requis durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

056 **Soins de beauté et/ou rasage de la barbe** 2

Choisir les éléments du maquillage et/ou les bijoux avec le bénéficiaire

Maquiller le bénéficiaire

Mettre les bijoux au bénéficiaire

Rafraîchir le maquillage et le port des bijoux pendant la journée

Appliquer du poli à ongle

Enlever le maquillage et/ou les bijoux

ET/OU

Raser la barbe au moyen d'un rasoir manuel ou électrique

Rincer le visage, s'il y a lieu

Appliquer une lotion après rasage

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLETE pour se maquiller, se démaquiller et/ou appliquer le poli à ongle et/ou mettre, enlever ses bijoux et/ou se raser la barbe

DESCRIPTION

UTILISATION

057 **Lavage de tête** 3

Savonner et rincer les cheveux du bénéficiaire âgé de plus de trois (3) mois

Sécher les cheveux et/ou faire une mise en plis au moyen d'une serviette ou d'un séchoir

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE d'un (1) ou de plusieurs membres du personnel infirmier pour son(ses) lavage(s) de tête au lit, à l'évier, à la baignoire ou à la douche

058 **Lavage de tête et coupe de cheveux** 6

Savonner et rincer les cheveux du bénéficiaire âgé de plus de trois (3) mois

Sécher au moyen d'une serviette ou d'un séchoir

ET

Couper les cheveux du bénéficiaire

ET/OU

Faire une mise en plis en utilisant un séchoir, des rouleaux et/ou un fer à friser

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE d'un (1) ou de plusieurs membres du personnel infirmier pour son(ses) lavage(s) de tête (au lit, à l'évier, à la baignoire ou à la douche) SUIVI d'une coupe de cheveux ET/OU d'une mise en plis réalisée au moyen d'un séchoir, de rouleaux et/ou d'un fer à friser

059 **Lavage de tête et extraction d'adhérences** 9

Savonner et rincer à plusieurs reprises les cheveux du bénéficiaire âgé de plus de trois (3) mois

Peigner soigneusement les cheveux par petites mèches afin d'enlever les adhérences

Envelopper les cheveux

Sécher les cheveux et/ou faire une mise en plis au moyen d'une serviette ou d'un séchoir

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE d'un (1) ou de plusieurs membres du personnel infirmier pour son(ses) lavage(s) de tête (au lit, à l'évier, à la baignoire ou à la douche) SUIVI de l'extraction d'adhérences

- extraction de lentes (soins de pédiculose)
- sang et terre séchée
- autres du même type

060 **Lever avec aide** **1-2 pers. inf.**..... **4**

Préparer le fauteuil ou la chaise roulante, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire

à se lever

ET/OU

à se déplacer du lit au fauteuil ou à la chaise roulante

ET/OU

à se tenir debout

Déplacer le(s) tube(s) et l'(les) appareil(s), s'il y a lieu

Donner l'(les) appareil(s) orthopédique(s), s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se remettre au lit

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PHYSIQUE d'un (1) ou de deux (2) membres du personnel infirmier pour son(ses) lever(s)

061 **Lever et marcher avec aide** **1-2 pers. inf.**..... **6**

Préparer le fauteuil ou la chaise roulante, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire:

à se lever

ET

à se tenir debout

ET

à marcher

Promener le bénéficiaire en chaise roulante, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à monter et descendre l'(les) escalier(s), s'il y a lieu

Déplacer le(s) tube(s) et l'(les) appareil(s), s'il y a lieu

Donner l'(les) appareil(s) orthopédique(s), s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se remettre au lit, au fauteuil ou à la chaise roulante

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PHYSIQUE d'un (1) ou deux (2) membres du personnel infirmier pour son(ses) lever(s) ET sa(ses) marche(s)

DESCRIPTION

UTILISATION

062 **Lever et/ou marcher avec aide** **3 pers. inf. ou plus** ... **9**

Préparer le fauteuil ou la chaise roulante, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire:

à se lever

ET/OU

à se tenir debout

ET/OU

à marcher

Promener le bénéficiaire en chaise roulante, s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à monter et à descendre l'(les) escalier(s), s'il y a lieu

Déplacer le(s) tube(s) et l'(les) appareil(s), s'il y a lieu

Donner l'(les) appareil(s) orthopédique(s), s'il y a lieu

Aider le bénéficiaire à se remettre au lit, au fauteuil ou dans la chaise roulante

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PHYSIQUE de trois (3) membres ou plus du personnel infirmier pour son(ses) lever(s) ET/OU sa(ses) marche(s)

DESCRIPTION

UTILISATION

063	Friction et installation (4 fois ou plus)	1-2 pers. inf.	7
064	Friction et installation (4 fois ou plus)	3 pers. inf. ou plus ...	16

Changer la position du bénéficiaire manuellement ou à l'aide d'un lit mécanique

Soulever le bénéficiaire

Enlever et replacer la(les) talonnière(s), s'il y a lieu

Frictionner méticuleusement chacun des points de pression du bénéficiaire

Changer la literie partiellement ou totalement

Déplacer le(s) tube(s) et l'(les) appareil(s), s'il y a lieu

Raccorder le(s) tube(s), s'il y a lieu

Vérifier le fonctionnement du(des) tube(s) et de l'(des) appareil(s), s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE d'un (1) ou de plusieurs membres du personnel infirmier pour quatre (4) frictions et installations ou plus.

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE MEMBRES du personnel infirmier requis pour chaque friction et/ou changement de position et/ou de literie

DESCRIPTION

UTILISATION

065 **Exercices musculaires passifs et/ou actifs (pr.c.)** 4

Effectuer les exercices passifs des articulations

ET/OU

Assurer une PRÉSENCE pendant TOUTE la durée des exercices actifs des articulations

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

une AIDE COMPLÈTE pour exécuter son (ses) exercice(s) passif(s)

ET/OU

une PRÉSENCE et/ou OBSERVATION pendant TOUTE la durée de son(s) exercice(s) actif(s)

066 **Exercices musculaires passifs et/ou actifs structurés (pr.c.)** 10

Effectuer les exercices passifs des articulations selon un PROGRAMME STRUCTURÉ

ET/OU

Assurer une PRÉSENCE pendant TOUTE la durée des exercices actifs des articulations selon un PROGRAMME STRUCTURE

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

une AIDE COMPLÈTE pour exécuter son (ses) exercice(s) passif(s) structuré(s)

ET/OU

une PRÉSENCE et/ou OBSERVATION pendant TOUTE la durée de son(s) exercice(s) actif(s) structuré(s)

L'UTILISATION de ce facteur exige que les actions nursing du PROGRAMME DE RÉÉDUCATION MUSCULAIRE INDIVIDUEL STRUCTURÉ soient PLANIFIÉES et INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

067 Application de moyens de protection physique 4

Installer une(des) contention(s)

Replacer et/ou enlever la(les) contention(s), s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

une(des) installation(s) de(s) contention(s) (bracelet(s), camisole, ceinture) au tronc et/ou à plusieurs membres

ET/OU

un capitonnage de chaque barreau de sa bassinette

5.5 COMMUNICATION

23	068	Enseignement au bén. et/ou aux proches	1 fois	3
	069	Enseignement au bén. et/ou aux proches	2 fois ou plus	7
24	070	Communication individuelle de soutien		3
25	071	Entrevue de cueillette de données avec le bén. et/ou les proches		3
	072	Entrevue spécifique de cueillette de données avec le bén.		9
26	073	Psychothérapie ind. d'intégration physique	guider et diriger	3
	074	Psychothérapie ind. d'intégration physique	prise en ch. part.	9
	075	Psychothérapie ind. d'intégration physique	prise en ch. compl.	17
27	076	Psychothérapie ind. d'intégration psycho.	guider et diriger	3
	077	Psychothérapie ind. d'intégration psycho.	prise en ch. part.	9
	078	Psychothérapie ind. d'intégration psycho.	prise en ch. compl.	17
28	079	Psychothérapie ind. d'intégration sociale	guider et diriger	3
	080	Psychothérapie ind. d'intégration sociale	prise en ch. part.	9
	081	Psychothérapie ind. d'intégration sociale	prise en ch. compl.	17
29	082	Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	guider et diriger	3
	083	Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	prise en ch. part.	9
	084	Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	prise en ch. compl.	17
30	085	Rencontre psychothérapique avec les proches	guider et diriger	6
31	086	Rencontre psychothérapique avec les proches	prise en ch. part.	12
32	087	Act. psychothérapique de groupe de type "A"	1 fois	3
	088	Act. psychothérapique de groupe de type "A"	2 fois ou plus	6
	089	Act. psychothérapique de groupe de type "B"		5
33	090	Act. thérapeutique occupationnelle de groupe	1-2 fois	3
	091	Act. thérapeutique occupationnelle de groupe	3 fois ou plus	7
34	092	Act. thérapeutique éducationnelle de groupe	1 fois	4
	093	Act. thérapeutique éducationnelle de groupe	2 fois ou plus	9
35	094	Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	moins de 2 heures	4
	095	Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	2-3 heures	9
	096	Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	plus de 3 heures	17

INTRODUCTION

Les communications de l'équipe de soins infirmiers*, sont fort variées. Le système PRN 80 tient compte en les regroupant selon les récepteurs des communications et les activités auxquelles elles sont reliées. Avant de décrire un à un les facteurs du groupe COMMUNICATION de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, nous présenterons une vue d'ensemble des communications de l'équipe de soins infirmiers.

LA FORMULE DE MESURE DU NIVEAU tient compte des communications de l'équipe soignante avec le bénéficiaire et/ou ses proches à travers:

- 1° les actions de communication qui viennent en SUPPORT des actions nursing et dont on a tenu compte en déterminant la VALEUR de chaque facteur
- 2° les facteurs spécifiques du groupe COMMUNICATION qui sont décrits plus loin dans cette section.

Un autre classe importante d'activités de communication de l'équipe de soins infirmiers est prise en considération dans une autre composante du MODULE DE MESURE du système PRN (voir chapitre 8 de ce texte). Il s'agit des activités dites de "Communications au Sujet du Bénéficiaire" - C.S.B." qui comprennent essentiellement les communications verbales ou écrites des membres de l'équipe de soins infirmiers:

- avec les proches du bénéficiaire et ayant strictement pour objet l'information des proches quant à l'état du bénéficiaire
- entre eux au sujet du bénéficiaire
- avec les médecins, les autres professionnels, le service des soins infirmiers et les autres services de l'hôpital au sujet du bénéficiaire.

Font, en outre, partie de ces communications, la planification des soins infirmiers, la rédaction du plan de soins, des notes de l'infirmière au dossier, les réquisitions de toutes sortes pour le bénéficiaire, la mesure PRN du niveau des soins... etc.

Le système PRN distingue encore une classe d'activités de communications, celles-ci non plus relatives à un bénéficiaire en particulier mais plutôt au fonctionnement de l'Unité de soins dans son ENSEMBLE. Elles sont prises en considération dans le MODULE DE MESURE du système PRN (voir chapitre 8 de ce texte) à l'intérieur du groupe des activités dites "administratives et d'entretien". On retrouve dans cette classe d'activités, les communications des membres de l'équipe de soins infirmiers:

- avec les médecins, les autres professionnels, les autres services de l'hôpital au sujet de l'ENSEMBLE des bénéficiaires de l'unité de soins
- entre eux, au sujet de l'ENSEMBLE des bénéficiaires
- entre eux, reliées au fonctionnement et à l'entretien de l'Unité
- au moment des réunions administratives

* *personnel de l'Unité de soins relevant de la direction des soins infirmiers, soit l'équipe soignante et la réceptionniste*

Une dernière section du MODULE DE MESURE (voir chapitre 8 de ce texte) rend compte des temps de formation de chaque membre de l'équipe de soins infirmiers, du temps des communications des membres de l'équipe de soins infirmiers entre eux sur des sujets qui ne concernent pas les soins des bénéficiaires et le fonctionnement de l'Unité, au moment des repas, des pauses café et du temps personnel.

Ces précisions faites, nous pouvons maintenant introduire ce qui fait plus spécifiquement l'objet de cette section, à savoir les facteurs du groupe COMMUNICATION de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU.

Les facteurs du groupe COMMUNICATION de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU peuvent être divisés en quatre grandes catégories:

1. Communications d'enseignement: facteurs no. 068-069
2. Communications thérapeutiques individuelles avec le bénéficiaire: facteurs no. 070-071-072 et 073 à 084
3. Communications thérapeutiques avec le bénéficiaire et/ou les proches: facteurs no. 071 et 085-086
4. Communications thérapeutiques avec le bénéficiaire dans un groupe: facteurs no. 087 à 096

Ces facteurs seront décrits et leurs modalités d'utilisation spécifiées de la même façon que pour tous les autres facteurs. Cependant nous avons fait précéder leur examen facteur après facteur, par une section préliminaire où nous présentons une description générale et une spécification générale des modalités d'utilisation de ceux-ci, ainsi qu'un tableau synthèse conçu pour aider l'utilisateur à choisir lors de chaque mesure du niveau, le ou les facteur(s) approprié(s) dans le cas de chaque bénéficiaire selon l'évolution de son état.

DESCRIPTION ET UTILISATION DES FACTEURS DE "COMMUNICATION": GENERALITES

DESCRIPTION

Les communications dont rendent compte les facteurs du groupe COMMUNICATION de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU sont centrées sur le bénéficiaire (et/ou ses proches) lui-même (eux-mêmes): les problèmes et les sentiments du bénéficiaire sont la cible, le pôle de l'attention de l'équipe soignante.

Ces actions de communication verbale et/ou non verbale de l'équipe soignante avec le bénéficiaire et/ou ses proches consistent en une suite d'interactions qui se veulent un lieu privilégié d'échange et d'ouverture ²⁴. Elles visent à accorder au bénéficiaire l'aide nécessaire à l'examen de son comportement et/ou des problèmes qui contribuent à perturber sa santé, à instaurer des niveaux plus élevés d'intégration chez le bénéficiaire (et/ou proche(s)) considéré comme une personne humaine dans l'acceptation la plus large du terme: intégrité biologique, psychologique et sociale.

A l'occasion de ces interactions avec le bénéficiaire et/ou ses proches, l'équipe soignante recourt, selon la situation, à une ou plusieurs des actions nursing suivantes:

- utiliser le silence
- encourager la description
- observer les réactions
- suggérer la collaboration
- donner des informations
- refléter les sentiments
- encourager l'auto-évaluation
- rechercher la validation
- utiliser des outils thérapeutiques (activités récréatives, objets thérapeutiques, objets familiaux, etc.)
- s'utiliser de façon thérapeutique (posture, mimique, ton de la voix, regard, gestes...) ³⁵

Dans sa relation d'aide avec le bénéficiaire, au moment de l'exécution de CHACUNE des actions nursing, l'infirmière joue tantôt le rôle d'enseignant, tantôt celui de thérapeute. Il arrive que l'aidant se cantonne seulement dans un de ces rôles pendant un moment précis et exclusif. C'est de ces moments "privilégiés" et du rôle que l'infirmière y tient, que rendent compte les facteurs du groupe COMMUNICATION.

Ainsi, les actions de communication d'enseignement ont pour cible le conscient de l'aidé. Les objectifs sont d'influencer les valeurs et les motifs conscients, ainsi que l'enrichissement et la stimulation de l'intellect cognitif de l'aidé (bénéficiaire et/ou proche(s)). La responsabilité du changement repose principalement sur l'aidé.

Les actions de communication thérapeutique ont, quant à elles, pour cible l'inconscient, les aspirations, les attitudes et les mobiles de l'aidé. L'objectif est la stimulation et l'enrichissement affectif et émotif de l'aidé (bénéficiaire et/ou proche(s)). La responsabilité du changement repose principalement sur l'aidant.

Certaines des activités de communication thérapeutique sont dites "psychothérapeutiques". Nous entendons par là une activité pendant laquelle l'infirmière et le bénéficiaire cherchent une façon dialectique et psychique d'envisager les problèmes et les difficultés d'intégration bio-psycho-sociale du bénéficiaire afin de compenser des capacités perturbées chez le bénéficiaire.

Chacun des facteurs du groupe COMMUNICATION de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, rend donc compte d'actions de communication exécutées durant une période de vingt-quatre heures et qui ne sont PAS exécutées SIMULTANEMENT à d'autres actions nursing, y compris celles dont rendent compte les autres facteurs du groupe COMMUNICATION dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU.

Ces constatations n'excluent pas le fait que:

- une action nursing quelconque puisse être interrompue pour qu'une interaction couverte par un des facteurs du groupe COMMUNICATION puisse prendre place et que la première action soit ensuite continuée lorsque cette interaction prend fin.
- une interaction couverte par un des facteurs du groupe COMMUNICATION puisse être interrompue pour qu'une autre action nursing puisse prendre place et que la première soit ensuite continuée lorsque cette action nursing prend fin.

Par ailleurs la valeur des facteurs du groupe COMMUNICATION ne tient PAS compte:

- des temps d'INFORMATION* directement liés (actes de support) à une autre action nursing spécifique
- des échanges verbaux et non-verbaux qui peuvent prendre place PENDANT une autre action nursing sans en prolonger la durée normale

UTILISATION

Chacun des facteurs du groupe COMMUNICATION rend compte d'actions de communication requises et prévues pour le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre heures et qui ne sont pas posées simultanément à d'autres actions de soins infirmiers.

Le choix d'un facteur est facilité lorsque le problème du bénéficiaire est bien formulé et que l'objectif de soins est précisé.

Le mode de prise en charge compensatoire, la fréquence, la longueur et le type des interactions justifiant le choix de tel ou tel facteur durant la prochaine période de vingt-quatre heures, sont déterminés par l'équipe infirmière au moment de la planification des soins. Ce choix est réalisé à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes physiques, psychologiques et sociales du bénéficiaire à assumer son vécu actuel

ET

à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

* On tient compte des temps d'information dans la valeur de chaque facteur

Les limites et aptitudes du bénéficiaire sont décrites ci-dessous en terme du degré d'organisation de celui-ci.

Personne légèrement désorganisée:

Une personne:

- ayant une(des) capacité(s) perturbée(s) dans ses(leurs) dimensions physiques et/ou physiologiques et/ou psychologiques et/ou sociales et/ou culturelles, de répondre à l'un ou plusieurs des besoin(s) suivant(s): identité, être reconnu, sécurité, confiance, amour, appartenance au milieu, affirmation, intimité, estime de soi, orientation dans le temps et l'espace, actualisation de soi, donner un sens à son expérience.
- absorbée et captivée dans son intérieur psychologique par et/ou du fait de cette(ces) capacité(s) perturbée(s)
- cependant capable:
d'initier et/ou de maintenir un contact dialectique prolongé et logique avec son entourage
ET/OU
d'entrer en contact non verbal d'une manière prolongée et logique avec son entourage
- mais seulement en partie capable d'entreprendre seule ou de maintenir seule un cheminement qui lui permette de sortir de son état d'isolement

Personne moyennement désorganisée:

Une personne:

- ayant une(des) capacité(s) perturbée(s) dans ses(leurs) dimensions physiques et/ou physiologiques et/ou psychologiques et/ou sociales et/ou culturelles, de répondre à l'un ou plusieurs des besoin(s) suivant(s): identité, être reconnu, sécurité, confiance, amour, appartenance au milieu, affirmation, intimité, estime de soi, orientation dans le temps et l'espace, actualisation de soi, donner un sens à son expérience.
- absorbée et captivée dans son intérieur psychologique par et/ou du fait de cette(ces) capacité(s) perturbée(s).
- cependant capable:
d'initier et/ou de maintenir un contact dialectique prolongé et logique avec son entourage
ET/OU
d'entrer en contact non-verbal d'une manière prolongée et logique avec son entourage.
- mais incapable d'entreprendre seule ou de maintenir seule un cheminement qui lui permette de sortir de son état d'isolement

Personne excessivement désorganisée:

Une personne:

- ayant une(des) capacité(s) perturbée(s) dans ses(leurs) dimensions biologiques et/ou physiologiques et/ou psychologiques et/ou sociales et/ou culturelles, de répondre à un ou des besoin(s) suivant(s): identité, être reconnu, sécurité, confiance, amour, appartenance au milieu, affirmation, intimité, estime de soi, orientation dans le temps et l'espace, actualisation de soi, donner un sens à son expérience.
- absorbée et captivée dans son intérieur psychologique par et/ou du fait de cette(ces) capacité(s) perturbée(s)
- incapable d'initier et de maintenir un contact dialectique prolongé et logique avec son entourage
- mais capable d'entrer en contact non-verbal d'une manière prolongée et peut-être logique avec son entourage.

Dans le cas des actions nursing de communication, les modes de prise en charge compensatoire définis précédemment peuvent être reformulés plus spécifiquement de la façon suivante:

Soutien, conseil et orientation:

L'aidant donne des conseils et/ou des orientations et/ou soutient l'aidé dans son cheminement

L'aidé (bénéficiaire et/ou proche(s)), légèrement ou moyennement désorganisé, est ensuite capable de se diriger dans son cheminement bio-psycho-social.

L'aidé excessivement désorganisé est généralement la cible d'interactions multiples et brèves qui l'aident à prendre contact avec la réalité

Prise en charge partiellement compensatoire:

L'aidant est partiellement responsable de l'orientation du cheminement et des progrès de l'intégration bio-psycho-sociale du bénéficiaire.

Les interactions sont généralement longues et intenses. Elles peuvent être précédées et/ou suivies d'interactions multiples et brèves qui viennent renforcer l'interaction principale.

L'aidé (bénéficiaire et/ou proche(s)) présente une désorganisation légère, moyenne ou excessive (dans ce dernier cas, la prise en charge partielle ne peut être réalisée que par le biais de la communication non verbale - facteur #083) et s'autodirige partiellement.

Prise en charge complètement compensatoire:

L'aidant est complètement responsable de l'orientation du cheminement et des progrès de l'intégration bio-psycho-sociale du bénéficiaire.

L'aidant (bénéficiaire et/ou proche(s)) présente une désorganisation légère, moyenne ou excessive (dans ce dernier cas, la prise en charge complète ne peut être réalisée qu'à travers la communication non-verbale-facteur #084).

Une grille synthèse a été préparée dans le but d'aider l'équipe soignante à choisir le(les) facteur(s) du groupe COMMUNICATION correspondant aux actions nursing requises prévues pour le bénéficiaire pour les prochaines vingt-quatre heures. Le contenu de la grille synthèse est expliqué plus en détail au niveau de la description et de la spécification des modalités d'utilisation de chaque facteur qui la suivent.

On notera enfin qu'il existe dans le groupe des facteurs de COMMUNICATION de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU, un facteur particulier puisqu'il *doit* être choisi pour tous les bénéficiaires pour chaque période de vingt-quatre heures. Il s'agit du facteur de *communication individuelle de soutien*. Ce facteur rend compte du soutien psychologique que requiert le bénéficiaire hospitalisé ou hébergé du fait même qu'il doit vivre en milieu institutionnel. L'attribution de ce facteur à chaque bénéficiaire permet de prévoir une certaine quantité de temps qui devrait être utilisée par le personnel soignant pour créer autour du bénéficiaire une ambiance agréable et de soutien, et pour échanger de façon cordiale et individuelle avec lui, *en dehors* des moments de contact personnel - bénéficiaire pour l'exécution des autres actions nursing.

Le but visé par le personnel par la communication individuelle de soutien est de rendre la vie en établissement la moins perturbante possible pour le développement bio-psycho-social du bénéficiaire. Le facteur de *communication individuelle de soutien* est choisi pour tous les bénéficiaires qu'ils présentent une absence de désorganisation ou soient légèrement, moyennement ou excessivement perturbés. Les interactions postulées par ce facteur peuvent aussi bien être multiples et brèves que longues et intenses.

Figure 3:

GRILLE SYNTHÈSE DES FACTEURS DE COMMUNICATION

FACTEUR	OBJET	CIBLE	DESORGANISATION	MAN D D'
Enseignement au bèn. et/ou aux proches 1 fois 3 Enseignement au bèn. et/ou aux proches 2 fois ou plus 7	BENEFICIAIRE ET/OU SES PROCHES	CONNAISSANCES	aucune ou légère ou parfois moyenne	parf
Communication individuelle de soutien 3	BENEFICIAIRE	CONCEPTUALISATION OU'A LE BENEFICIAIRE DE SON VECU BIO-PSYCHO-SOCIAL	aucune ou légère ou moyenne ou excessive	n e
Entrevue de cueillette de données avec le bèn. et/ou les proches 3	BENEFICIAIRE	DONNEES BIO-PSYCHO-SOCIALES DU BENEFICIAIRE	aucune ou légère ou moyenne	n
Entrevue spécifique de cueillette de données avec le bèn. 9	PROCHES		enfant ou adulte incapable c	
Entrevue spécifique de cueillette de données avec le bèn. 9	BENEFICIAIRE		aucune ou légère ou moyenne	n
Psychothérapie ind. d'intégration physique .. guider et diriger... 3 Psychothérapie ind. d'intégration psycho... guider et diriger... 3 Psychothérapie ind. d'intégration sociale ... guider et diriger... 3	BENEFICIAIRE	VECU <u>PHYSIQUE</u> <u>PSYCHOLOGIQUE</u> <u>SOCIAL</u>	légère ou moyenne excessive	légères moyenn
Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc. guider et diriger... 3		BIO-PSYCHO-SOCIAL	légère ou moyenne ou excessive	m
Psychothérapie ind. d'intégration physique .. prise en ch. part. .. 9 Psychothérapie ind. d'intégration psycho... prise en ch. part. .. 9 Psychothérapie ind. d'intégration sociale prise en ch. part. .. 9	BENEFICIAIRE	VECU <u>PHYSIQUE</u> <u>PSYCHOLOGIQUE</u> <u>SOCIAL</u>	légère ou moyenne	
Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc. prise en ch. part. .. 9		BIO-PSYCHO-SOCIAL	légère ou moyenne ou excessive	m
Psychothérapie ind. d'intégration physique .. prise en ch. compl. 17 Psychothérapie ind. d'intégration psycho... prise en ch. compl. 17 Psychothérapie ind. d'intégration sociale prise en ch. compl. 17	BENEFICIAIRE	VECU <u>PHYSIQUE</u> <u>PSYCHOLOGIQUE</u> <u>SOCIAL</u>	légère ou moyenne	
Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc. prise en ch. compl. 17		BIO-PSYCHO-SOCIAL	moyenne ou excessive	
Rencontre psychothérapique avec les proches guider et diriger... 6	PROCHE(S)	CONCEPTUALISATION ACTUELLE DU (DES) PROCHE(S) DE LA SITUATION ET DE L'ETAT DU BENEFICIAIRE	moyenne ou excessive	
Rencontre psychothérapique avec les proches prise en ch. part. .. 12	COUPLE ET/OU FAMILLE	INTEGRATION DU BENEFICIAIRE DANS SES ROLES AU NIVEAU DU COUPLE ET OU DE LA FAMILLE	moyenne ou excessive	e
Act. psychothérapique de groupe de type "A" 1 fois 3 Act. psychothérapique de groupe de type "A" 2 fois ou plus 6 Act. psychothérapique de groupe de type "B" 5	BENEFICIAIRE DANS UN GROUPE	VECU BIO-PSYCHO-SOCIAL	légère ou moyenne	
Act. thérapeutique occupationnelle de groupe 1-2 fois 3 Act. thérapeutique occupationnelle de groupe 3 fois ou plus 7	BENEFICIAIRE DANS UN GROUPE	VECU BIO-PSYCHO-SOCIAL ET CONNAISSANCES	légère ou moyenne	n
Act. thérapeutique éducationnelle de groupe 1 fois 4 Act. thérapeutique éducationnelle de groupe 2 fois ou plus 9	BENEFICIAIRE DANS UN GROUPE	VECU BIO-PSYCHO-SOCIAL ET CONNAISSANCES	légère ou moyenne	n
Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe moins de 2 heures 4 Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe 2-3 heures 9 Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe plus de 3 heures . 17	BENEFICIAIRE DANS UN GROUPE	VECU BIO-PSYCHO-SOCIAL ET CONNAISSANCES	légère ou moyenne	n

ESTATIONS PATHIE ET/OU SITUATION	MODES D'ASSISTANCE	ACTIONS NURSING	MEDIUM		INTERACTIONS		ACTIONS PLANIFIEES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS
			VERBAL	NON- VERBAL	MULTI- PLES ET BREVES	LONGUES ET INTENSES	
lucune ou égères ou s moyennes	ENSEIGNER	ENSEIGNEMENT INDIVIDUEL OU COLLECTIF	principal	secondaire	ET/OU		exigées
lucune ou égères ou oyennes ou cessives	CREER UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE ET SOUTENIR	PSYCHOTHERAPIE DE SOUTIEN ET/OU PRESENCE	ET/OU		ET/OU		suggérées
lucune ou égères ou oyennes ----- répondre	ENTREVUE	RECUEIL DE DONNEES CONCERNANT LE BENEFICIAIRE	principal	secondaire	nil	seulement	suggérées
lucune ou égères ou oyennes		RECUEIL DES DONNEES CONCERNANT UN PROBLEME DU BENEFICIAIRE					exigées
u s ----- excessives	GUIDER ET DIRIGER	PHYCHOTHERAPIE D'INTEGRATION DIRECTIVE	principal	secondaire	ET/OU ----- seu- lement	ET/OU ----- nil	exigées
gères ou yennes ou cessives		PRESENCE DIRECTIVE	secondaire	principal	ET/OU		
égères ou oyennes	PRENDRE PARTIELLEMENT EN CHARGE	PSYCHOTHERAPIE D'INTEGRATION INTERVENANTE	principal	secondaire	secondaire	principal	exigées
gères ou yennes ou cessives		PRESENCE INTERVENANTE	secondaire	principal			
oyennes	PRENDRE COMPLETEMENT EN CHARGE	PSYCHOTHERAPIE D'INTEGRATION INTENSIVE	principal	secondaire	secondaire	principal	exigées
oyennes ou cessives		PRESENCE INTENSIVE	secondaire	principal			
oyennes ou cessives	SOUTENIR GUIDER ET DIRIGER	PSYCHOTHERAPIE D'INTEGRATION DIRECTIVE INDIVIDUELLE OU DE GROUPE	principal	secondaire	ET/OU		exigées
oyennes ou cessives	PRENDRE PARTIELLEMENT EN CHARGE	PSYCHOTHERAPIE D'INTEGRATION INTERVENANTE	principal	secondaire	nil	seulement	exigées
égères ou oyennes	GUIDER ET DIRIGER	ACT PSYCHO- THERAPIQUE DE GROUPE	principal	secondaire	nil	seulement	exigées
oyennes							
égères ou oyennes	GUIDER ET DIRIGER ENSEIGNER	ACT THERAPEUTIQUE OCCUPATIONNELLE ET ENSEIGNEMENT	ET/OU		nil	seulement	exigées
égères ou oyennes	GUIDER ET DIRIGER ENSEIGNER	ACT THERAPEUTIQUE EDUCATIONNELLE ET ENSEIGNEMENT	ET/OU		nil	seulement	exigées
égères ou oyennes	GUIDER ET DIRIGER ENSEIGNER	ACT DE SORTIE SOCIO-THERAPEUTIQUE ET ENSEIGNEMENT	ET/OU		nil	seulement	exigées

DESCRIPTION

UTILISATION

068	Enseignement au bén. et/ou aux proches	1 fois	3
069	Enseignement au bén. et/ou aux proches	2 fois ou plus	7

Préparer le matériel pour l'enseignement, s'il y a lieu

Donner l'enseignement à un (1) ou plusieurs bénéficiaire(s) à la fois et/ou à son(ses) ou leur(s) proche(s)

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire et/ou ses proches qui requiert(ent), durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, un enseignement individuel ou collectif quelle qu'en soit la nature

Par ENSEIGNEMENT, on entend toute action nursing qui a pour objectif de faciliter ou d'organiser des expériences d'apprentissage selon les capacités du(des) apprenant(s)

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing d'enseignement soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING" et/ou en référence à un protocole disponible dans l'Unité de soins

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE FOIS qu'un(des) enseignement(s) est(sont) requis, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

070 **Communication individuelle de soutien** **3**

Aider le bénéficiaire au moyen de toute action nursing de communication verbale et/ou non verbale qui consiste à:

échanger, informer, jaser, lire, commenter, discuter, etc.

ET/OU

toucher, prendre, bercer

ET/OU

assurer une présence rassurante

ET/OU

initier et/ou participer à des activités récréatives, religieuses

ET/OU

créer un environnement favorable

On utilise ce facteur pour **CHAQUE** bénéficiaire parce que toute personne hospitalisée ou hébergée requiert, en dehors des autres actions nursing, à chaque période de vingt-quatre (24) heures:

que l'on crée autour d'elle une ambiance agréable et de soutien

ET

que l'on communique avec elle d'une manière cordiale et individuelle

DESCRIPTION

UTILISATION

071 **Entrevue de cueillette de données avec le bén. et/ou les proches** 3

Recueillir, au moyen du FORMULAIRE D'ENTREVUE les données bio-psycho-sociales relatives au vécu du bénéficiaire; ce recueil est axé sur les PROBLÈMES de santé du bénéficiaire

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une entrevue de cueillette de données:

qui consiste en une INVESTIGATION GÉNÉRALE

ET

qui implique une INTERACTION longue et intense

Une telle entrevue est réalisée AVEC LE BÉNÉFICIAIRE ou lorsque celui-ci est incapable de répondre, AVEC UN(DES) PROCHE(S)

072 **Entrevue spécifique de cueillette de données avec le bén.** 9

Recueillir, au moyen du FORMULAIRE D'ENTREVUE les données bio-psycho-sociales relatives au vécu actuel du bénéficiaire; ce recueil est axé sur UN NOMBRE LIMITÉ DE PROBLÈMES de santé particuliers au bénéficiaire

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une entrevue de cueillette de données:

qui consiste en une INVESTIGATION TRÈS POUSSÉE conduite au moyen de procédés dialectiques et psychiques

ET

qui porte sur un nombre limité de problèmes

ET

qui implique une INTERACTION longue et intense

Une telle entrevue ne peut être réalisée qu'AVEC LE BÉNÉFICIAIRE

L'UTILISATION de ce facteur exige que les actions nursing d'entrevue de cueillette soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

173	Psychothérapie ind. d'intégration physique	guider et diriger	3
174	Psychothérapie ind. d'intégration physique	prise en ch. part.	9
175	Psychothérapie ind. d'intégration physique	prise en ch. compl ..	17

Créer un climat de confiance au début de chaque rencontre

Animer la(les) interaction(s) PSYCHOTHÉRAPIQUE(S) INDIVIDUELLE(S) d'intégration physique du bénéficiaire. Ces interactions peuvent être MULTIPLES et BREVES ET/OU LONGUES et INTENSES et:

- comportent des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation) ou INTERVENANT ou INTENSIF
- sont conduites en rapport avec le VÉCU PHYSIQUE ACTUEL du bénéficiaire
- sont entreprises avec l'objectif d'aider le bénéficiaire à résoudre un(des) problème(s) de perturbation d'une(de ses) capacité(s) de fonctionnement physique ET/OU d'aider le bénéficiaire à vivre avec un(des) problème(s) physique(s)
- sont axées principalement sur l'EXPRESSION VERBALE

Utiliser s'il y a lieu des procédés non-verbaux: marques de tendresse, bercer, autres

Utiliser s'il y a lieu des activités récréatives thérapeutiques individuelles

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour COMPENSER une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce bénéficiaire vit sa situation psycho-physique actuelle de façon plus ou moins désorganisée en présentant des manifestations plus ou moins sérieuses d'apathie et/ou d'agitation (anxiété, autres). Le **PROBLÈME** identifié chez ce bénéficiaire est une perturbation de sa capacité de:

composer avec le potentiel physique qui lui reste

ET/OU

organiser ses activités en fonction de sa physiologie actuelle

ET/OU

négocier ou réaliser un contrat de comportement(s) physique(s) et organisationnel(s)

ET/OU

négocier ou réaliser un programme structuré d'activités de la vie quotidienne en fonction de son potentiel physique

ET/OU

se motiver à développer des habiletés manuelles et motrices reliées aux activités de la vie quotidienne (s'habiller, marcher, manger, écrire, prendre ses médicaments, autres)

ET/OU

diminuer son anxiété face à sa(ses) douleur(s) et/ou sa mort

ET/OU

autres du même type

DESCRIPTION

073 ... suite
 074 ... suite
 075 ... suite

UTILISATION

Dans cette relation d'aide spécifique, l'infirmière a pour **OBJECTIF** de compenser ces modifications de capacité du bénéficiaire

On utilise aussi l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour PRÉVENIR

l'apparition d'un **PROBLÈME** d'intégration physique EN PUISSANCE chez lui

OU

la réapparition d'un **PROBLÈME** d'intégration physique récemment résolu

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing de communication soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

On choisit le facteur correspondant au **MODE D'ASSISTANCE DECIDE PAR L'EQUIPE INFIRMIERE**. CETTE DECISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du bénéficiaire à intégrer son vécu physique actuel

ET

à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ces **MODES D'ASSISTANCE** consistent essentiellement à GUIDER et DIRIGER le bénéficiaire, ou à le PRENDRE PARTIELLEMENT EN CHARGE, ou à le PRENDRE EN CHARGE DE FAÇON COMPLÈTEMENT COMPENSATOIRE durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

DESCRIPTION

UTILISATION

076	Psychothérapie ind. d'intégration psycho.	guider et diriger.	3
077	Psychothérapie ind. d'intégration psycho.	prise en ch. part.	9
078	Psychothérapie ind. d'intégration psycho.	prise en ch. compl. ...	17

Créer un climat de confiance au début de la rencontre

Animer la(les) interaction(s) PSYCHOTHÉRAPIQUE(S) INDIVIDUELLE(S) d'intégration psychologique du bénéficiaire. Ces interactions peuvent être MULTIPLES et BRÈVES ET/OU LONGUES et INTENSES et:

- comportent des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation), ou INTERVENANT ou INTENSIF
- sont conduites en rapport avec la CONCEPTUALISATION qu'a le bénéficiaire de lui-même, au point de vue de sa morale et/ou de son image corporelle et/ou de ses possibilités intellectuelles et physiques et/ou de ses désirs et attentes et/ou de son passé, de son présent et de son futur
- sont entreprises avec l'objectif de rendre le bénéficiaire capable de vivre satisfait de lui-même et bien avec lui-même
- sont axées principalement sur l'EXPRESSION VERBALE

Utiliser s'il y a lieu des procédés non-verbaux: marques de tendresse, bercer, autres

Utiliser s'il y a lieu des activités récréatives thérapeutiques individuelles

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour COMPENSER une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce bénéficiaire vit sa situation psychologique actuelle de façon plus ou moins désorganisée, en présentant des manifestations plus ou moins sérieuses d'apathie et/ou d'agitation (culpabilité, augmentation ou diminution de l'estime de soi, anxiété, désorientation, autres). Le **PROBLÈME** identifié chez ce bénéficiaire est une perturbation de sa capacité de:

s'orienter dans le temps et l'espace

ET/OU

engager une solution de problème valable

ET/OU

se motiver à se prendre en charge

ET/OU

être responsable de ses décisions

ET/OU

analyser, critiquer, évaluer et donner un sens à son expérience

ET/OU

analyser le niveau d'estime qu'il a de lui-même

ET/OU

déterminer ou assumer ses limites

ET/OU

déterminer les stimuli positifs de son environnement

ET/OU

se motiver à s'actualiser

ET/OU

concentrer ses énergies dans une activité constructive

076 ... suite
 077 ... suite
 078 ... suite

ET/OU

établir ou entreprendre un programme structuré d'activités

ET/OU

se relaxer

ET/OU

explorer ses griefs

ET/OU

présenter une humeur appropriée à son vécu actuel

ET/OU

s'adapter à son image corporelle

ET/OU

assumer sa situation de chronicité, malade stomisé, trachéotomisé ou autres

ET/OU

vivre adéquatement les étapes de sa maturation et/ou de sa croissance psychologique: petite enfance, adolescence, vieillissement, etc...

ET/OU

vivre adéquatement sa situation de crise; perte, deuil, séparation, agression, mort, solitude

ET/OU

vivre avec sa morale, sa religion

ET/OU

autres du même type

Dans cette relation d'aide spécifique, l'infirmière a pour **OBJECTIF** de compenser ces modifications de capacité du bénéficiaire.

On utilise aussi l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour PRÉVENIR:

l'apparition d'un **PROBLÈME** d'intégration psychologique EN PUISSANCE chez lui

OU

la réapparition d'un **PROBLÈME** d'intégration psychologique récemment résolu

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing de communication soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

DESCRIPTION

UTILISATION

076 ... **suite**
077 ... **suite**
078 ... **suite**

On choisit le facteur correspondant au MODE D'ASSISTANCE DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE. CETTE DÉCISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du bénéficiaire à assumer son vécu psychologique actuel

ET

à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ces MODES D'ASSISTANCE consistent essentiellement à GUIDER et DIRIGER le bénéficiaire, ou à le PRENDRE PARTIELLEMENT EN CHARGE, ou à le PRENDRE EN CHARGE DE FAÇON COMPLÈTEMENT COMPENSATOIRE durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

079	Psychothérapie ind. d'intégration sociale	guider et diriger	3
080	Psychothérapie ind. d'intégration sociale	prise en ch. part.	9
081	Psychothérapie ind. d'intégration sociale	prise en ch. compl. ..	17

Créer un climat de confiance au début de chaque rencontre

Animer la(les) interaction(s) PSYCHOTHÉRAPIQUE(S) INDIVIDUELLE(S) d'intégration sociale du bénéficiaire. Ces interactions peuvent être MULTIPLES et BRÈVES ET/OU LONGUES et INTENSES et:

- comportent des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation) ou INTERVENANT ou INTENSIF
- sont conduites en rapport avec le(s) RÔLE(S) du bénéficiaire et les frontières de ses zones de DÉPENDANCE et d'INDÉPENDANCE familiales, communautaires et sociales
- sont entreprises avec l'objectif de rendre le bénéficiaire capable d'interpréter les comportements attendus de la société dans chacun de ses rôles, à la lumière des limites de ses fonctions dépendantes et indépendantes
- sont axées principalement sur l'EXPRESSION VERBALE

Utiliser s'il y a lieu des procédés non-verbaux: marques de tendresse, bercer, autres

Utiliser s'il y a lieu des activités récréatives thérapeutiques individuelles

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour COM-PENSER une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- appartenance au milieu
- affiliation
- intimité
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce bénéficiaire vit sa situation sociale actuelle de façon plus ou moins désorganisée en présentant des manifestations plus ou moins sérieuses d'apathie et/ou d'agitation. Le **PROBLÈME** identifié chez ce bénéficiaire est une perturbation de sa capacité de:

appartenir au milieu

ET/OU

présenter des réponses et des interactions sociales valables

ET/OU

répondre à ses besoins de socialisation pour maintenir son niveau de socialisation et/ou d'intégration sociale

ET/OU

vivre avec la morale, la religion de son milieu

ET/OU

vivre sa solitude

ET/OU

s'adapter à de nouveaux modes d'interdépendance

ET/OU

assumer un changement de rôle à l'intérieur de sa famille et/ou de sa collectivité et/ou de son groupe

DESCRIPTION

UTILISATION

079 ... suite
 080 ... suite
 081 ... suite

ET/OU

s'adapter à de nouveaux modes culturels, religieux

ET/OU

autres du même type

Dans cette relation d'aide spécifique, l'infirmière a pour **OBJECTIF** de compenser ces modifications de capacité du bénéficiaire

On utilise aussi l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour PRÉVENIR:

l'apparition d'un **PROBLÈME** d'intégration sociale EN PUISSANCE chez lui

OU

la réapparition d'un **PROBLÈME** d'intégration sociale récemment résolu

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing de communication soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING".

On choisit le facteur correspondant au **MODE D'ASSISTANCE DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE**. CETTE DÉCISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du bénéficiaire à assumer son vécu social actuel

ET

à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ces **MODES D'ASSISTANCE** consistent essentiellement à GUIDER et DIRIGER le bénéficiaire, ou à le PRENDRE PARTIELLEMENT EN CHARGE, ou à le PRENDRE EN CHARGE DE FAÇON COMPLÈTEMENT COMPENSATOIRE durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

082	Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	guider et diriger	3
083	Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	prise en ch. part.	9
084	Comm. ind. non verbale d'int. bio-psycho-soc.	prise en ch. compl. ..	17

Créer un climat de confiance au début de chaque rencontre

Aider le bénéficiaire au moyen d'actions nursing individuelles de communication thérapeutique se référant principalement aux sens de l'odorat, de la vue, de l'ouïe et du toucher. Ces interactions peuvent être MULTIPLES et BRÈVES ET/OU LONGUES et INTENSES et:

- comportent des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation) ou INTERVENANT ou INTENSIF
- sont conduites en rapport avec la CONCEPTUALISATION ACTUELLE qu'a la bénéficiaire de son VÉCU BIO-PSYCHO-SOCIAL
- sont entreprises avec l'objectif de rendre le bénéficiaire capable de retrouver un équilibre émotif malgré sa situation difficile
- sont axées principalement sur l'EXPRESSION NON VERBALE

Assurer une présence active et rassurante auprès du bénéficiaire au moyen des actions nursing individuelles suivantes:

accorder des marques de tendresse

ET/OU

prendre la main

ET/OU

toucher le bénéficiaire

ET/OU

prendre le bénéficiaire

ET/OU

bercer le bénéficiaire

ET/OU

rester silencieux

ET/OU

animer une audition musicale individuelle

ET/OU

jouer et/ou faire jouer d'un instrument de musique

ET/OU

faire la lecture

ET/OU

montrer des images, présenter des objets

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour COMPENSER une(des) capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- appartenance au milieu
- affiliation
- intimité
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce bénéficiaire vit sa situation bio-psycho-sociale actuelle d'une façon plus ou moins désorganisée en présentant des manifestations plus ou moins sérieuses d'apathie et/ou d'agitation. Le **PROBLÈME** identifié chez ce bénéficiaire est une perturbation assez importante de sa capacité de:

concentrer ses énergies dans une activité constructive

ET/OU

engager une solution de problème valable

ET/OU

présenter une humeur appropriée à sa situation actuelle

ET/OU

présenter des réponses et des interactions sociales valables

ET/OU

vivre sa solitude

ET/OU

se rassurer

ET/OU

vivre sa mort

ET/OU

autres du même type

DESCRIPTION	UTILISATION
082 ... suite 083 ... suite 084 ... suite	<p>Dans cette relation d'aide spécifique, l'infirmière a pour OBJECTIF de compenser ces modifications de capacité du bénéficiaire en utilisant comme OUTIL PRINCIPAL la communication non-verbale afin d'entrer en contact avec ce bénéficiaire</p>
<p>ET/OU animer une activité individuelle</p> <p>ET/OU autres</p>	<p>On utilise aussi l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE pour PRÉVENIR</p>
<p>Utiliser occasionnellement la communication verbale</p>	<p>l'apparition d'un PROBLÈME d'intégration bio-psycho-social EN PUISSANCE chez lui</p> <p>OU</p> <p>la réapparition d'un PROBLÈME d'intégration bio-psycho-social récemment résolu</p>
	<p>L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing de communication soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"</p>
	<p>On choisit le facteur correspondant au MODE D'ASSISTANCE DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE. CETTE DÉCISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:</p>
	<p>aux limites et aptitudes physiques, psychologiques et sociales du bénéficiaire à assumer son vécu actuel</p>
	<p>ET</p> <p>à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau</p>
	<p>ET</p> <p>à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants</p>
	<p>Ces MODES D'ASSISTANCE consistent essentiellement à GUIDER et DIRIGER le bénéficiaire, ou à le PRENDRE PARTIELLEMENT EN CHARGE, ou à le PRENDRE EN CHARGE DE FAÇON COMPLÈTEMENT COMPENSATOIRE durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures</p>

085 **Rencontre psychothérapique avec les proches** **guider et diriger** **6**

Créer un climat de confiance au début de la(des) rencontre(s)

Animer les interactions PSYCHOTHÉRAPIQUES AVEC LE(S) PROCHE(S) du bénéficiaire. Ces interactions peuvent être MULTIPLES et BRÈVES ET/OU LONGUES et INTENSES et:

- comportent des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation)
- sont conduites en rapport avec la CONCEPTUALISATION ACTUELLE qu'a(ont) le(s) PROCHE(S) de la situation et de l'état du bénéficiaire
- sont entreprises avec l'objectif d'aider LE(S) PROCHE(S) du bénéficiaire à intégrer positivement la situation actuelle du bénéficiaire
- sont axées principalement sur l'EXPRESSION VERBALE

Utiliser s'il y a lieu des procédés non-verbaux

Utiliser s'il y a lieu des activités récréatives thérapeutiques AVEC les proches

Ajourner la(les) rencontre(s)

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire dont le(s) proche(s) requiert(rent) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE DIRECTIVE pour COMPENSER une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- appartenance au milieu
- affiliation
- intimité
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce(s) proche(s) vit(vent) leur intégration psychosociale actuelle en relation avec la situation et l'état du bénéficiaire d'une manière désorganisée en présentant des manifestations d'apathie et/ou d'agitation (culpabilité, diminution ou augmentation de l'estime de soi, anxiété, autres). Le **PROBLÈME** identifié chez ce(s) proche(s) est une perturbation de leur capacité de

accepter la situation actuelle du bénéficiaire

ET/OU

entreprendre et/ou maintenir des interactions positives avec le bénéficiaire

ET/OU

utiliser des mécanismes de solution de problèmes

ET/OU

entreprendre et/ou maintenir un comportement adapté à la situation

ET/OU

autres du même type

Dans cette relation d'aide spécifique, l'infirmière a pour **OBJECTIF** de compenser ces modifications de capacité du(des) proche(s) du bénéficiaire afin de le(s) rendre capable(s) de retrouver un équilibre émotif malgré la situation difficile du bénéficiaire et, d'aider celui-ci d'une façon positive

DESCRIPTION

UTILISATION

085 ... suite

On utilise aussi ce facteur pour le bénéficiaire dont le(s) proche(s) requiert(rent) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE DIRECTIVE pour PRÉVENIR

l'apparition d'un PROBLÈME LATENT de sa (leur) conceptualisation du vécu du bénéficiaire

OU

la réapparition d'un PROBLÈME déjà résolu de sa(leur) conceptualisation du vécu du bénéficiaire

L'UTILISATION de ce facteur exige que les actions nursing de communication soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

L'utilisation de ce MODE D'ASSISTANCE est DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE. CETTE DECISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du(des) proche(s) du bénéficiaire à assumer le vécu actuel de celui-ci

ET

à l'aide que les membres de la cellule bénéficiaire-proche(s) peuvent s'apporter mutuellement à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ce MODE D'ASSISTANCE consiste essentiellement à SOUTENIR, GUIDER et DIRIGER le(s) proche(s) du bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Ce facteur ne rend pas compte des communications entre le personnel infirmier et le(s) proche(s) dont l'objet est la transmission d'informations au sujet de l'état quotidien du bénéficiaire. Le temps requis pour ce type de communication est mesuré ailleurs dans le système PRN, au niveau des actions dites de COMMUNICATION AU SUJET DU BÉNÉFICIAIRE (C.S.B.)

086 **Rencontre psychothérapique avec les proches prise en ch. part. 12**

Vérifier la présence des participants: bénéficiaire et proches ou proches seulement

Créer un climat de confiance au début de la rencontre

Animer l'interaction PSYCHOTHÉRAPIQUE DE COUPLE ou PSYCHOTHÉRAPIQUE FAMILIALE. Cette interaction est LONGUE et INTENSE et:

- comporte des actions nursing à caractère INTERVENANT
- est conduite en rapport avec la conceptualisation qu'a le couple et/ou la famille de la validité du RÔLE du bénéficiaire à l'intérieur du couple et/ou de la famille
- est entreprise avec l'objectif d'aider le couple et/ou la famille à intégrer le bénéficiaire dans un nouveau mode de relation
- est axée principalement vers l'EXPRESSION VERBALE

Utiliser s'il y a lieu des procédés non-verbaux

Utiliser s'il y a lieu des activités récréatives avec le couple ou la famille

Ajourner la rencontre

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire dont le couple et/ou la famille requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE INTERVENANTE pour COMPENSER une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- appartenance au milieu
- affiliation
- intimité
- estime de soi
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce couple et/ou cette famille vit un **PROBLÈME** d'intégration des rôles et des interdépendances en raison du vécu bio-psycho-social actuel du bénéficiaire

Dans cette relation d'aide spécifique l'infirmière a pour **OBJECTIF** de rendre ce couple et/ou cette famille capable d'intégrer le bénéficiaire dans un nouveau mode de relation du couple et/ou de la famille

On utilise aussi ce facteur pour le bénéficiaire dont le couple et/ou la famille requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE INTERVENANTE pour PRÉVENIR

l'apparition d'un **PROBLÈME** d'intégration des rôles et des interdépendances EN PUISSANCE chez ce couple et/ou cette famille

ou

la réapparition d'un **PROBLÈME** déjà résolu d'intégration des rôles et des interdépendances chez ce couple et/ou cette famille

L'UTILISATION de ce facteur exige que les actions nursing de communication soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

DESCRIPTION

UTILISATION

086 ... suite

L'utilisation de ce MODE D'ASSISTANCE est DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE. CETTE DÉCISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du(des) proche(s) du bénéficiaire dans le couple et/ou la famille

ET

à l'aide que les membres de la cellule bénéficiaire-proche(s) peuvent s'apporter mutuellement à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ce MODE D'ASSISTANCE consiste essentiellement à PRENDRE EN CHARGE le couple et/ou la famille du bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Ce facteur ne rend pas compte des communications entre le personnel infirmier et le(les) proche(s) dont l'objet est la transmission d'informations au sujet de l'état quotidien du bénéficiaire. Le temps requis pour ce type de communication est mesuré ailleurs dans le système PRN, au niveau des actions dites de COMMUNICATION AU SUJET DU BÉNÉFICIAIRE (C.S.B.)

087	Act. psychothérapique de groupe de type "A"	1 fois	3
088	Act. psychothérapique de groupe de type "A"	2 fois ou plus	6
089	Act. psychothérapique de groupe de type "B"		5

Vérifier la présence des participants

Créer un climat de confiance au début de la séance

Animer la séance PSYCHOTHÉRAPIQUE* de groupe de type "A" ou de type "B". Cette interaction est LONGUE et INTENSE et:

- comporte des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation) selon la stratégie planifiée
- est conduite en rapport avec le vécu bio et/ou psycho et/ou social de chacun des bénéficiaires du groupe
- est entreprise avec l'objectif d'aider le bénéficiaire à vivre satisfait de lui-même et bien avec lui-même
- est axée principalement sur l'EXPRESSION VERBALE

Utiliser s'il y a lieu des procédés non-verbaux

Ajourner la séance

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme d'activité(s) psychothérapique(s) de groupe pour compenser une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- appartenance au milieu
- affiliation
- intimité
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce bénéficiaire vit sa situation actuelle d'une façon plus ou moins désorganisée en présentant des manifestations plus ou moins sérieuses d'apathie et/ou d'agitation. Le **PROBLÈME** identifié chez ce bénéficiaire est une perturbation de sa capacité de faire face à une ou des situation(s) mentionnée(s) au niveau des facteurs 073 à 084 inclusivement

Dans cette relation d'aide, l'infirmière a pour **OBJECTIF** de compenser ces modifications de capacité identifiées chez le bénéficiaire

On utilise aussi l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme d'activité(s) psychothérapique(s) de groupe pour PREVENIR

l'apparition d'un **PROBLÈME** de perturbation de capacité ci-haut mentionné EN PUISSANCE chez lui

OU

la réapparition d'une **PROBLÈME** de ce type, récemment résolu

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing de communication de groupe soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

* **ACTIVITÉ PSYCHOTHÉRAPIQUE:** Une activité thérapeutique pendant laquelle on utilise des **PROCÉDÉS PSYCHIQUES** par exemple:

- psychodrame
- jeux de rôle
- thérapie de Gestalt
- thérapie de Roger
- remotivation
- réminiscence
- orientation à la réalité
- resocialisation
- autres du même type

DESCRIPTION

UTILISATION

087 ... suite
 088 ... suite
 089 ... suite

L'utilisation de ce MODE D'ASSISTANCE en groupe est DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE. CETTE DÉCISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du bénéficiaire à intégrer son vécu actuel

ET

à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ce MODE D'ASSISTANCE consiste essentiellement à GUIDER et DIRIGER le bénéficiaire dans un groupe durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Par GROUPE DE TYPE "A", on entend un ensemble de bénéficiaires légèrement désorganisés OU un ensemble mixte d'individus, c'est-à-dire de bénéficiaires légèrement désorganisés et de bénéficiaires moyennement désorganisés

Par GROUPE DE TYPE "B", on entend un ensemble de bénéficiaires moyennement désorganisés.

On choisit le facteur correspondant au TYPE DU GROUPE dont le bénéficiaire fait partie ET dans le cas d'un GROUPE DE TYPE "A" au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le bénéficiaire participe à une(des) activité(s) psychothérapeutique(s) de groupe durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- une (1) participation du bénéficiaire à une (1) activité psychothérapeutique du groupe de type "A" compte pour une (1) fois

090	Act. thérapeutique occupationnelle de groupe	1-2 fois	3
091	Act. thérapeutique occupationnelle de groupe	3 fois ou plus	7

Vérifier la présence des participants

Créer un climat de confiance au début de la rencontre

Accompagner les bénéficiaires pendant TOUTE la durée de l'activité thérapeutique occupationnelle* de groupe

Animer l'activité thérapeutique occupationnelle, s'il y a lieu

Enseigner l'activité physique, s'il y a lieu

Cette activité est LONGUE et INTENSE et:

- comporte des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation) ET/OU d'enseignement ET/OU d'observation systématique constante
- est conduite en rapport avec le VÉCU bio-psycho-social de chacun des participants et en fonction de leurs connaissances de l'activité PHYSIQUE spécifique
- est entreprise avec l'objectif d'aider le bénéficiaire à vivre satisfait de lui-même et bien avec lui-même

Utiliser des procédés verbaux et/ou non-verbaux

Terminer l'activité

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE sous la forme d'activité(s) thérapeutique(s) occupationnelle(s) de groupe pour COMPENSER une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- appartenance au milieu
- affiliation
- intimité
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce bénéficiaire vit sa situation actuelle d'une façon plus ou moins désorganisée en présentant des manifestations plus ou moins sérieuses d'apathie et/ou d'agitation. Le **PROBLÈME** identifié chez ce bénéficiaire est une perturbation de sa capacité de faire face à une ou des situation(s) mentionnée(s) au niveau des facteurs 073 à 084 inclusivement

Dans cette relation d'aide, l'infirmière a pour **OBJECTIF** de compenser ces modifications de capacité identifiées chez le bénéficiaire

On utilise aussi l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE sous la forme d'activité(s) occupationnelle(s) de groupe pour PRÉVENIR

l'apparition d'un **PROBLÈME** de perturbation de capacité ci-haut mentionné EN PUISSANCE chez lui

OU

la réapparition d'un **PROBLÈME** de ce type, récemment résolu

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing de communication de groupe soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

* **ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE OCCUPATIONNELLE:** une activité thérapeutique pendant laquelle on utilise des procédés occupationnels, principalement PHYSIQUES, par exemple:

- musicothérapie
- expression corporelle thérapeutique
- conditionnement physique thérapeutique
- piscine thérapeutique
- ballon balais thérapeutique
- rencontre communautaire d'unité de soins
- relaxation thérapeutique
- autres du même type

DESCRIPTION

UTILISATION

090 ... suite

091 ... suite

L'utilisation de ce MODE D'ASSISTANCE en groupe est DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE. CETTE DÉCISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du bénéficiaire à intégrer son vécu actuel

ET

à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ce MODE D'ASSISTANCE consiste essentiellement à GUIDER et DIRIGER et/ou ENSEIGNER au bénéficiaire dans un groupe durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le bénéficiaire participe à une(des) activité(s) thérapeutique(s) occupationnelle(s) de groupe durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

une participation du bénéficiaire à une (1) activité thérapeutique occupationnelle de groupe compte pour une (1) fois

092	Act. thérapeutique éducationnelle de groupe	1 fois	4
093	Act. thérapeutique éducationnelle de groupe	2 fois ou plus	9

Vérifier la présence des participants

Créer un climat de confiance au début de la rencontre

Accompagner les bénéficiaires pendant TOUTE la durée de l'activité thérapeutique éducationnelle* de groupe

Animer l'activité éducationnelle, s'il y a lieu

Enseigner la technique manuelle, s'il y a lieu

Cette activité est LONGUE et INTENSE et:

- comporte des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation), ET/OU d'enseignement ET/OU d'observation systématique constante
- est conduite en rapport avec le VÉCU bio-psycho-social de chacun des participants et en fonction de leurs connaissances de l'activité MANUELLE spécifique
- est entreprise avec l'objectif d'aider le bénéficiaire à vivre satisfait de lui-même et bien avec lui-même

Utiliser des procédés verbaux et/ou non-verbaux

Terminer l'activité

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme d'activité(s) thérapeutique(s) éducationnelle(s) de groupe pour COMPENSER une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou l'autre des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- appartenance au milieu
- affiliation
- intimité
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce bénéficiaire vit sa situation actuelle d'une façon plus ou moins désorganisée en présentant des manifestations plus ou moins sérieuses d'apathie et/ou d'agitation. Le **PROBLÈME** identifié chez ce bénéficiaire est une perturbation de sa capacité de faire face à une ou des situation(s) mentionnée(s) au niveau des facteurs 073 à 084 inclusivement

Dans cette relation d'aide, l'infirmière a pour **OBJECTIF** de compenser ces modifications de capacité identifiées chez le bénéficiaire

On utilise aussi l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme d'activité(s) thérapeutique(s) éducationnelle(s) de groupe pour PRÉVENIR

l'apparition d'un problème de perturbation de capacité ci-haut mentionné EN PUISSANCE chez lui

OU

la réapparition d'un **PROBLÈME** de ce type récemment résolu

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing de communication de groupe soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

* **ACTIVITÉ THÉRAPEUTIQUE ÉDUCATIONNELLE:** une activité thérapeutique pendant laquelle on utilise des procédés éducatifs, principalement MANUELS D'APPRENTISSAGES, par exemple:

- poterie thérapeutique
- peinture thérapeutique
- sculpture thérapeutique
- glaise thérapeutique
- forge thérapeutique
- menuiserie thérapeutique
- école thérapeutique
- cuisine thérapeutique
- esthétique thérapeutique
- comptabilité thérapeutique
- autres du même type

DESCRIPTION

UTILISATION

092 ... suite

093 ... suite

L'utilisation de ce MODE D'ASSISTANCE en groupe est DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE. CETTE DÉCISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du bénéficiaire à intégrer son vécu actuel

ET

à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ce MODE D'ASSISTANCE consiste essentiellement à GUIDER et DIRIGER et/ou ENSEIGNER au bénéficiaire dans un groupe durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le bénéficiaire participe à une(des) activité(s) thérapeutique(s) éducationnelle(s) de groupe durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- une participation du bénéficiaire à une (1) activité thérapeutique éducationnelle de groupe compte pour une (1) fois

094	Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	moins de 2 heures ...	4
095	Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	2-3 heures	9
096	Act. de sortie socio-thérapeutique de groupe	plus de 3 heures	17

Vérifier la présence des participants au moment du départ

Départ vers le lieu de l'activité

Créer un climat de confiance

Accompagner les bénéficiaires pendant TOUTE la durée de l'activité

Animer la sortie socio-thérapeutique de groupe* s'il y a lieu

Enseigner pendant la visite, s'il y a lieu

Cette activité est LONGUE et INTENSE et:

- comporte des actions nursing à caractère DIRECTIF (conseil, orientation), et d'enseignement relié à la sortie
- est conduite en rapport avec le VÉCU bio-psycho-social de chacun des participants en fonction de leurs connaissances du contenu de l'activité de sortie
- est entreprise avec l'objectif d'aider le bénéficiaire à vivre satisfait de lui-même et bien avec lui-même

Utiliser des procédés verbaux et/ou non-verbaux

Vérifier la présence des bénéficiaires au moment du retour

Retour à l'établissement, fin de la sortie

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme de sortie(s) socio-thérapeutique(s) de groupe pour COMPENSER une ou des capacité(s) perturbée(s) de satisfaction de l'un ou l'autre des **BESOINS** suivants:

- identité
- être reconnu
- sécurité
- confiance
- amour
- appartenance au milieu
- affiliation
- intimité
- estime de soi
- orientation dans le temps et l'espace
- actualisation de soi
- donner un sens à son expérience

Ce bénéficiaire vit sa situation actuelle d'une façon plus ou moins désorganisée en présentant des manifestations plus ou moins sérieuses d'apathie et/ou d'agitation. Le **PROBLÈME** identifié chez ce bénéficiaire est une perturbation de sa capacité de faire face à une ou des situation(s) mentionnée(s) au niveau des facteurs 073 à 084

Dans cette relation d'aide, l'infirmière a pour **OBJECTIF** de compenser ces modifications de capacité identifiées chez le bénéficiaire

On utilise aussi l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE sous la forme d'activité(s) de sortie socio-thérapeutique(s) de groupe pour PRÉVENIR

l'apparition d'un problème de perturbation de capacité ci-haut mentionné EN PUIS-SANCE chez lui

ou

la réapparition d'un **PROBLÈME** de ce type récemment résolu

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige que les actions nursing de communication de groupe soient PLANIFIÉES ET INSCRITES AU PLAN DE SOINS selon les exigences de la "DÉMARCHE NURSING"

* EXEMPLES DE SORTIES SOCIO-THÉRAPEUTIQUES DE GROUPE:

- cinéma
- sport
- spectacle
- magasinage
- pique-nique
- visites culturelles
- autres du même type

DESCRIPTION

UTILISATION

094 ... **suite**
095 ... **suite**
096 ... **suite**

L'utilisation de ce MODE D'ASSISTANCE en groupe est DÉCIDÉ PAR L'ÉQUIPE INFIRMIÈRE. CETTE DECISION est prise à partir de l'analyse des données relatives:

aux limites et aptitudes du bénéficiaire à intégrer son vécu actuel

ET

à l'aide que ses proches peuvent lui apporter à ce niveau

ET

à l'ensemble des limites propres à la philosophie et aux ressources de l'établissement et des soignants

Ce MODE D'ASSISTANCE consiste essentiellement à GUIDER et DIRIGER et/ou ENSEIGNER au bénéficiaire dans un groupe durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

On choisit le facteur correspondant à LA DURÉE TOTALE de la(les) sortie(s) socio-thérapeutique(s) de groupe à laquelle(auxquelles) le bénéficiaire participe durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

5.6 TRAITEMENTS

36	097	Médicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	1-4 fois	1
	098	Médicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	5-14 fois	3
	099	Médicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	15-24 fois	4
	100	Médicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	25 fois ou plus	5
<hr/>				
37	101	Médicament (I.D./S.C./I.M.)	1-3 doses	1
	102	Médicament (I.D./S.C./I.M.)	4-7 doses	3
	103	Médicament (I.D./S.C./I.M.)	8 doses ou plus	6
<hr/>				
38	104	Médicament (I.V.)	1-3 doses	2
	105	Médicament (I.V.)	4-10 doses	5
	106	Médicament (I.V.)	11-15 doses	9
	107	Médicament (I.V.)	16-30 doses	15
	108	Médicament (I.V.)	31 doses ou plus	24
<hr/>				
39	109	Perfusion (ouvrir la veine)	1 V.O.	4
	110	Perfusion (ouvrir la veine)	2 V.O. ou plus	7
<hr/>				
40	111	Perfusion: soluté à terminer (vérifier/changer)		1
<hr/>				
41	112	Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	1 soluté	4
	113	Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	2 soluté	8
	114	Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	3 solutés ou plus	14
<hr/>				
42	115	Perfusion: courte durée (sang et dérivés)	1-2 transfusions	6
	116	Perfusion: courte durée (sang et dérivés)	3 trans. ou plus	15
<hr/>				
43	117	Perfusion: hyperalimentation	24h./24h.	12
<hr/>				
44	118	Dialyse péritonéale (ambulatoire)		20
	119	Dialyse péritonéale (24h./24h.)	1-17 cycles	32
	120	Dialyse péritonéale (24h./24h.)	18 cycles ou plus	70
<hr/>				
45	121	Installation: sonde ou cathéter	1-2 fois	3
	122	Installation: sonde ou cathéter	3 fois ou plus	6
<hr/>				
46	123	Sonde(s) ou tube(s): ouvert(s) fermé(s) ET/OU inst.: tube rectal		1
<hr/>				
47	124	Drainage libre	1-2 tubes	1
	125	Drainage libre	3 tubes ou plus	2
<hr/>				
48	126	Drainage sous l'eau (circuit fermé)	1 tube	3
	127	Drainage sous l'eau (circuit fermé)	2 tubes ou plus	6
<hr/>				
49	128	Drainage: succion continue	1-2 tubes	3
	129	Drainage: succion continue	3-4 tubes	6
	130	Drainage: succion continue	5 tubes ou plus	8
<hr/>				
50	131	Manipulation des drains thoraciques		3

...suite

	132	Irrigation (toutes sortes)	1-2 fois	2
	133	Irrigation (toutes sortes)	3-6 fois	4
51	134	Irrigation (toutes sortes)	7-12 fois	6
	135	Irrigation (toutes sortes)	13-19 fois	8
	136	Irrigation (toutes sortes)	20 fois ou plus	14
52	137	Irrigation gastrique avec de l'eau glacée (4,000 cc)		24
53	138	Irrigation de colostomie		4
	139	Irrigation de colostomie (pr.c.)		7
54	140	Rasage	1-20%	3
	141	Rasage	21-65%	6
	142	Rasage	66% ou plus	12
55	143	Asepsie	1-20%	2
	144	Asepsie	21-65%	4
	145	Asepsie	66% ou plus	8
56	146	Insp.: trac. perm. ET/OU inst.: trac./prot./bas	1-2 fois	2
	147	Insp.: trac. perm. ET/OU inst.: trac./prot./bas	3 fois ou plus	4
57	148	Application de sac de glace ou d'eau chaude	1-2 sacs	2
	149	Application de sac de glace ou d'eau chaude	3 sacs ou plus	6
58	150	Application d'onguent	30% ou plus	8
	151	Application d'onguent avec enveloppement	30% ou plus	17
59	152	Mèche et/ou pansement à enlever		1
60	153	Points et/ou plâtre à enlever		3
61	154	Plaie à l'air: nettoyage et/ou inst. lampe	1-8 fois	2
	155	Plaie à l'air: nettoyage et/ou inst. lampe	9 fois ou plus	6
62	156	Pansement sec ou humide	1-2 fois	2
	157	Pansement sec ou humide	3 fois ou plus	5
63	158	Pansement de plaie avec écoulement	1-2 fois	3
	159	Pansement de plaie avec écoulement	3-6 fois	9
	160	Pansement de plaie avec écoulement	7 fois ou plus	24
64	161	Pansement de régénération de la peau	1-2 fois	7
	162	Pansement de régénération de la peau	3 fois ou plus	18
65	163	Débridement de plaie		6
66	164	Plaie à l'air: greffe cutanée		6

... suite

	165	Application d'onguent: brûlé	1-20%	10
	166	Application d'onguent: brûlé	21-45%	22
	167	Application d'onguent: brûlé	46-70%	42
67	168	Application d'onguent: brûlé	71% ou plus	72
	169	Application de pansement: brûlé	1-20%	14
	170	Application de pansement: brûlé	21-45%	36
	171	Application de pansement: brûlé	46-70%	72
	172	Application de pansement: brûlé	71% ou plus	96
<hr/>				
68	173	Application de technique d'isolement		5
	174	Application de technique d'isolement (stérile)		10
<hr/>				

DESCRIPTION

UTILISATION

097	Médicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	1-4 fois	1
098	Médicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	5-14 fois	3
099	Médicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	15-24 fois	4
100	Médicament (P.O./I.R./Ovu./Ong./Gouttes)	25 fois ou plus	5

Préparer et administrer chaque médicament:

- par la bouche et/ou
- par sonde gastrique et/ou
- par voie rectale et/ou
- par voie vaginale et/ou
- sur une surface corporelle et/ou
- sur une muqueuse

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour l'administration de sa médication, par une et/ou l'autre des voies suivantes:

- P.O.: bouche ou sonde gastrique
- I.R.: rectale
- Ovu.: vaginale
- Ong.: onguent ou solution appliquée sur une surface cutanée de moins de 30%*
- Gttes: gouttes, collyres ou pommades sur une muqueuse oculaire, nasale ou auriculaire.

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(s) médicament(s) est (sont) requis par le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé selon les règles suivantes:

- des médicaments administrés par la MÊME VOIE à la MÊME HEURE comptent pour une (1) fois;

ex.: 2 P.O. à 9h. **1 fois**

- des médicaments administrés par la MÊME VOIE à des HEURES DIFFÉRENTES comptent chacun pour une (1) fois

ex.: 1 P.O. à 10h.
1 P.O. à 14h. **2 fois**

lorsque des médicaments sont administrés par des VOIES DIFFÉRENTES à la MÊME HEURE, chaque voie compte pour une (1) fois;

ex.: 2 P.O. à 9h.
1 GTTE nasale à 9h. **3 fois**
1 GTTE oculaire à 9h.

lorsque des médicaments sont administrés par des VOIES DIFFÉRENTES à des HEURES DIFFÉRENTES, chaque voie à chaque heure compte pour une (1) fois;

ex.: 2 P.O. à 9h.
1 OVU à 9h.
1 I.R. h.s.
1 P.O. h.s. **4 fois**

* Le pourcentage est calculé en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

DESCRIPTION

UTILISATION

101	Médicament (I.D./S.C./I.M.)	1-3 doses	1
102	Médicament (I.D./S.C./I.M.)	4-7 doses	3
103	Médicament (I.D./S.C./I.M.)	8 doses ou plus	6

Préparer et administrer chaque médicament:

- par voie intradermique et/ou
- par voie sous-cutanée et/ou
- par voie intramusculaire

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour l'injection d'une(de) dose(s) de médicament(s) administré(s) par une et/ou l'autre des voies suivantes:

- I.D.: intradermique
- S.C.: sous-cutanée
- I.M.: intramusculaire

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE DOSES de médicament(s) requis par le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de doses est calculé en utilisant la règle suivante:

- la quantité d'un (1) médicament ou d'une (1) solution administré(e) en une (1) fois compte pour une (1) dose

	DESCRIPTION	UTILISATION	
104	Médicament (I.V.)	1-3 doses	2
105	Médicament (I.V.)	4-10 doses	5
106	Médicament (I.V.)	11-15 doses	9
107	Médicament (I.V.)	16-30 doses	15
108	Médicament (I.V.)	31 doses ou plus	24

Préparer et administrer chaque médicament par voie intraveineuse

Irriguer une veine ou une artère avec une solution au moyen d'une seringue

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour l'administration d'une(de) dose(s) de médicament(s) administré(s) par voie intraveineuse de l'une et/ou l'autre des façons suivantes:

- directement par tubulure et/ou
- par burette ou soluset et/ou
- par mini-sac et/ou
- dans le soluté

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE DOSES de médicament(s) requis par le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de doses est calculé en utilisant la règle suivante:

- la quantité d'un (1) médicament ou d'une (1) solution administré(e) en une (1) fois compte pour une (1) dose

109 **Perfusion (ouvrir la veine)** **1 V.O.** **4**

Installer la bouteille ou le sac du soluté

Ouvrir une (1) veine au moyen d'une aiguille ou d'un cathéter périphérique court*

Réinstaller l'aiguille ou le cathéter court*, s'il y a lieu

Fixer l'aiguille ou le cathéter court*

Régler le débit du soluté

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour l'ouverture d'une veine au moyen d'une aiguille ou d'un cathéter périphérique court* en vue de l'installation:

- de soluté et/ou
- de transfusion et/ou
- d'hyperalimentation et/ou
- de toute autre forme de traitement par voie I.V. périphérique

110 **Perfusion (ouvrir la veine)** **2 V.O. ou plus** **7**

Installer la(les) bouteille(s) et/ou le(s) sac(s) de soluté

Ouvrir deux (2) veines ou plus au moyen d'aiguille et/ou de cathéter périphérique court*

Réinstaller la(les) aiguille(s) et/ou le(s) cathéter(s) court(s)*, s'il y a lieu

Fixé la(les) aiguilles et/ou le(s) cathéter(s) court(s)*

Régler le(s) débit(s) du(des) soluté(s)

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLÈTE pour l'ouverture d'une ou de plusieurs veine(s) au moyen d'aiguille(s) et/ou de cathéter(s) périphérique(s) court(s)* en vue de l'installation:

- de soluté et/ou
- de transfusion et/ou
- d'hyperalimentation et/ou
- de toute autre forme de traitement par voie I.V. périphérique;

En fait, le bénéficiaire requiert pendant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures l'ouverture:

de deux (2) veines ou plus

ET/OU

d'une (1) seule veine qui nécessite trois (3) installations ou plus

ET/OU

d'une (1) seule veine qui nécessite la présence CONSTANTE et SIMULTANÉE de deux (2) membres du personnel infirmier ou plus

* Cathéter court: cathéter veineux de moins de cinq (5) pouces

DESCRIPTION

UTILISATION

111 **Perfusion: soluté à terminer (vérifier/changer)** 1

Vérifier l'identité de chaque soluté

Changer la(les) bouteille(s) et/ou le(s) sac(s) de chaque soluté, s'il y a lieu

Vérifier et ajuster périodiquement le débit de chaque soluté

Vérifier périodiquement le(s) site(s) d'injection

Enlever l'(les) aiguille(s) et/ou le(s) cathéter(s), s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour la vérification et le changement de son(ses) soluté(s) d'une durée de moins de huit (8) heures:

directement dans la veine et/ou dans l'artère

ET/OU

par l'intermédiaire d'une burette et/ou d'un soluset

que le(s) débit(s) du(des) soluté(s) soit(soient) contrôlé(s) manuellement ou au moyen d'une (de) pompe(s)

DESCRIPTION

UTILISATION

112	Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	1 soluté	4
113	Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	2 solutés	8
114	Perfusion: soluté en perm. (vérifier/changer)	3 solutés ou plus	14

Vérifier l'identité du soluté

Vérifier et ajuster périodiquement le débit du soluté en cours en permanence

Vérifier périodiquement le site d'injection

Changer périodiquement le soluté

Changer périodiquement la tubulure du soluté

Enlever l'aiguille et/ou le cathéter, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour la vérification et le changement de son(s) soluté(s) en permanence:

directement dans la veine et/ou dans l'artère

ET/OU

par l'intermédiaire d'une burette et/ou d'un soluset

que le(s) débit(s) du(des) soluté(s) soit(soient) contrôlé(s) manuellement ou au moyen d'une (de) pompe(s)

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE SOLUTÉS EN PERMANENCE requis SIMULTANÉMENT par le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre de soluté(s) en permanence est calculé en EXCLUANT les solutions utilisées pour:

- la perfusion de courte durée (soluté à terminer)
- la perfusion de courte durée (sang et dérivés)
- l'hyperalimentation
- la tension veineuse centrale

DESCRIPTION

UTILISATION

115	Perfusion: courte durée (sang et dérivés)	1-2 transfusions	6
116	Perfusion: courte durée (sang et dérivés)	3 trans. ou plus	15

Vérifier les étiquettes des fiches et de la Banque de sang

Raccorder le contenant du sang ou du dérivé du sang à la tubulure d'une perfusion en cours

Régler le débit de la transfusion

Surveiller constamment les réactions du bénéficiaire pendant les quinze (15) premières minutes de chaque transfusion

Vérifier à chaque vingt (20) minutes:

- le débit
- le site d'injection
- les réactions du bénéficiaire

Enlever la transfusion

Enlever l'aiguille et/ou le cathéter, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour la vérification et le changement de sa(ses) transfusion(s) de sang ou de dérivés du sang

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE TRANSFUSIONS de sang ou de dérivés du sang requis par le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

117 **Perfusion: hyperalimentation** **24h./24h.** **12**

Vérifier l'indentité du(des) soluté(s)

Changer le(s) soluté(s)

Vérifier et ajuster le(s) débit(s) des soluté(s)

Vérifier le site d'injection

Changer la(les) tubulure(s) et/ou le(s) filtre(s)

Enlever l'aiguille et/ou le cathéter, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour la vérification et le changement d'un(des) soluté(s) pour son traitement par hyperalimentation permanente (24 heures/24 heures) au moyen d'un cathéter central ou périphérique

DESCRIPTION

UTILISATION

118 Dialyse péritonéale (ambulatoire) 20

Préparer les solutions
Ajouter les médicaments aux solutions
Installer la perfusion à chaque cycle
Effectuer la vidange péritonéale de chaque cycle
Débrancher la tubulure du cathéter, s'il y a lieu
Enlever le cathéter de dialyse péritonéale, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire généralement AMBULANT qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour sa dialyse cyclique par voie péritonéale

119 Dialyse péritonéale (24h./24h.) 1-17 cycles 32
120 Dialyse péritonéale (24h./24h.) 18 cycles ou plus 70

Préparer les solutions
Ajouter les médicaments aux solutions
Installer la perfusion à chaque cycle
Effectuer la vidange péritonéale à chaque cycle
Débrancher la tubulure du cathéter, s'il y a lieu
Enlever le cathéter de dialyse péritonéale, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire ALITÉ qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour sa dialyse cyclique par voie péritonéale

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE CYCLES dont se compose la dialyse durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

DESCRIPTION

UTILISATION

121	Installation: sonde ou cathéter	1-2 fois	3
122	Installation: sonde ou cathéter	3 fois ou plus	6

Installer la sonde ou le cathéter

Fixer la sonde ou le cathéter, s'il y a lieu

Enlever la sonde ou le cathéter que l'on vient d'installer, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour l'installation de sa(ses) sonde(s) ou de son(ses) cathéter(s); par exemple:

- sonde ou cathéter vésical
- sonde gastrique
- cathéter dans une plaie

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que l'(les) installation(s) d'une(des) sonde(s) ou d'un(des) cathéter(s) est(sont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- une (1) installation d'une (1) sonde ou d'un (1) cathéter compte pour une (1) fois

DESCRIPTION

UTILISATION

123 **Sonde(s) ou tube(s): ouvert(s) fermé(s) ET/OU inst.: tube rectal** 1SONDE(S) OU TUBE(S)

Ouvrir la(les) sonde(s) ou le(s) tube(s)

Drainer la(les) sonde(s) ou le(s) tube(s)

Fermer la(les) sonde(s) ou le(s) tube(s)

Enlever la(les) sonde(s) ou le(s) tube(s), s'il y a lieu

ET/OUTUBE RECTAL

Installer le tube rectal

Assurer une présence pendant toute ou une partie de la période d'attente, s'il y a lieu

Enlever le tube rectal

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour:

l'ouverture et la fermeture de sa(ses) sonde(s) ou de son(ses) tube(s)

ET/OU

l'installation de son tube rectal

DESCRIPTION

UTILISATION

124	Drainage libre	1-2 tubes	1
125	Drainage libre	3 tubes ou plus	2

Fixer le tube de drainage

Vider le(s) sac(s) ou la(les) bouteille(s) de drainage, s'il y a lieu

Enlever le tube en drainage libre, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLÈTE pour les soins de son(ses) drainage(s) libre(s)

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE TUBES en drainage libre chez le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre de tubes est calculé SANS tenir compte du drainage de la sonde vésicale

126	Drainage sous l'eau (circuit fermé)	1 tube	3
127	Drainage sous l'eau (circuit fermé)	2 tubes ou plus	6

Fixer le tube et la(les) bouteille(s) de drainage

Vider la(les) bouteille(s) de drainage, s'il y a lieu

Ajouter de l'eau dans la(les) bouteille(s) de drainage, s'il y a lieu

Vérifier le fonctionnement du drainage q.2h.

Manipuler le tube avec précaution lors des mobilisations

Enlever le tube en drainage sous l'eau (circuit fermé), s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour les soins de son(ses) drainage(s) sous l'eau en circuit fermé; par exemple: un drainage thoracique

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE TUBES en drainage sous l'eau en circuit fermé chez le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

	DESCRIPTION	UTILISATION	
128	Drainage: succion continue	1-2 tubes	3
129	Drainage: succion continue	3-4 tubes	6
130	Drainage: succion continue	5 tubes ou plus	8

Fixer le tube de drainage

Brancher l'appareil à succion et le mettre en fonction

Ajuster la pression de l'appareil selon l'ordonnance médicale

Raccorder le tube

Vérifier le fonctionnement de l'appareil et du drainage q.2h.

Vider, laver et rincer la(les) bouteille(s) de drainage q.8h.

Enlever le tube de drainage en succion continue, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour les soins de son(ses) drainage(s) en succion continue

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE TUBES ET/OU SONDÉS en succion continue sur tout genre d'appareils à succion; par exemple:

- Gomco
- Wagensteen
- Emerson
- Hémovac

131 Manipulation des drains thoraciques 3

Traire les tubes de drainage thoracique

Enlever les tubes de drainage thoracique, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour la manipulation de ses drains thoraciques, quelle que soit le nombre de traites

DESCRIPTION	UTILISATION
132 Irrigation (toutes sortes)	1-2 fois 2
133 Irrigation (toutes sortes)	3-6 fois 4
134 Irrigation (toutes sortes)	7-12 fois 6
135 Irrigation (toutes sortes)	13-19 fois 8
136 Irrigation (toutes sortes)	20 fois ou plus 14

Préparer la solution et/ou le(s) médicament(s) pour l'irrigation

Injecter la solution

Laisser évacuer le contenu

Raccorder le tube, s'il y a lieu

Installer la(les) bouteille(s) de solution, s'il y a lieu

Effectuer la vidange de la(des) bouteille(s) de collection, s'il y a lieu

Enlever le tube d'irrigation, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour TOUTE forme d'irrigation ou d'instillation SAUF pour:

- une instillation trachéale
- une irrigation vulvaire
- une irrigation de colostomie
- une irrigation gastrique avec eau glacée, 4000 cc.
- une irrigation gastrique reliée à un gavage

Par IRRIGATION ou INSTILLATION on entend toute intervention qui consiste à faire passer un liquide dans une cavité naturelle ou une plaie par l'intermédiaire d'une seringue, d'une sonde ou d'un tube et à en évacuer le contenu aussitôt; par exemple:

- irrigation gastrique
- irrigation vésicale
- irrigation vaginale
- irrigation de plaie
- lavage d'oreille
- irrigation rectale
- curage rectal

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que la(les) plaie(s) ou la(les) cavité(s) naturelle(s) est(sont) irriguée(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant les règles suivantes:

- pour des lavements très volumineux, chaque cinq-cent (500) cc. compte pour une (1) fois
- pour des irrigations continues, chaque changement de bouteille ou de sac (quelqu'en soit le volume) compte pour une (1) fois
- pour les autres formes d'irrigation ou d'instillation, chaque irrigation ou instillation compte pour une (1) fois

137 Irrigation gastrique avec de l'eau glacée (4,000 cc) 24

Préparer la(les) solution(s)

Irriguer l'estomac (jusqu'à 500 c.c.)

Fermer la sonde gastrique

Attendre et ouvrir la sonde gastrique

Laisser l'estomac se vider

Répéter les lavages jusqu'à 4,000 cc. ou plus

Répéter les lavages gastriques jusqu'à diminution ou arrêt de l'hémorragie

Enlever la sonde gastrique, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour les soins relatifs à une hémorragie gastrique importante

DESCRIPTION

UTILISATION

138 **Irrigation de colostomie** 4

Préparer l'irrigation
 Irriguer la colostomie
 Vérifier l'efficacité de l'irrigation

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour l'irrigation de sa colostomie et qui peut rester SEUL durant la période d'attente du retour de la solution d'irrigation

139 **Irrigation de colostomie (pr.c.)** 7

Préparer l'irrigation
 Irriguer la colostomie
 Vérifier l'efficacité de l'irrigation

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour l'irrigation de sa colostomie et qui requiert une PRÉSENCE jusqu'au retour complet de la solution d'irrigation

	DESCRIPTION	UTILISATION	
140	Rasage	1-20%	3
141	Rasage	21-65%	6
142	Rasage	66% ou plus	12

Raser la surface cutanée

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour un(des) rasage(s) requis en vue d'un traitement, d'une intervention et/ou d'un examen

On choisit le facteur correspondant au POUR-CENTAGE de la surface cutanée À RASER chez le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Ce pourcentage est calculé en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

	DESCRIPTION	UTILISATION	
143	Asepsie	1-20%	2
144	Asepsie	21-65%	4
145	Asepsie	66% ou plus	8

Mettre le masque

Préparer le matériel aseptiquement

Se ganter

Savonner la peau à aseptiser

Rincer la surface cutanée aseptisée

Délimiter la surface aseptisée

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour une(des) asepsie(s) requise(s) en vue d'une intervention et/ou d'un examen

On choisit le facteur correspondant au POURCENTAGE de la surface cutanée À ASEPTISER chez le bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Ce pourcentage est calculé en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

146 **Insp.: trac. perm. ET/OU inst.: trac./prot./bas** **1-2 fois** **2**

Inspecter et entretenir la TRACTION PERMANENTE (24h./24h.)

- poids
- poulie(s)
- corde
- membre
- état de la peau
- position du bénéficiaire

ET/OU

Installer et/ou enlever l'appareil

ET/OU

Ajuster régulièrement la prothèse auditive

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour:

inspecter et entretenir sa(ses) traction(s) permanente(s) (24 heures/24 heures)

ET/OU

installer et/ou enlever:

- sa(ses) traction(s) amovible(s)
- sa(ses) prothèse(s) orthopédique(s)
- son(ses) bas thérapeutiques
- son(ses) écharpe(s)
- sa(ses) bande(s)
- son(ses) bandage(s)
- son(ses) orthèse(s)
- son(ses) corset(s)
- son casque protecteur
- autres du même type

ET/OU

ajuster régulièrement sa(ses) prothèse(s) auditive(s)

On choisit ce facteur si le NOMBRE TOTAL DE FOIS que l'(les) inspection(s) et l'(les) entretien(s) de la(des) traction(s) permanente(s) ET/OU que l'(les) installation(s) d'(des) appareil(s) est(sont) requis, est de une (1) à deux (2) fois durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant les règles suivantes:

- inspecter et entretenir une (1) traction permanente (24 heures/24 heures) compte pour une (1) fois
- installer et/ou enlever un (1) appareil compte pour une (1) fois
- ajuster régulièrement une (1) prothèse auditive compte pour une (1) fois

DESCRIPTION

UTILISATION

147 **Insp.: trac. perm. ET/OU inst.: trac./prot./bas 3 fois ou plus 4**

Inspecter et entretenir la TRACTION PERMANENTE (24h./24h.):

- poids
- poulie(s)
- corde
- membre
- état de la peau
- position du bénéficiaire

ET/OU

Installer et/ou enlever l'appareil

ET/OU

Ajuster régulièrement la prothèse auditive

ET/OU

Installer et/ou enlever le corset moulé cervico ou dorso-lombaire

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour:

inspecter et entretenir sa(ses) traction(s) permanente(s) (24 heures/24 heures)

ET/OU

installer et/ou enlever:

- sa(ses) traction(s) amovible(s)
- sa(ses) prothèse(s) orthopédique(s)
- son(ses) bas thérapeutiques
- son(ses) écharpe(s)
- sa(ses) bande(s)
- son(ses) bandage(s)
- son(ses) orthèse(s)
- son(ses) corset(s)
- son casque protecteur
- autres du même type

ET/OU

ajuster régulièrement sa(ses) prothèse(s) auditive(s)

ET/OU

installer et/ou enlever un corset moulé cervico ou dorso-lombaire

On choisit ce facteur si le NOMBRE TOTAL DE FOIS que l'(les) inspection(s) et l'(les) entretien(s) de la(des) traction(s) permanente(s) ET/OU que l'(les) installation(s) d'(des) appareil(s) est(sont) requis, est de trois (3) fois ou plus durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant les règles suivantes:

- inspecter et entretenir une (1) traction permanente (24 heures/24 heures) compte pour une (1) fois
- installer et/ou enlever un (1) appareil compte pour une (1) fois
- ajuster régulièrement une (1) prothèse auditive compte pour une (1) fois
- installer et/ou enlever un corset moulé cervico ou dorso-lombaire, quel que soit le nombre de fois compte pour trois (3) fois

148 **Application de sac de glace ou d'eau chaude** **1-2 sacs** **2**

Remplir le sac

Couvrir le sac

Vider et remplacer périodiquement le sac et la couverture du sac

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour l'application et le remplacement d'un (1) ou de deux (2) sac(s) de glace ou d'eau chaude

149 **Application de sac de glace ou d'eau chaude** **3 sacs ou plus** **6**

Remplir les sacs

Couvrir les sacs

Vider périodiquement les sacs et remplacer leurs enveloppes

ET/OU

Traiter l'hyperthermie au moyen de:

- compresses froides et/ou tièdes
- bains multiples à l'eau froide et/ou tiède

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLETE pour:

l'application et le remplacement de trois (3) sacs ou plus de glace ou d'eau chaude

ET/OU

le traitement de l'HYPERTHERMIE par l'un ou l'autre des moyens suivants:

- compresses froides et/ou tièdes
- bains multiples à l'eau froide et/ou tiède

DESCRIPTION

UTILISATION

150 **Application d'onguent** **30% ou plus** **8**

Appliquer l'(les) onguent(s) utilisé(s) en dermatologie sur une surface cutanée excédant 30%

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour une(des) application(s) d'onguent sur 30% ou plus de sa surface cutanée

Ce pourcentage est calculé en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

151 **Application d'onguent avec enveloppement** **30% ou plus** **17**

Appliquer l'(les) onguent(s) utilisé(s) en dermatologie sur une surface cutanée excédant 30%

Appliquer un(des) enveloppement(s) humide(s) sur toute la surface traitée

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour une(des) application(s) d'onguent et un(des) enveloppement(s) humide(s) sur 30% ou plus de sa surface cutanée

Ce pourcentage est calculé en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

152 **Mèche et/ou pansement à enlever** 1

Enlever la(les) mèche(s)

ET/OU

Enlever le(s) pansement(s)

ET/OU

Enlever et faire le décompte des serviettes
sanitaires

ET/OU

Exercer une pression sur le(s) site(s) artériel(s)
ouvert(s)

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui
requiert, durant la prochaine période de vingt-
quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour:

enlever une(des) mèche(s) SANS refaire son
(ses) pansement(s)

ET/OU

enlever son(ses) pansement(s) sans le(s)
refaire

ET/OU

enlever et faire le décompte de ses serviettes
sanitaires

ET/OU

exercer une pression sur son(ses) site(s)
ARTERIEL(S) ouvert(s)

153 **Points et/ou plâtre à enlever** 3

Enlever les points de suture et/ou les agrafes

ET/OU

Enlever le(s) plâtre(s)

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui
requiert, durant la prochaine période de vingt-
quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour
enlever son(ses) point(s) et/ou enlever son(ses)
plâtre(s)

DESCRIPTION

UTILISATION

154	Plaie à l'air: nettoyage et/ou inst. lampe	1-8 fois	2
155	Plaie à l'air: nettoyage et/ou inst. lampe	9 fois ou plus	6

Nettoyer et désinfecter la plaie

Essuyer l'écoulement, s'il y a lieu

Appliquer l'onguent, la solution, la poudre et/ou l'ouate, s'il y a lieu

ET/OU

Désinfecter le périnée

ET/OU

Installer la lampe

ET/OU

Installer une coquille ou une prothèse oculaire SANS pansement

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour les soins de sa(ses) plaie(s) à l'air par l'un et/ou l'autre des traitements suivants:

- le nettoyage d'un écoulement
- l'application d'un onguent, d'une solution et/ou d'une poudre; par exemple: pour les soins d'une plaie d'escarre du premier (1er) degré
- la désinfection du périnée
- l'application d'une lampe thérapeutique de photothérapie ou autre
- l'installation d'une coquille ou d'une prothèse oculaire SANS pansement

sauf la provocation de l'écoulement de l'exudat hors d'une greffe cutanée récente et à l'air

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(s) traitement(s) de plaie(s) à l'air est(sont) requis durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- chaque traitement compte pour une (1) fois

156 **Pansement sec ou humide** **1-2 fois** **2**

Enlever le pansement

Se ganter

Nettoyer et désinfecter la(les) plaie(s)

Appliquer l'onguent, la solution, la poudre et/ou la ouate, s'il y a lieu

Refaire le pansement au moyen de compresses, de coussinets et/ou autres

Fixer le pansement au moyen de diachylons, de bandages, de coquille oculaire et/ou autres

ET/OU

RENFORCER le pansement

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE PARTIELLE ou COMPLETE pour:

faire et/ou refaire son(ses) pansement(s) sec(s) ou humide(s) de tout genre y compris

- le pansement pour les soins d'escarre du deuxième (2e) degré avec suintement
- le pansement du site d'injection d'un soluté
- l'enveloppement chaud appliqué sur une région corporelle

ET/OU

RENFORCER un pansement de TOUT TYPE, y compris tous les pansements autres que secs ou humides

On choisit ce facteur si le NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(s) pansement(s) est(sont) à faire ou à refaire ou à renforcer est de une (1) ou deux (2) fois durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant les règles suivantes:

- un pansement sec ou humide fait ou refait compte pour une (1) fois
- un pansement de tout type renforcé compte pour une (1) fois

DESCRIPTION

UTILISATION

157 **Pansement sec ou humide** **3 fois ou plus** **5**

Enlever le pansement

Se ganter

Nettoyer et désinfecter la(les) plaie(s)

Appliquer l'onguent, la solution, la poudre et/ou l'ouate, s'il y a lieu

Refaire le pansement au moyen de compresses, de coussinets et/ou autres

Fixer le pansement au moyen de diachylons, de bandages, de coquille oculaire et/ou autres

ET/OU

RENFORCER le pansement

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour:

faire et/ou refaire son(ses) pansement(s) sec(s) ou humide(s) de tout genre y compris:

- le pansement pour les soins d'escarre du deuxième (2e) degré avec suintement
- le pansement du site d'injection d'un soluté
- l'enveloppement chaud appliqué sur une région corporelle
- le pansement de REGÉNÉRATION DE LA PEAU recouvrant une ou des plaie(s) de très petite surface (1.5 cm² ou moins) réalisé au moyen d'ouate humide

ET/OU

RENFORCER un pansement de TOUT TYPE, y compris tous les pansements autre que secs ou humides

On choisit ce facteur si le NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(s) pansement(s) est(sont) à faire ou à refaire ou à renforcer, est de trois (3) fois ou plus durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant les règles suivantes:

- un pansement sec ou humide fait ou refait compte pour une (1) fois
- un pansement de tout type renforcé compte pour (1) fois
- un ou des pansements de REGÉNÉRATION DE LA PEAU de très petite surface (1.5 cm² ou moins) réalisé au moyen d'ouate humide compte pour trois (3) fois

158	Pansement de plaie avec écoulement	1-2 fois	3
159	Pansement de plaie avec écoulement	3-6 fois	9
160	Pansement de plaie avec écoulement	7 fois ou plus	24

Enlever le pansement

Se ganter

Laisser sortir l'écoulement **IMPORTANT**

Tirer le(s) drain(s), s'il y a lieu

Nettoyer et désinfecter la(les) plaie(s)

Appliquer l'onguent, la solution, la poudre et/ou la mèche, s'il y a lieu

Isoler le(s) drain(s), s'il y a lieu

Isoler la peau

Refaire le pansement au moyen de compresses, de coussinets et/ou autres

Fixer le(s) drain(s), s'il y a lieu

Fixer le pansement au moyen de diachylons, de bandages et/ou autres

Faire le décompte et peser les compresses, s'il y a lieu

ET/OU

Vider et/ou remplacer le sac

Se ganter

Laisser sortir l'écoulement **IMPORTANT**

Tirer le(s) drain(s), s'il y a lieu

Nettoyer et désinfecter la(les) plaie(s)

Appliquer l'onguent, la solution, la poudre et/ou la mèche, s'il y a lieu

Isoler le(s) drain(s), s'il y a lieu

Isoler la peau

Refermer et/ou remplacer le sac

Fixer le(s) drain(s), s'il y a lieu

Fixer le sac

Recueillir l'écoulement, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour faire et/ou refaire son(s) pansement(s) de plaie(s) avec écoulement important de tout genre y compris:

- le pansement pour soins d'escarre du troisième (3e) degré avec écoulement
- le pansement de plaie avec drain(s) comportant un écoulement
- le pansement d'une fistule
- le pansement sur une(des) plaie(s) ou orifice(s) avec écoulement

On choisit le facteur correspondant au **NOMBRE TOTAL DE FOIS** que le(s) pansement(s) est (sont) à faire ou à refaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- lorsqu'un MEME pansement recouvre **PLUSIEURS** plaies avec écoulement, chaque plaie compte pour une (1) fois chaque fois que le pansement est fait ou refait
- lorsqu'un pansement recouvre une seule plaie avec écoulement, le faire ou de le refaire compte chaque fois pour une (1) fois

DESCRIPTION

UTILISATION

161	Pansement de régénération de la peau	1-2 fois	7
162	Pansement de régénération de la peau	3 fois ou plus	18

Enlever le pansement

Se ganter

Nettoyer et désinfecter la(les) plaie(s)

Appliquer l'onguent, la solution, la poudre, l'ouate, la pâte et/ou la mèche, s'il y a lieu

Découper précisément et appliquer la(les) compresse(s) médicamenteuse(s) et/ou la(les) mèche(s)

Refaire le pansement au moyen de "charpie", de compresses, de coussinets et/ou autres

Fixer le pansement au moyen de diachylons, de bandages et/ou autres

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour faire et/ou refaire son(s) pansement(s) de régénération de la peau de tout genre y compris:

- le pansement pour soins d'escarre du troisième (3e) degré avec atteinte musculaire et/ou squelettique

- le pansement de greffe cutanée par boudin

sauf le pansement de REGÉNÉRATION DE LA PEAU recouvrant une ou des plaie(s) de très petite surface (1.5 cm² ou moins) réalisé au moyen d'ouate humide

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(s) pansement(s) est (sont) fait(s) ou refait(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- un pansement fait ou refait compte pour une (1) fois

163 **Débridement de plaie** 6

Débrider la(les) plaie(s) au moyen d'une pince et d'un ciseau

On utilise généralement ce facteur pour le bénéficiaire brûlé qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour débrider sa(ses) plaie(s) au moyen d'une pince et d'un ciseau

DESCRIPTION

UTILISATION

164 **Plaie à l'air: greffe cutanée** **6**

Se ganter

Rouler les tiges montées sur la surface de la plaie
ou de la greffe

Laisser sortir l'exsudat

Essuyer l'écoulement, s'il y a lieu

Nettoyer le pourtour de la greffe

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui
requiert, durant la prochaine période de vingt-
quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour
provoquer l'écoulement de l'exsudat hors de
sa(ses) greffe(s) cutanée(s) récente(s) et à l'air

DESCRIPTION

UTILISATION

165	Application d'onguent: brûlé	1-20%	10
166	Application d'onguent: brûlé	21-45%	22
167	Application d'onguent: brûlé	46-70%	42
168	Application d'onguent: brûlé	71% ou plus	72

Mettre le masque

Préparer le matériel et la table (champs stériles)

Se ganter

Enlever l'onguent, s'il y a lieu

Nettoyer et/ou désinfecter la peau, s'il y a lieu

Appliquer l'onguent ou la solution sur la surface brûlée, la plaie ou sur des compresses, s'il y a lieu

Mobiliser le bénéficiaire pendant le traitement

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire brûlé qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour le traitement de sa(s) plaie(s) lorsque LA PLUS GRANDE PARTIE de ce traitement consiste en une(des) APPLICATION(S) D'ONGUENT SANS PANSEMENT

On choisit le facteur correspondant au POURCENTAGE de la surface cutanée BRULÉE et TRAITÉE

Ce pourcentage est calculé en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

	DESCRIPTION	UTILISATION	
169	Pansement: brûlé	1-20%	14
170	Pansement: brûlé	21-45%	36
171	Pansement: brûlé	46-70%	72
172	Pansement: brûlé	71% ou plus	96

Mettre le masque

Défaire le(s) pansement(s)

Préparer le matériel et la table (champs stériles)

Se ganter

Enlever l'onguent, s'il y a lieu

Nettoyer et/ou désinfecter la peau, s'il y a lieu

Appliquer l'onguent ou la solution sur la surface brûlée, la plaie ou sur des compresses, s'il y a lieu

Refaire le(s) pansement(s)

Fixer le(s) pansement(s)

Mobiliser le bénéficiaire pendant le traitement

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour le traitement de sa(ses) plaie(s) lorsque la PLUS GRANDE PARTIE de ce traitement consiste en une(des) APPLICATION(S) DE PANSEMENT(S)

On choisit le facteur correspondant au POURCENTAGE de la surface cutanée BRÛLÉE et TRAITÉE

Ce pourcentage est calculé en utilisant la règle de neuf "9" (cf. fig. 2, page 54)

173 **Application de technique d'isolement** 5

A chaque visite:

- se brosser les mains
- mettre et enlever, s'il y a lieu, selon le type d'isolement requis:
 - blouse NON STÉRILE
 - masque
 - gants

Vérifier et entretenir le matériel requis pour la technique d'isolement, à savoir:

- instruments
- bassin(s) de trempage
- sac(s) à linge
- poubelles
- meuble(s) extérieur(s)

Expliquer la technique d'isolement au bénéficiaire et à ses visiteurs, s'il y a lieu

On utilise ce facteur:

pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, un isolement individuel pour des soins préventifs de contamination

OU

pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une technique dite "d'isolement de groupe" lorsque les composantes de cette technique correspondent à celles décrites ci-contre

Par **TECHNIQUE D'ISOLEMENT DE GROUPE**, on entend une technique qui requiert un **CHANGEMENT DE BLOUSE** pour les soins individuels **DE CHAQUE BENEFCIAIRE**

En conséquence, **ON NE PEUT UTILISER** ce facteur, pour une technique de groupe qui consiste à porter la même blouse pour les soins de tous les bénéficiaires et en un lavage de mains entre chacun d'eux ainsi qu'à chaque entrée et sortie de l'Unité de soins; les temps de lavages de mains sont en effet inclus dans le temps de chacune des actions nursing requises par chaque bénéficiaire

174 **Application de technique d'isolement (stérile)** 10

A chaque visite:

- se brosser les mains
- mettre et enlever, s'il y a lieu, selon le type d'isolement requis:
 - blouse STÉRILE
 - masque
 - gants
 - couvre-chaussures

Vérifier et entretenir le matériel requis pour la technique d'isolement, à savoir:

- instruments
- bassin(s) de trempage
- sac(s) à linge
- poubelles
- meuble(s) extérieur(s)

Expliquer la technique d'isolement au bénéficiaire et à ses visiteurs, s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, un isolement STÉRILE pour des soins préventifs de contamination

5.7 MÉTHODES DIAGNOSTIQUES

	175	Observation systématique	1-10 fois	1
	176	Observation systématique	11-40 fois	4
69	177	Observation systématique	41 fois ou plus	12
	178	Observation systématique constante partagée	2 Bén. ou plus	38
	179	Observation systématique constante exclusive	1 bénéficiaire	76
<hr/>				
	180	Signes vitaux	1-3 fois	1
	181	Signes vitaux	4-14 fois	3
70	182	Signes vitaux	15-24 fois	8
	183	Signes vitaux	25 fois ou plus	18
	184	Signes vitaux (T.A: d./a./c.)	1-6 fois	3
	185	Signes vitaux (T.A: d./a./c.)	7 fois ou plus	7
<hr/>				
	186	Signes neurologiques	1-11 fois	2
71	187	Signes neurologiques	12 fois ou plus	6
<hr/>				
	188	Tension veineuse centrale	1-11 fois	3
72	189	Tension veineuse centrale	12 fois ou plus	8
<hr/>				
73	190	Evaluation: coeur foetal et/ou contractions utérines		2
<hr/>				
	191	Dosage ing. et/ou exc.	1-19 fois	1
74	192	Dosage ing. et/ou exc.	20-65 fois	4
	193	Dosage ing. et/ou exc.	66 fois ou plus	8
<hr/>				
	194	Pesée et/ou mensuration	1 pers. inf.	1
75	195	Pesée et/ou mensuration	2 pers. inf. ou plus	2
<hr/>				
76	196	Collecte: selles et/ou expectorations		1
<hr/>				
77	197	Collecte: urine		2
<hr/>				
	198	Prél.: sec. et/ou selles et/ou urine (anal. simple)	1-5 fois	1
78	199	Prél.: sec. et/ou selles et/ou urine (anal. simple)	6 fois ou plus	2
<hr/>				
	200	Prél.: culture d'urine	guider et diriger	2
79	201	Prél.: culture d'urine (aide complète)	1-2 fois	2
	202	Prél.: culture d'urine (aide complète)	3 fois ou plus	5
<hr/>				
80	203	Prélèvement et ensemencement des sécrétions oculaires		3
<hr/>				
	204	Prélèvement: sang	1-3 fois	2
81	205	Prélèvement: sang	4-8 fois	6
	206	Prélèvement: sang	9 fois ou plus	13
<hr/>				
	207	Test simple à l'Unité	1-8 fois	2
82	208	Test simple à l'Unité	9 fois ou plus	6

... suite

83	209	Routine respiratoire	1-4 fois	1
	210	Routine respiratoire	5 fois ou plus	4
<hr/>				
84	211	Ass.: examen ou R.X. (pr.c.)	1-2 examens	2
	212	Ass.: examen ou R.X. (pr.c.)	3 examens ou plus	4
<hr/>				
85	213	Ass. M.D.: intervention (pr.c.)	1 fois	8
	214	Ass. M.D.: intervention (pr.c.)	2 fois ou plus	16
<hr/>				

DESCRIPTION	UTILISATION
175 Observation systématique	1-10 fois 1
176 Observation systématique	11-40 fois 4
177 Observation systématique	41 fois ou plus 12

Observer systématiquement* le bénéficiaire

ET/OU

Observer un ou des moniteur(s)

ET/OU

Vérifier la calibration du(des) moniteur(s), s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une **OBSERVATION SYSTÉMATIQUE** de:

son comportement

ET/OU

ses attitudes

ET/OU

ses réactions physiques

ET/OU

ses réactions psycho-sociales

ET/OU

son(s) moniteur(s)

L'UTILISATION de l'un de ces facteurs exige l'inscription au **PLAN DE SOINS** de l'(des) objet(s) et du(des) moment(s) de l'(des) observation(s) systématique(s) requise(s)

On choisit le facteur correspondant au **NOMBRE TOTAL DE FOIS** que le bénéficiaire requiert, **EN DEHORS DES AUTRES ACTIONS NURSING**, une observation systématique durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

* *Observation systématique: examen minutieux fait d'une manière ordonnée ayant pour but de connaître, d'étudier, de vérifier et de contrôler*

178 **Observation systématique constante partagée** **2 bén. ou plus** **38**

Observer systématiquement* le bénéficiaire d'une façon ININTERROMPUE (24h./24h.)

ET/OU

Observer un ou des moniteur(s)

ET/OU

Vérifier la calibration du(des) moniteur(s), s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une OBSERVATION SYSTÉMATIQUE CONSTANTE de:

son comportement

ET/OU

ses attitudes

ET/OU

ses réactions physiques

ET/OU

ses réactions psycho-sociales

ET/OU

son(ses) moniteur(s)

DE PLUS, ce bénéficiaire reçoit ses soins dans une pièce où au moins UN AUTRE bénéficiaire, requiert et PARTAGE durant la même période, une observation systématique constante qui peut alors être qualifiée de PARTAGÉE

L'UTILISATION de ce facteur exige l'inscription au PLAN DE SOINS de l'(des) objet(s) et du(des) moment(s) de l'(des) observation(s) systématique(s) SPÉCIFIQUE(S) requise(s) ainsi que du moment du début et de la fin prévue de l'observation systématique CONSTANTE

On notera que la valeur de ce facteur rend uniquement compte du temps des actions nursing d'observation systématique nécessaires EN DEHORS DES AUTRES ACTIONS NURSING requises par le bénéficiaire, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

* *Observation systématique: examen minutieux fait d'une manière ordonnée ayant pour but de connaître, d'étudier, de vérifier et de contrôler*

DESCRIPTION

UTILISATION

179 **Observation systématique constante exclusive** **1 bénéficiaire** **76**

Observer systématiquement* le bénéficiaire d'une façon ININTERROMPUE (24h/24h)

ET/OU

Observer un ou des moniteur(s)

ET/OU

Vérifier la calibration du(des) moniteur(s), s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une OBSERVATION SYSTÉMATIQUE CONSTANTE de:

son comportement

ET/OU

ses attitudes

ET/OU

ses réactions physiques

ET/OU

ses réactions psycho-sociales

ET/OU

son(ses) moniteur(s)

DE PLUS, ce bénéficiaire est SEUL dans sa chambre OU il est LE SEUL, dans la pièce où il reçoit ses soins, à requérir durant la même période, une observation systématique constante qui peut alors être qualifiée d'EXCLUSIVE

L'UTILISATION de ce facteur exige l'inscription au PLAN DE SOINS de l'(des) objet(s) et du(des) moment(s) de l'(des) observation(s) systématique(s) SPÉCIFIQUE(S) requise(s) ainsi que du moment du début et de la fin prévue de l'observation systématique CONSTANTE

On notera que la valeur de ce facteur rend uniquement compte du temps des actions nursing d'observation systématique nécessaires EN DEHORS DES AUTRES ACTIONS NURSING requises par le bénéficiaire, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

* *Observation systématique: examen minutieux fait d'une manière ordonnée ayant pour but de connaître, d'étudier, de vérifier et de contrôler*

DESCRIPTION

UTILISATION

180	Signes vitaux	1-3 fois	1
181	Signes vitaux	4-14 fois	3
182	Signes vitaux	15-24 fois	8
183	Signes vitaux	25 fois ou plus	18

Prendre la température:

- buccale et/ou
- rectale et/ou
- axillaire

ET/OU

Vérifier la pulsation

ET/OU

Compter et/ou écouter le rythme respiratoire

ET/OU

Lire la tension artérielle

ET/OU

Lire la tension pulmonaire centrale

ET/OU

Lire les indices de Sylverman

ET/OU

Irriguer le tube et ajuster l'appareil si la TENSION ARTÉRIELLE ou la TENSION PULMONAIRE CENTRALE son mesurées par cathéter artériel

On utilise l'un de ces facteurs:

pour le bénéficiaire n'ayant pas un moniteur et qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour la prise de ses signes vitaux

OU

pour le bénéficiaire ayant un moniteur et qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour la prise de ses signes vitaux N'APPARAISSANT PAS en lecture directe

Pour ces facteurs, on notera que la TENSION ARTÉRIELLE et/ou la TENSION PULMONAIRE CENTRALE mesurée(s) par l'intermédiaire d'un cathéter artériel est(sont) considérée(s) comme des signes vitaux N'APPARAISSANT PAS en lecture directe

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que la(les) prise(s) de signes vitaux est(sont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- des signes vitaux pris à la MÊME HEURE comptent pour une (1) fois;

ex.: T° à 7h./14h.
Puls. à 7h./14h.
Resp. à 7h./14h.
T.A. à 7h./14h./h.s.

3 fois

DESCRIPTION

UTILISATION

184	Signes vitaux (T.A.: d./a./c.)	1-6 fois	3
185	Signes vitaux (T.A.: d./a./c.)	7 fois ou plus	7

Prendre la température:

- buccale et/ou
- rectale et/ou
- axillaire

ET/OU

Vérifier la pulsation

ET/OU

Compter et/ou écouter le rythme respiratoire

ET/OU

Lire la TENSION ARTÉRIELLE:

- debout et/ou
- assis et/ou
- couché

à la MÊME HEURE

ET/OU

Lire la TENSION ARTÉRIELLE de deux (2) ou trois (3) membres à la MÊME HEURE

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour la prise de ses signes vitaux, et qui requiert en plus, que sa TENSION ARTÉRIELLE soit prise:

dans deux (2) ou trois (3) positions différentes à la MÊME HEURE

ET/OU

à deux (2) ou trois (3) membres différents à la MÊME HEURE

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que la(les) prise(s) de signes vitaux est(ont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- des signes vitaux pris à la MÊME HEURE comptent pour une (1) fois;

ex.: T.A. - bras gauche à 9h./15h.
- bras droit à 9h./15h.

T° à 9h.
Puls. à 9h.
Resp. à 9h.

2 fois

DESCRIPTION

UTILISATION

186	Signes neurologiques	1-11 fois	2
187	Signes neurologiques	12 fois ou plus	6

Vérifier:

- l'état des pupilles
- l'état de conscience
- la sensibilité
- les réflexes
- la motricité

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour la vérification de ses signes neurologiques

On utilise le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que la(les) vérification(s) des signes neurologiques est(sont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- des signes neurologiques pris à la MÊME HEURE comptent pour une (1) fois

DESCRIPTION	UTILISATION
188 Tension veineuse centrale	1-11 fois 3
189 Tension veineuse centrale	12 fois ou plus 8
Vérifier et ajuster le niveau q.8h. s'il y a lieu	On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour la prise de sa tension veineuse centrale
Vérifier et ajuster le débit q.1h.	
Lire la tension veineuse	
Vérifier le site d'injection q.1h.	On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que la(les) lecture(s) de la tension veineuse centrale est(ont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures
Désinfecter le site d'injection	
Changer le pansement quotidiennement	
Changer le soluté	
Changer la tubulure quotidiennement	
Enlever le cathéter de la tension veineuse centrale, s'il y a lieu	

190 **Evaluation: coeur foetal et/ou contractions utérines** **2**

Evaluer le coeur foetal

ET/OU

Evaluer les contractions utérines

On utilise ce facteur pour la future mère qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour l'évaluation:

du rythme cardiaque de son(ses) foetus

ET/OU

de l'intensité, la longueur et le rythme de ses contractions utérines

On notera que la valeur de ce facteur est valide seulement pour les évaluations requises par une bénéficiaire hospitalisée dans une Unité de soins "ante-partum" et est non valide pour les évaluations requises par une future mère prise en charge dans une salle de travail d'une Unité d'obstétrique

DESCRIPTION

UTILISATION

191	Dosage ing. et/ou exc.	1-19 fois	1
192	Dosage ing. et/ou exc.	20-65 fois	4
193	Dosage ing. et/ou exc.	66 fois ou plus	8

Doser les liquides et/ou les solides

Inscrire les quantités sur la feuille de dosage

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour doser ses liquides et/ou ses solides et inscrire les quantités sur sa feuille de dosage

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que l'on doit mesurer et inscrire les ingestas et/ou les excréta du bénéficiaire durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures:

ex.: Ing.: Per os q.8h. (3 fois)
Exc.: Sonde vésicale q.8h. (3 fois)
6 fois

ex.: Ing.: Soluté I.V. q.8h. (3 fois)
Levine q.2h. (12 fois)
Per os nil (0 fois)
Exc.: Sonde vésicale q.1h. (24 fois)
Gomco q.8h. (3 fois)
42 fois

ex.: Ing.: Gavage q.2h. (12 fois)
Soluté I.V.
au bras gauche q.1h. (24 fois)
Soluté I.V.
au bras droit q.1h. (24 fois)
Exc.: Sonde vésicale q.1h. (24 fois)
84 fois

DESCRIPTION

UTILISATION

194	Pesée et/ou mensuration	1 pers. inf.	1
195	Pesée et/ou mensuration	2 pers. inf. ou plus ...	2

Vérifier et ajuster la balance

Aider le bénéficiaire à se dévêtir, s'il y a lieu

Déplacer le(s) tube(s), s'il y a lieu

Placer le bénéficiaire sur la balance

Peser le bénéficiaire

Mesurer la tête et/ou la taille et/ou un(des) membre(s) et/ou d'autres parties du corps

Aider le bénéficiaire à se revêtir, s'il y a lieu

Réinstaller le bénéficiaire, s'il y a lieu

Replacer le(s) tube(s) et l'(les) appareil(s), s'il y a lieu

Peser draps et vêtements, s'il y a lieu

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour:

sa(ses) pesée(s) sur la balance ordinaire ou métabolique

ET/OU

la(les) mesure(s) de sa tête et/ou de sa taille et/ou d'un(de) membre(s) et/ou de d'autres parties de son corps

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE DE MEMBRES du personnel infirmier requis pour chaque pesée et/ou mensuration durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

DESCRIPTION

UTILISATION

196 **Collecte: selles et/ou expectorations** 1

Identifier le(s) contenant(s)

Vérifier la collecte périodiquement et/ou à chaque selle ou expectoration

Déposer les selles et/ou les expectorations dans le(les) contenant(s) approprié(s)

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour le recueil et la conservation de ses selles et/ou de ses expectorations dans le(les) contenant(s) approprié(s)

197 Collecte: urine **2**

Identifier le(s) contenant(s)
Installer le condom ou bassin
Installer le(s) sac(s) collecteur(s) (bébé), s'il y a lieu
Installer le lit métabolique, s'il y a lieu
Conserver l'urine dans les contenants appropriés et sur la glace, s'il y a lieu
Filtrer les urines, s'il y a lieu
Enlever le(s) sac(s) collecteur(s), s'il y a lieu

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour le recueil et la conservation de ses urines

DESCRIPTION

UTILISATION

198	Prél.: sec. et/ou selles et/ou urine (anal. simple)	1-5 fois	1
199	Prél.: sec. et/ou selles et/ou urine (anal. simple)	6 fois ou plus	2

Effectuer le prélèvement:

des sécrétions

ET/OU

des selles

ET/OU

des urines en vue d'une analyse simple

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour:

le(s) prélèvement(s) de ses sécrétions:

- nasales et/ou
- buccales et/ou
- trachéales et/ou
- bronchiques et/ou
- gastriques et/ou
- au niveau de sa(ses) plaie(s)

ET/OU

le(s) prélèvement(s) de ses selles

ET/OU

le(s) prélèvement(s) de ses urines effectué(s) en vue d'une analyse simple

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(les) prélèvement(s) est(sont) requis durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- chaque prélèvement compte pour une (1) fois

200 **Prél.: culture d'urine** **guider et diriger** **2**

Préparer le matériel, s'il y a lieu

Guider et diriger le bénéficiaire pour:

- effectuer la désinfection de ses organes génitaux ou de son(s) cathéter(s) urinaire(s)
- prélever un(des) échantillon(s) de ses urines en vue d'une culture

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, d'être GUIDÉ et DIRIGÉ pour effectuer un(des) prélèvement(s) de ses urines d'une manière STÉRILE en vue de culture

201 **Prél.: culture d'urine (aide complète)** **1-2 fois** **2**
 202 **Prél.: culture d'urine (aide complète)** **3 fois ou plus** **5**

Préparer le matériel, s'il y a lieu

Effectuer la désinfection et le prélèvement

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE COMPLÈTE pour:

la(les) désinfection(s) des organes génitaux et le(s) prélèvement(s) des urines fait(s) d'une manière stérile en vue de culture(s)

OU

le prélèvement des urines de façon stérile en vue de culture(s) au moyen de la sonde uréthrale ou de la(des) sonde(s) urétérale(s)

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(les) prélèvement(s) est (sont) requis durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- pour le bénéficiaire NON porteur d'une sonde chaque prélèvement compte pour une (1) fois
- pour le bénéficiaire porteur d'une ou de plusieurs sonde(s), chaque prélèvement sur chaque sonde compte pour une (1) fois

DESCRIPTION

UTILISATION

203 Prélèvement et ensemencement des sécrétions oculaires 3

Effectuer le prélèvement des sécrétions oculaires au moyen d'une tige de platine

Ensemencer immédiatement

Désinfecter la tige de platine entre chaque prélèvement

On utilise ce facteur pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour le(les) prélèvement(s) et l'(les) ensemencement(s) de ses sécrétions oculaires effectués de façon consécutives à son chevet

DESCRIPTION

UTILISATION

204	Prélèvement: sang	1-3 fois	2
205	Prélèvement: sang	4-8 fois	6
206	Prélèvement: sang	9 fois ou plus	13

Désinfecter la peau

Effectuer le prélèvement

Recueillir le sang dans le(s) tube(s) approprié(s)

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour un(des) prélèvement(s) de sang au moyen de:

- ponction veineuse
- cathéter artériel (gazométrie sanguine)
- "micro-méthode"

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(les) prélèvement(s) de sang est(sont) requis durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- chaque ponction compte pour une (1) fois

DESCRIPTION

UTILISATION

207	Test simple à l'Unité	1-8 fois	2
208	Test simple à l'Unité	9 fois ou plus	6

Effectuer l'analyse sur:

- l'urine et/ou
- les selles et/ou
- les sécrétions et/ou
- le sang

dans l'Unité de soins

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE PARTIELLE ou COMPLÈTE pour tout genre de test chimique simple et rapide effectué à l'Unité de soins par le personnel infirmier; par exemple:

- clinitest-acétest
- hématest
- densité urinaire

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que le(s) test(s) simple(s) est(sont) requis durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- chaque test simple compte pour une (1) fois

DESCRIPTION

UTILISATION

209	Routine respiratoire	1-4 fois	1
210	Routine respiratoire	5 fois ou plus	4

Procéder à la mesure d'un ensemble de paramètres pulmonaires:

- la capacité vitale et/ou
- la force inspiratoire et/ou
- la ventilation-minute et/ou
- le volume courant

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire avec respirateur, qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE COMPLÈTE pour la(les) mesure(s) de la routine respiratoire

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que la(les) mesure(s) d'un ENSEMBLE de paramètres pulmonaires du bénéficiaire est(sont) requise(s) durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant la règle suivante:

- une (1) mesure d'un (1) ensemble de paramètres pulmonaires compte pour une (1) fois: étant entendu qu'un (1) ensemble peut comprendre un ou plusieurs paramètres pulmonaires

DESCRIPTION

UTILISATION

211	Ass.: examen ou R.X. (pr.c.)	1-2 examens	2
212	Ass.: examen ou R.X. (pr.c.)	3 examens ou plus ...	4

Préparer la chambre ou la salle d'examen

Préparer et installer le bénéficiaire

Assister le médecin et/ou le technicien pendant
TOUTE la durée de l'examen

ET/OU

Exécuter l'examen

ET/OU

Assurer la PRÉSENCE d'un membre du personnel infirmier pendant TOUTE la durée de l'examen

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures, une AIDE ou une PRÉSENCE du personnel infirmier pendant TOUTE la durée de l'un et/ou l'autre des examens suivants:

- examen physique
- examen gynécologique
- examen radiologique
- E.C.G.
- E.E.G.
- autres du même type

pour assister le médecin et/ou le technicien à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Unité de soins

ET/OU

pour l'exécuter

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE D'EXAMENS pour lequel(lesquels) le bénéficiaire requiert une aide ou une présence du personnel infirmier, pendant TOUTE la durée du(des) examens, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

DESCRIPTION

UTILISATION

213	Ass. M.D.: intervention (pr.c.)	1 fois	8
214	Ass. M.D.: intervention (pr.c.)	2 fois ou plus	16

Préparer la chambre ou la salle d'examen
 Préparer et installer le bénéficiaire
 Assister le médecin pendant TOUTE la durée de l'intervention

ET/OU

Mesurer la tension oculaire

On utilise l'un de ces facteurs pour le bénéficiaire qui requiert, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures une AIDE du personnel infirmier:

pour assister le médecin à l'intérieur ou à l'extérieur de l'Unité de soins, pendant TOUTE la durée de l'une et/ou l'autre des interventions suivantes:

- ponction pleurale
- ponction lombaire
- ponction d'ascite
- ponction sternale
- dissection veineuse
- amniocentèse
- tension oculaire
- autres du même type

ET/OU

pour mesurer sa TENSION OCULAIRE quatre (4) fois ou plus

On choisit le facteur correspondant au NOMBRE TOTAL DE FOIS que l'assistance du personnel infirmier est requise, pendant TOUTE la durée de l'(des) intervention(s) ET/OU pour les mesures de la tension oculaire, durant la prochaine période de vingt-quatre (24) heures

Le nombre total de fois est calculé en utilisant les règles suivantes:

- assister le médecin pendant toute la durée d'une (1) intervention compte pour une (1) fois
- mesurer la TENSION OCULAIRE quatre (4) fois ou plus durant une période de vingt-quatre (24) heures compte pour une (1) fois

6. SIGNIFICATION DU NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS

On se rappellera que l'objectif poursuivi par le MODULE DE MESURE du système PRN est de mesurer la quantité de personnel infirmier requise dans chaque Unité de soins à chaque quart de travail pour donner les soins infirmiers requis par *l'ensemble des bénéficiaires* en se fondant principalement sur la planification des soins de chaque bénéficiaire réalisée par l'infirmière à partir d'une collecte systématique de données visant à identifier ses besoins et ses problèmes bio-psycho-sociaux.

L'idée est donc de partir des soins planifiés (prévus), de mesurer leur NIVEAU et de s'en servir comme indicateur (en plus d'autres indicateurs dont nous parlerons plus loin) pour obtenir *la mesure recherchée* de la quantité totale de personnel requise par Unité de soins par quart de travail. Le NIVEAU n'est qu'un *intermédiaire*, il n'est donc pas recherché pour lui-même mais plutôt en vue de l'obtention d'une autre mesure plus globale qui est la seule à laquelle les gestionnaires des soins infirmiers accordent une signification opérationnelle. Ceci étant dit, il nous reste à expliquer comment le NIVEAU joue son rôle d'intermédiaire.

Il existe de nombreuses façons d'obtenir une mesure de la quantité de personnel infirmier requise par Unité de soins par quart de travail. Le recours au NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS, prévus pour le bénéficiaire pour les prochaines vingt-quatre heures est propre au système PRN. Les autres systèmes^{13 14 15 21 22} utilisent d'autres mesures intermédiaires qu'il serait trop long de discuter dans ce texte.

L'idée de recourir au NIVEAU procède du bon sens. Quoi de plus facile en effet pour obtenir la quantité totale des soins requis par les bénéficiaires que d'additionner les quantités de soins requis par chacun d'entre eux et quoi de plus facile aussi pour obtenir la quantité de soins requis par un bénéficiaire que d'additionner les temps de chacune des actions nursing planifiées (prévues) pour lui. L'idée n'est cependant simple qu'en apparence et sa réalisation n'est aisée qu'à première vue.

Le problème réside non pas dans le postulat d'additivité (les temps de soins totaux sont nécessairement le résultat de l'addition de temps de soins élémentaires) mais plutôt dans la détermination des temps des soins élémentaires (en pratique, des temps des actions nursing) et dans le passage du REQUIS PRÉVU au REQUIS RÉEL. Nous traiterons d'abord de la première difficulté et de la façon dont nous l'avons résolue.

"Une action nursing diffère d'un bénéficiaire à l'autre à plusieurs égards dépendamment de leurs problèmes respectifs. Par exemple un bénéficiaire aura besoin de plus d'information quant à telle technique de soins, un autre sera plus sensible à la douleur, un autre aura une problématique tout à fait différente"²³. Il est donc impossible de déterminer la durée exacte et définitive d'une action nursing puisque cette durée dépend à la fois du BÉNÉFICIAIRE pour lequel elle est exécutée, mais aussi du(des) membre(s) du PERSONNEL infirmier qui l'exécute(nt), et du CONTEXTE ORGANISATIONNEL, SPATIAL et TEMPOREL dans lequel elle est exécutée.

On peut régler partiellement le problème du contexte spatial (disposition physique des lieux) et organisationnel, en ignorant en ce qui regarde la détermination du temps de chaque action nursing, les déplacements reliés à l'action nursing dont la quantité et la durée dépendent évidemment de l'environnement physique dans laquelle elle est exécutée et de la façon dont les soins sont organisés.

Par ailleurs, certaines des procédures reliées à une action nursing, exécutées au chevet du bénéficiaire (soins directs) dans tel hôpital ou telle Unité de soins seront exécutées à un autre endroit de l'Unité de soins (soins indirects) dans tel ou tel autre hôpital. La répartition du temps consacré à une action nursing entre les catégories "soins directs" et "soins indirects" varie donc d'un hôpital à l'autre ou d'une Unité de soins à l'autre. Une solution pour régler ce problème est de déterminer le temps de l'action nursing en considérant tous (à l'exception des déplacements) les actes qu'elle englobe (se reporter à la définition de l'action nursing et de la valeur d'un facteur) faisant abstraction de l'endroit (chevet ou non) où ces actes sont posés*.

En ce qui concerne le problème du contexte humain, deux études conduites indépendamment^{16 20} ont mis en évidence le fait que le temps d'une action nursing ne dépend pas de la quantité de soins totale requise par le bénéficiaire (ou encore de la sévérité de son état) ni de la catégorie de personnel (infirmière, infirmière-auxiliaire...) qui exécute l'action nursing. Cette constatation règle le cas de deux variables importantes mais restent les autres:

- du côté du personnel: expérience, compétence, habileté, ...etc.
- du côté du bénéficiaire: problématique, âge, sexe, poids ...etc.

Pour neutraliser les problèmes de variation, du temps des actions nursing, en fonction des "besoins", "problèmes" ou en général "caractéristiques" du bénéficiaire receveur de celles-ci, nous avons eu recours au concept de BESOIN SPÉCIFIQUE et à la notion d'ENTREFILET qui lui correspond dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU. Le nombre "magique" dans la FORMULE n'est pas celui (214) de facteurs mais bien celui d'entrefilets, à savoir quatre vingt-cinq (85). Ce nombre signifie que la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU répertorie explicitement** 85 besoins spécifiques différents des bénéficiaires. On aurait pu, à la limite, si on s'était contenté d'une mesure relativement grossière du niveau des soins requis prévus pour le bénéficiaire, ne créer qu'un facteur par besoin spécifique. Dans ce cas, la formule n'aurait contenu que 85 facteurs, les concepts de facteur et d'entrefilet se confondant. C'est ainsi que la différence entre le nombre de facteurs (214) et le nombre d'entrefilets (85) mesure l'effort qui a été fait pour tenir compte de la diversité des bénéficiaires en regard de chaque besoin spécifique. En d'autre terme, tous les facteurs contenus dans un entrefilet sont des variations sur un même thème qui est le besoin spécifique correspondant à l'entrefilet en question. On arrive à l'aide de cette modulation à rendre compte, de façon assez précise des variations quantitatives d'un même besoin spécifique en fonction des "caractéristiques" des bénéficiaires. Pour arriver à cela, on a, selon les besoins spécifiques, procédé de différentes façons:

- soit en créant directement un facteur pour certaines catégories de bénéficiaires; en particulier pour les bébés.

* le problème de la dépendance du contexte organisationnel surgit aussi en regard du calcul du NIVEAU DES SOINS REQUIS quand on additionne les temps des actions nursing requises, prévues pour le bénéficiaire (i.e.: dans notre terminologie, les VALEURS des FACTEURS). En effet, certains actes qui dans certains hôpitaux sont posés systématiquement par les médecins ou d'autres professionnels, le sont par les infirmières ailleurs. Dès lors, si l'on s'accorde sur l'objectif final de calcul de la quantité de personnel infirmier requise par unité de soins par vingt-quatre (24) heures, il faut pour éviter que cette "variabilité organisationnelle" ne pénalise certains hôpitaux, scinder, au moment de la création des facteurs, en deux parties les actions nursing affectées par le phénomène en question, conservant dans un facteur les actes qui sont toujours posés par les infirmières et dans un autre facteur, les actes qui dépendamment des hôpitaux, sont soit posés par les infirmières, soit par d'autres professionnels.

** implicitement, la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU rend en fait compte de tous les besoins spécifiques des bénéficiaires. Le nombre de ceux-ci est difficile à établir puisqu'il varie selon la façon dont on les détaille. Le nombre de 85 correspond au niveau de détail qui a été jugé suffisant par les experts qui ont construit le PRN 80 pour rendre compte adéquatement du niveau des besoins des bénéficiaires.

- soit en introduisant dans la définition des facteurs, la notion de *nombre de membres du personnel infirmier* impliqués dans l'exécution des actions nursing correspondantes; cette spécification permet de tenir compte indirectement de certaines caractéristiques du bénéficiaire, comme l'âge, le poids, la sévérité des problèmes ...etc.
- soit en créant des facteurs pour chacune des modalités concurrentes de satisfaction d'un même besoin spécifique. Ces modalités étant elles-mêmes choisies par l'infirmière en fonction des problèmes ou caractéristiques du bénéficiaire. Par modalité nous entendons aussi bien:
 - des modes de prise en charge compensatoire différents: soutien, conseil et orientation, prise en charge partielle, prise en charge complète
 - des actions nursing différentes
 - des intensités ou des ampleurs différentes d'une même action nursing
 - des fréquences différentes d'une même action nursing

On notera en particulier le caractère en apparence erratique des *découpages d'ampleur*, d'intensité et de fréquences. Ces découpages sont très différents d'un entrefilet à l'autre. Ils n'ont cependant pas été choisis au hasard. Le découpage propre à un entrefilet rend compte des niveaux possibles (en pratique) du besoin spécifique correspondant à cet entrefilet; en d'autre terme, le découpage d'un entrefilet résulte de la reconnaissance, par les experts, de clientèles quantitativement et éventuellement qualitativement*, différentes en ce qui concerne le besoin spécifique relié à cet entrefilet.

Dans cette perspective, on ne s'étonnera pas de constater par exemple, que le "nombre de points par fois" n'est pas constant dans un entrefilet: cela tient au fait que le temps de l'action nursing est lié aux caractéristiques du bénéficiaire de la même façon que la fréquence (le nombre de fois) de l'action nursing l'était.

On remarquera de plus que le concept de facteur, plus précisément le fait que les facteurs correspondent à une période de vingt-quatre (24) heures permet de contourner la difficulté engendrée par une autre source de variation (contexte temporel) du temps des actions nursing. La variation en question est celle qui veut que pour un certain nombre d'actions nursing, chaque exécution de celle-ci dans le courant de la journée ne prend pas nécessairement le même temps; la première exécution le matin peut prendre deux fois plus de temps par exemple que les autres exécutions dans le courant de la journée. Ce phénomène contribue aussi à l'explication de la non linéarité** du poids des facteurs d'un même entrefilet, mentionnée ci-dessus.

Enfin, toujours en ce qui concerne, le contexte temporel, il est évident que les techniques de soins évoluant constamment, le temps des actions nursing est appelé à varier en fonction de cette évolution. Il n'y a qu'une façon de résoudre ce problème: celle de revoir périodiquement la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU pour enlever les facteurs correspondants à des actions nursing qu'on ne fait plus, ajouter des facteurs pour rendre compte des nouvelles actions nursing, ou encore modifier les facteurs dont les actions nursing correspondantes ont subi des mutations. C'est la stratégie que nous avons adoptée depuis 7 ans et qui veut que la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU est, tout comme les soins et en parallèle avec ceux-ci, en constante évolution.

Nous sommes maintenant en mesure de récapituler.

* deux clientèles sont qualitativement différentes en regard d'un besoin spécifique si elles requièrent des actions nursing différentes pour la satisfaction de ce besoin.

** par **linéarité**, on entend le fait que si "deux fois l'action nursing = 6 points", "quatre fois l'action nursing = 12 points". En cas de **non linéarité**, ceci n'est plus vrai; ainsi si "deux fois = 6 points", quatre fois pourra valoir par exemple, 9 points.

Le temps d'une action nursing varie avec le bénéficiaire concerné, avec le personnel qui l'exécute, avec l'environnement (physique, et organisationnel), avec le moment de la journée et avec l'écoulement du temps. Il est donc difficile d'associer une durée précise à une action nursing donnée. Ce n'est cependant pas impossible; on peut atteindre un degré de précision acceptable:

- 1° en éliminant en partie les sources de variation dues à l'environnement en "jouant" sur la définition (le contenu) des actions nursing:
 - élimination des déplacements
 - fusion des actes de soins directs et indirects
 - (subdivision plus fine des actions nursing - pour le calcul du niveau)
- 2° en éliminant en partie les sources de variation dues au bénéficiaire
 - en recourant aux concepts de facteur et d'*entrefilet* ce qui revient en fait à associer une durée différente à la même action nursing en fonction des "caractéristiques" des bénéficiaires
- 3° en éliminant en partie les sources de variation dues au moment de la journée
 - en recourant au concept de facteurs recouvrant une *période de vingt-quatre heures*
- 4° en éliminant les variations liées à l'écoulement du temps en soumettant la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU à un processus de revision permanent

Reste à analyser le problème de l'influence des caractéristiques du soignant (on se rappellera cependant que sa catégorie d'emploi n'a pas d'influence) sur la durée des actions nursing. Il ne fait aucun doute que deux personnes différentes consacreront un temps différent à l'exécution d'une action nursing, toutes choses étant par ailleurs égales. Le problème était donc pour les comités de se donner une sorte de "soignant prototype" et d'évaluer le temps pour ce soignant là. En fait, le concept qui est sorti des discussions des comités, n'est pas celui du soignant prototype mais plutôt celui d'une équipe prototype que nous avons appelée "*l'équipe soignante normale*". On peut expliquer l'émergence spontanée de ce concept lors des discussions des comités si l'on note que tous les membres du personnel étant très différents entre eux, il est difficile de s'en faire une image type, alors qu'en ce qui concerne les équipes soignantes, elles sont plus homogènes* (en terme d'expérience, de formation, de jugement, d'habileté de leurs membres considérés tous ensemble) et donc admettent plus facilement une représentation de référence, un prototype. Cette notion d'équipe soignante normale étant tout à fait compatible avec l'objectif que nous poursuivons (la mesure de la quantité *totale* de personnel requise dans une unité de soins pendant un quart), le temps des actions nursing a été déterminé par les comités en référence à ce concept avec lequel ils se sentaient à l'aise.

* sans doute parce que les gestionnaires essayent de constituer de véritables équipes, c'est-à-dire de regrouper des personnes ayant des qualités complémentaires, et parce que chaque équipe a des mécanismes autorégulateurs qui lui permettent de rencontrer les standards de qualité des soins et de productivité proposés par les gestionnaires à l'ensemble des Unités de soins de l'hôpital. C'est à ces derniers standards que nous faisons référence quand nous parlons de "pratique reconnue comme NORMALE". Nous y reviendrons plus loin plus en détail. Notons cependant que la formulation "équipe NORMALE - pratique NORMALE" est redondante puisque l'équipe normale est constituée de façon à rendre possible l'exercice d'une pratique normale. L'équipe normale est une condition nécessaire, mais non suffisante, à l'exercice d'une pratique normale. Nous avons voulu conserver cette formulation redondante dans le texte pour rendre plus explicite la mécanique de "pensée" des comités qui pour se faciliter la tâche, ont isolé du concept de "pratique normale" que nous leur avons proposé (voir plus loin), celui plus restrictif "d'équipe normale".

La VALEUR d'un facteur rend donc finalement compte, en équivalents de minutes ou points (un point = cinq minutes) du TEMPS TOTAL qu'un ou plusieurs membres d'une équipe soignante NORMALE, à quelque catégorie qu'il(s) appartienne(nt), consacre(nt), en exerçant une pratique reconnue comme NORMALE, à l'exécution, un certain nombre de fois durant une période de vingt-quatre heures, de l'(des) action(s) nursing représentée(s) par le facteur, pour le bénéficiaire MOYEN de la catégorie de bénéficiaires (par exemple: bénéficiaires autonomes pour leur toilette) pour laquelle le facteur a été créé. La valeur d'un facteur prend en considération tous les actes spécifiques et de support englobés par cette(ces) action(s) nursing, qu'ils soient posés en présence (SOINS DIRECTS) ou non (SOINS INDIRECTS) du bénéficiaire, qu'ils soient physiques, verbaux ou mentaux, à l'EXCEPTION des déplacements liés à l'(aux) action(s) nursing.

Il est dès lors inexact de dire que le niveau des soins infirmiers requis tel que calculé à l'aide de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, est une mesure absolue de la durée totale des soins requis, prévus pour un bénéficiaire donné pour vingt-quatre heures.

Le niveau mesure en fait la durée totale des soins requis, prévus pour le bénéficiaire MOYEN de la catégorie* à laquelle appartient le bénéficiaire considéré, quand ce bénéficiaire moyen est soigné par une équipe soignante NORMALE exerçant une pratique reconnue comme NORMALE.

De plus, cet énoncé n'est vrai que si les deux principes suivants sont respectés:

- 1° *principe d'exhaustivité*: quelle que soit l'action nursing prévue pour un bénéficiaire, il existe dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, un ou plusieurs facteur(s) rendant compte de l'ensemble des composantes de cette action nursing.
- 2° *principe d'exclusion*: si deux ou plusieurs facteurs sont concurrents, c'est-à-dire recouvrent en partie les mêmes actes, un seul de ceux-ci peut s'appliquer pour un bénéficiaire donné pendant une période de vingt-quatre heures.

La création des entrefilets et le respect de la règle d'utilisation les concernant assure le respect du principe d'exclusion. En ce qui concerne le principe d'exhaustivité, les quatre-vingt-cinq besoins spécifiques repertoriés dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU couvrent pratiquement tous les besoins** du bénéficiaire et donc toutes les actions nursing qui peuvent les satisfaire. Deux exceptions ont cependant été consenties *intentionnellement* au principe d'exhaustivité. La première a trait à l'exclusion, motivée plus haut, de la composante "déplacements" des actions nursing dans le calcul de la durée de celles-ci. La seconde consiste en l'exclusion de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, d'une

* Une catégorie est caractérisée par la combinaison des catégories auxquelles le bénéficiaire appartient dans chaque entrefilet, en bref par le PROFIL du bénéficiaire formulé en terme de facteurs.

** A noter que certains besoins spécifiques n'apparaissent qu'indirectement dans la liste des facteurs. Il en va ainsi par exemple du besoin spécifique de "maintien d'une température normale" dont on tient compte dans les facteurs "Soins d'hygiène...", "Vêtements civils", "Friction et installation", "Application de sac de glace..." et dans l'acte de support: "Ranger la chambre" qui inclut entre autre le maintien d'une climatisation adéquate. Il en va aussi ainsi du besoin spécifique de "Pratiquer sa foi" dont on tient compte au niveau des facteurs de communication. De la même façon pour le besoin spécifique de "Repos et Sommeil", on en tient compte au niveau du rangement de la chambre (assurer obscurité et tranquillité), des facteurs de communication (calmer le bénéficiaire, apaiser ses inquiétudes), d'installation et confort et, éventuellement, de médication.

certaine classe d'actions nursing que nous désignons sous le nom générique de C.S.B.: "Communications *verbales* ou *écrites* des membres du personnel au sujet du bénéficiaire"

- avec les médecins
- avec les autres professionnels
- avec les autres services
- avec les proches du bénéficiaire
- ou encore entre eux (y compris la planification des soins et les inscriptions au dossier du bénéficiaire ou autres).

Cependant, de la même façon que pour les déplacements liés aux actions nursing, nous avons tenu compte du temps des C.S.B. par un autre biais dans le calcul du personnel requis dans chaque unité de soins à chaque quart (voir chapitre 8). On peut donc accepter la définition du niveau formulée précédemment en lui ajoutant: à l'*exception de la durée des déplacements associés aux actions nursing et des C.S.B.*

Le niveau étant ce qu'il est, il doit être considéré plutôt comme un *indicateur* que comme une *mesure absolue* de la quantité des soins requis, prévus pour un *bénéficiaire donné*. Le problème de la mesure de la durée totale des soins requis par l'*ensemble des bénéficiaires* d'une Unité de soins un quart de travail donné, se pose quant à lui dans des termes différents. En effet, en ce qui concerne le personnel infirmier d'une Unité de soins, il est raisonnable de postuler qu'il constitue effectivement une "équipe soignante normale" au sens précisé plus haut. En ce qui concerne les bénéficiaires, on peut faire l'hypothèse que le temps plus long (que celui postulé par la valeur du facteur correspondant) requis par l'un pour une action nursing est contrebalancé par le temps plus court requis par le même ou par un autre pour la même ou une autre action nursing (hypothèse d'un phénomène de moyenne jouant à la verticale, à l'horizontale et en diagonale). Il est hautement invraisemblable, étant donné le nombre de bénéficiaires que l'on retrouve dans une unité de soins et le nombre de "facteurs" requis par chacun d'eux, qu'une certaine forme de loi de la moyenne ne soit pas en opération. Le fait que tous les bénéficiaires présents dans une Unité de soins soient simultanément au plus mal, ou simultanément au mieux, est certainement un événement rare. En pratique, on peut donc admettre que, la loi de la moyenne jouant*, la somme des niveaux de soins requis prévus pour les bénéficiaires est un bon estimateur de la durée totale des soins requis prévus pour les bénéficiaires présents dans l'Unité, et soignés par le personnel de l'Unité.

Reste la deuxième question: la somme des niveaux de *soins requis prévus* pour les bénéficiaires pour les prochaines vingt-quatre heures est-elle un bon estimé de la somme des niveaux de *soins requis réellement* par ces mêmes bénéficiaires pendant cette période de vingt-quatre heures?

On remarquera que nous ne posons pas la question en regard du NIVEAU DES SOINS DU BÉNÉFICIAIRE INDIVIDUEL puisque c'est seulement la somme des niveaux de tous les bénéficiaires qui importe. La question est importante, puisqu'étant donné le mode d'utilisation *prospectif* de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU (calcul à l'avance du NIVEAU), on ignore:

- le niveau des soins requis par les bénéficiaires qui seront admis durant le quart de travail
- les IMPREVUS qui peuvent affecter le niveau des soins *aussi bien* à la hausse qu'à la baisse

* une façon de visualiser cette loi de la moyenne est de remarquer que la durée totale des soins requis par les bénéficiaires peut aussi s'obtenir par addition des VALEURS-UNITÉ des facteurs requis par l'ensemble des bénéficiaires de l'Unité de soins. Par VALEURS-UNITÉ d'un facteur on entend le produit de la **valeur** du facteur par le **nombre de bénéficiaires de l'Unité** de soins qui requièrent le facteur.

De plus les règles d'utilisation de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU veulent que

- pour les bénéficiaires qui recevront probablement leur congé (ou encore seront transférés, ou éventuellement décéderont durant le prochain quart), on fasse abstraction de ces phénomènes, i.e. on prévoit les soins *comme si* le bénéficiaire allait rester dans l'Unité et donc requérir des soins pendant *tout* le quart
- pour les bénéficiaires qui iront en salle d'opération ou d'examen au prochain quart, on ne tienne compte que des procédures pré-opératoires ou pré-examens prévues, ignorant le fait que ces bénéficiaires seront absents de l'Unité de soins pendant une certaine période (ce qui entraîne une surestimation des soins réellement requis) et le fait qu'ils reviendront dans l'Unité en requérant probablement plus de soins (ce qui implique une sous-estimation des soins réellement requis).

Actuellement dans le système PRN, on fait l'*hypothèse* que la somme des niveaux de *soins requis prévus* pour tous les bénéficiaires de l'Unité est égale à la somme des niveaux de *soins réellement requis* et on ne tient donc pas compte de façon prospective, des phénomènes ci-dessus: admissions, phases post-opératoires et phases post-examens, départs (congé, décès, transferts internes et externes) et imprévus. Il est en effet raisonnable de penser qu'au niveau de l'Unité de soins, la sous-estimation (des soins réellement requis par les soins requis prévus) que ces phénomènes entraînent pour une partie des bénéficiaires est compensée par la surestimation qu'ils impliquent pour les autres bénéficiaires. Cet argument doit cependant être vérifié scientifiquement et selon qu'il s'avèrera faux ou vrai, une correction devra être apportée ou non, à la somme des niveaux de soins requis prévus. A cette fin nous avons fait une collecte de données sur tous les soins requis prévus et réellement requis par un échantillon de 890 bénéficiaires pendant un quart de travail*. Nous analyserons systématiquement ces données lorsque les contingences nous le permettront! Il reste cependant, qu'une analyse préliminaire de celles-ci indique que ces phénomènes ont des répercussions "quantitatives" très limitées**. Ainsi donc, si une correction à la hausse ou à la baisse des normes PRN s'impose pour tenir compte de ceux-ci, il est probable qu'elle sera de peu d'ampleur. L'analyse de cette question présente en fait surtout de l'intérêt du point de vue scientifique. Du point de vue pratique, cela ne changera sans doute pas grand chose. La FORMULE DE MESURE DU NIVEAU est donc opérationnelle dans sa forme actuelle où on ne tient pas compte explicitement de ces phénomènes.

Nous verrons, dans le chapitre 8 décrivant le MODULE DE MESURE du système PRN, comment les niveaux de soins des bénéficiaires s'ajoutent à d'autres normes pour produire un estimé global du personnel requis dans chaque Unité de soins à chaque quart de travail.

* les observations ont été faites de jour, de soir et de nuit, en semaine comme en fin de semaine

** au total, pour les 890 bénéficiaires observés dans toutes les spécialités, l'excès du requis réel sur le requis prévu a été de 1,9%

7. LA MÉTHODE DE CONSTRUCTION DE LA FORMULE DE MESURE DU NIVEAU

Nous allons maintenant expliquer comment nous avons procédé pour construire une liste exhaustive de facteurs *mutuellement exclusifs* dont la valeur respective rend compte du temps total qu'un ou plusieurs membres d'une équipe soignante normale consacre(nt), en exerçant une pratique reconnue comme normale, à l'exécution, un certain nombre de fois durant une période de vingt-quatre heures, de la(des) action(s) nursing requise(s) par le bénéficiaire moyen de la catégorie de bénéficiaire pour laquelle le facteur a été créé.

De façon très schématique, les étapes de la construction de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU, partant du PRN 74, ont été les suivantes: (figure 3)

1. **PRN 74:** étape initiale
 - 1.1: \pm 100 infirmières soignantes de pédiatrie établissent les plans de soins de 80 "bénéficiaires prototypes" et déterminent (subjectivement) le temps de chacune des actions nursing de chacun des plans de soins
 - 1.2: un comité d'experts établit une liste exhaustive d'actions nursing et détermine par CONSENSUS le temps requis par chacune (sans connaître les données recueillies en 1.1)
 - 1.3: échantillon de 700 plans de soins de bénéficiaires en pédiatrie collectés pendant le projet IRODOM
2. **PRN 74:** mise en commun par le comité d'experts des informations produites à l'étape 1, consultation d'infirmières soignantes et production de la liste de FACTEURS de la FORMULE PRN 74 de MESURE DU NIVEAU
3. **PRN 74:** validation de cette formule par les infirmières soignantes, implantation pilote, rétroaction, révision par le comité d'experts (2 cycles) et implantation pendant 2 ans de la FORMULE PRN 74 DE MESURE DU NIVEAU dans un hôpital pédiatrique
4. **PRN 76: (1ère version):** étape initiale
 - 4.1: \pm 300 infirmières soignantes de deux hôpitaux établissent les plans de soins de 150 "bénéficiaires prototypes" de médecine, chirurgie, gynécologie, postpartum, soins intensifs et coronariens, et déterminent (subjectivement) le temps de chacune des actions nursing de chacun des plans de soins
 - 4.2: un comité d'experts revoit et complète la liste des actions nursing de pédiatrie pour obtenir une liste exhaustive des actions nursing exécutées dans les spécialités mentionnées en 4.1, et détermine par CONSENSUS le temps requis par chacune (sans connaître les données recueillies en 4.1)
 - 4.3: recueil d'une banque de 2600 plans de soins dans les Unités de médecine, chirurgie... de deux hôpitaux
 - 4.4: feedback des usagers cliniques de la FORMULE PRN 74 DE MESURE DU NIVEAU après deux années d'utilisation régulière

5. **PRN 76: (1ère version):** mise en commun par le comité d'experts des informations produites à l'étape 4; consultation d'infirmières soignantes et cliniciennes; production de la liste de FACTEURS de la FORMULE PRN 76 (1ère version) de MESURE DU NIVEAU
6. **PRN 76: (1ère version):** validation de cette formule par les infirmières soignantes, implantation pilote, rétroaction, révision par le comité d'experts (2 cycles complets); implantation pendant 2 ans de la FORMULE PRN 76 (1ère version) de MESURE DU NIVEAU dans cinq hôpitaux universitaires dont un pédiatrique
7. **PRN 76: (2ième version):** étape initiale
 - 7.1: recueil d'une banque complémentaire de 2300 plans de soins dans neuf hôpitaux dans toutes les Unités de soins (84), exceptés soins prolongés et psychiatrie
 - 7.2: feedback des usagers cliniques de la FORMULE PRN 76 (1ère version) après deux années d'utilisation régulière
8. **PRN 76: (2ième version):** mise en commun par le comité d'experts des informations produites à l'étape 7; consultation d'infirmières soignantes et cliniciennes; production de la liste de FACTEURS de la FORMULE PRN 76 (2ième version) de MESURE DU NIVEAU
9. **PRN 76: (2ième version):** validation de la FORMULE par les infirmières soignantes; rétroaction, révision par le comité d'experts; implantation pendant 2 ans de la FORMULE PRN 76 (2ième version) de MESURE DU NIVEAU dans vingt hôpitaux dont quatre à l'extérieur du Québec
10. **PRN 80: étape initiale**
 - 10.1: 32 infirmières soignantes de 7 hôpitaux établissent les plans de soins de \pm 150 bénéficiaires prototypes de soins prolongés, de psychiatrie et d'hébergement
 - 10.2: recueil d'une banque de données de 800 plans de soins de patients de soins prolongés et d'hébergement dans 7 centres
 - 10.3: recueil d'une banque de données supplémentaire de 890 plans de soins de bénéficiaires de toutes les spécialités dans 4 centres
 - 10.4: feedback des usagers cliniques de la FORMULE PRN 76 (2ième version) après deux années d'utilisation régulière
11. **PRN 80: comités**
 - 11.1: le comité d'experts des soins prolongés et d'hébergement sur la base des informations recueillies à l'étape 10 prépare une proposition de modification de la FORMULE PRN 76 (2ième version) pour qu'elle soit adaptée aux soins prolongés
 - 11.2: le comité d'experts des soins psychiatriques sur la base des informations recueillies à l'étape 10 prépare une proposition de modification de la FORMULE PRN 76 (2ième version) pour qu'elle soit adaptée aux soins psychiatriques
 - 11.3: mise en commun par le comité général d'experts des informations produites à l'étape 10 et des propositions des sous-comités (étapes 11.1 et 11.2) pour produire la liste des FACTEURS de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU
12. **PRN 80:** validation de la FORMULE par les infirmières soignantes, rétroaction et révision par le comité d'experts (2 cycles); implantation projetée dans les hôpitaux déjà utilisateurs du système PRN 76 (2e version) en 1981

Ce long processus est schématisé à la figure 4. On peut en dégager les caractéristiques essentielles de la méthode de construction et validation de la FORMULE PRN DE MESURE DU NIVEAU. A une quelconque étape du processus:

- 1° on part avec les informations suivantes:
 - collection de plans de soins de bénéficiaires (nous avons actuellement une collection de \pm 7000 plans de soins dont 4300 sur ordinateur. Ces plans de soins ont été recueillis* dans approximativement 150 Unités de soins de 16 centres différents)
 - collection de plans de soins de "bénéficiaires prototypes" des différentes spécialités. Ces plans de soins sont préparés par des infirmières soignantes. Elles fournissent en plus le temps d'exécution de chacune des actions nursing pour chacun des plans de soins /
 - feedback en provenance des hôpitaux utilisateurs reçu pendant toute la période pendant laquelle la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU a été utilisée
 - version précédente de la FORMULE PRN DE MESURE DU NIVEAU
- 2° chacun des hôpitaux utilisateurs désigne la(les) personne(s) qui le représentera(ont) dans le comité d'experts chargés de préparer la nouvelle version de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU
- 3° l'équipe de recherche prépare une synthèse des demandes de modification de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU émanant des utilisateurs et l'envoie aux membres désignés du comité de révision
- 4° les membres désignés du comité recueillent, chacun dans leur hôpital respectif, les informations pertinentes (plans de soins, plans de soins de "bénéficiaires prototypes", temps d'actions nursing, ... etc.) auprès des infirmières soignantes
- 5° réunion du comité
 - mise en commun de toutes les informations disponibles: informations accumulées par l'équipe de recherche et informations amenées par les membres du comité d'expert.
 - révision de la liste des facteurs et de leurs valeurs. Durant cette révision**, les membres du comité restent en contact avec les infirmières soignantes des hôpitaux qu'ils(elles) représentent et le comité peut aussi faire appel à des experts extérieurs s'il en ressent la nécessité
- 6° préparation par l'équipe de recherche de la nouvelle FORMULE DE MESURE DU NIVEAU et de son guide d'utilisation (i.e.: description et modalités d'utilisation de chacun des facteurs). Envoi de ce matériel aux membres du comité
- 7° les membres du comité soumettent la nouvelle proposition de LA FORMULE DE MESURE DU NIVEAU aux infirmières soignantes dans leurs hôpitaux respectifs; elles l'implantent éventuellement pour essai dans différentes Unités et retournent leurs commentaires à l'équipe

* *s'il arrivait qu'un plan de soins soit incomplet, l'infirmière qui recueillait les données le complétait avec l'aide des infirmières soignantes concernées.*

** *pour la préparation de la FORMULE PRN 80 DE MESURE DU NIVEAU, le comité a siégé l'équivalent d'un mois à temps plein. L'équipe (deux infirmières) a consacré six mois à temps plein à préparer le travail du comité et, après le comité, neuf mois à temps plein à compiler et éditer les résultats du comité (processus de validation compris).*

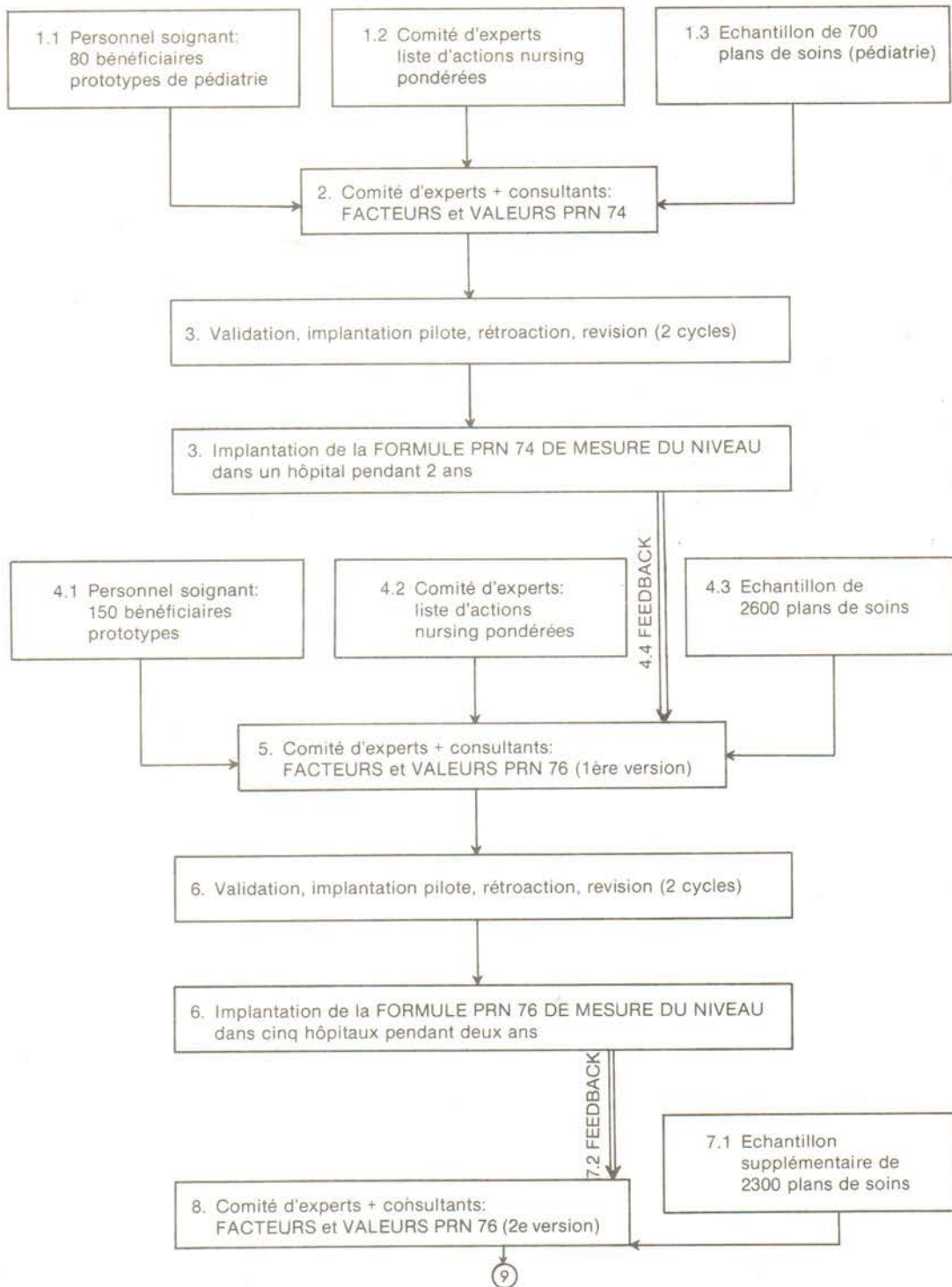


Figure 4a Construction et validation de la FORMULE PRN DE MESURE DU NIVEAU: de PRN 74 à PRN 80 (1ère partie)

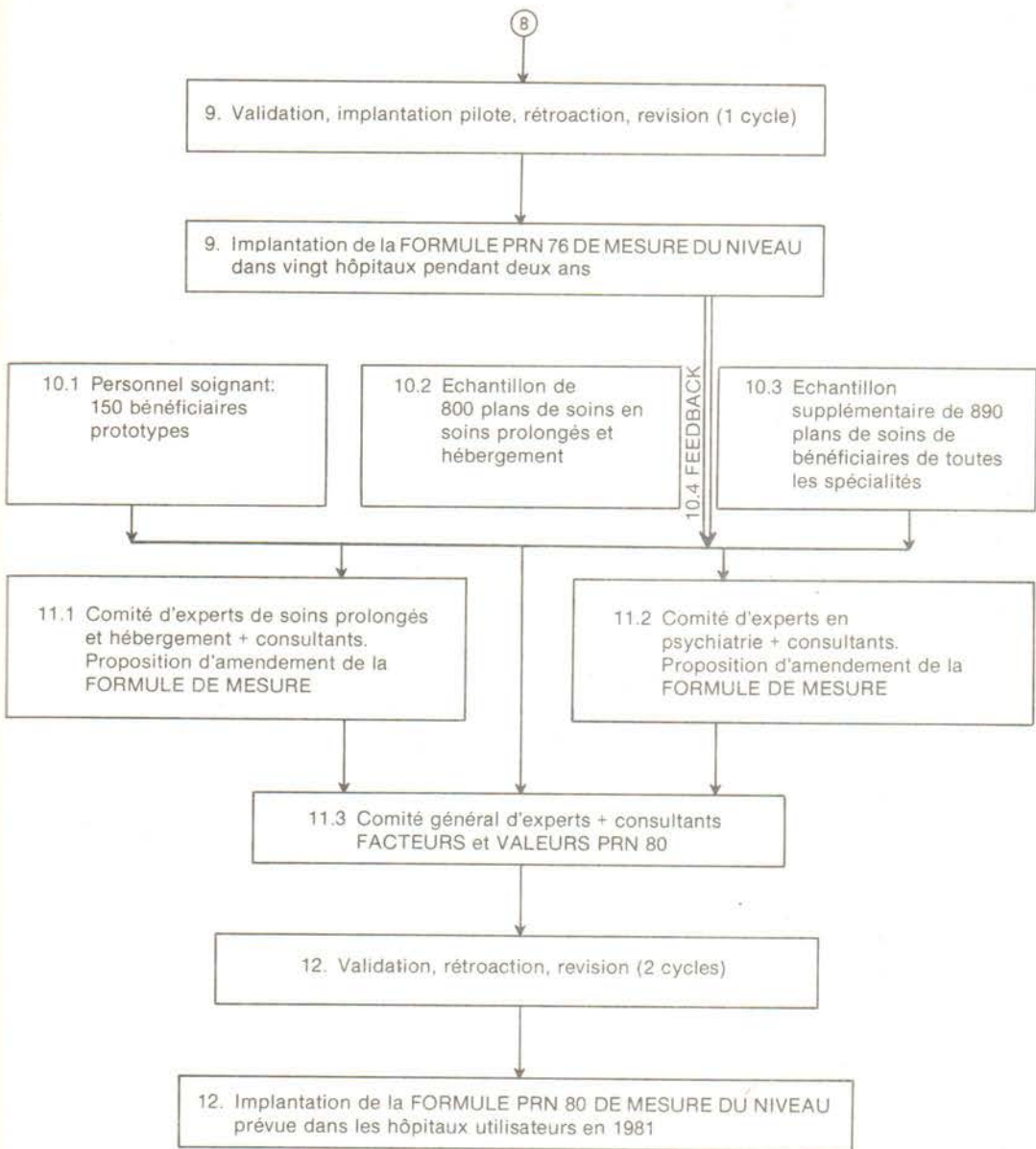


Figure 4b Construction et validation de la FORMULE PRN DE MESURE DU NIVEAU: de PRN 74 à PRN 80 (suite et fin)

- 8° l'équipe fait la synthèse des remarques, commentaires et critiques qui lui sont envoyés. Elle consulte les experts et revise en conséquence la nouvelle FORMULE DE MESURE DU NIVEAU et son guide d'utilisation. Selon le cas, le processus de validation - revision recommence. Il s'arrête quand la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU fait l'objet d'un consensus général.

Les caractéristiques essentielles de cette méthode de construction et de validation sont donc les suivantes:

- itération
- mesures subjectives
- consensus

1° **Itération:** la méthode est caractérisée par un va et vient continu entre l'équipe de recherche et les utilisateurs du système. Le processus d'échange d'information est continu depuis 7 ans.

L'instrument mis à la disposition des hôpitaux n'a jamais été considéré comme définitif par ses concepteurs. La FORMULE PRN 80 de MESURE DU NIVEAU, est elle aussi, tout comme les formules qui l'ont précédée, perfectible. Nous pensons cependant que la seule manière de l'améliorer est justement de l'utiliser.

Il n'existe pas en effet dans le cas d'un instrument de mesure comme la FORMULE PRN DE MESURE DU NIVEAU, d'autre instrument de mesure reconnu comme définitivement valide et qui pourrait être utilisé comme un critère en regard duquel on pourrait juger de la validité de la FORMULE PRN DE MESURE DU NIVEAU. Un tel critère absolu n'existera jamais parce que la VÉRITÉ est à toute fin pratique inaccessible en mesure des soins infirmiers. Dans de telles conditions, les méthodologistes nous enseignent que la principale façon d'approcher la validité d'un instrument, c'est de se pencher sur sa VALIDITÉ DE CONTENU; cela revient à dire qu'il appartient aux experts, sur la base d'un examen approfondi de la façon dont l'instrument a été construit et de l'instrument lui-même, de se prononcer sur sa validité, dans le cas qui nous occupe, de dire s'il mesure bien ce qu'il prétend mesurer.

L'idée de méthode de construction itérative procède de là. Nous pensons que la meilleure façon pour les experts (i.e.: les infirmières soignantes) de se rendre compte de la validité de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU, c'est précisément d'en prendre connaissance et surtout de l'utiliser. Comme on pouvait s'y attendre, les infirmières ont ainsi découvert des lacunes dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU et nous nous sommes inspirés de leurs critiques pour l'améliorer.

2° **Mesures subjectives:** une des caractéristiques essentielles de la méthode de construction de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU est son approche subjective de la mesure.

On sait qu'il existe essentiellement deux façons de mesurer: par comptage (approche fréquentielle) et par étalonnage (approche subjective). On sait aussi que si nous avons une tendance innée à accorder un grand crédit à la mesure par comptage, nous avons par contre un penchant naturel à considérer avec un regard sceptique toute mesure acquise subjectivement.

Ce scepticisme s'explique par le caractère même de la mesure subjective qui suppose qu'une ou plusieurs personnes assigne(nt) un nombre à un *attribut* d'un *phénomène* (dans le cas qui nous occupe: la *durée* d'une *action nursing*) sur la base de ses(leurs) connaissances, de son(leur) expérience, de son (leur) système de valeur. Ce scepticisme s'explique aussi sans doute par le fait qu'il n'existe pas de méthode générale, universellement reconnue pour mesurer subjectivement³⁶.

Pourtant, même si la mesure par comptage est en général la plus susceptible de produire des résultats valides, il existe des cas où elle est moins valide que l'étalonnage. C'est précisément le cas en mesure de la durée des actions nursing. Cela pour deux raisons: l'une *fondamentale*, l'autre *technique*.

Le comptage est fondamentalement peu adéquat en mesure de la durée des soins infirmiers (qu'il s'agisse d'actions nursing, d'aggrégats d'actions nursing, de catégories d'activités...) parce que les données qu'il produit rendent fatalement compte des *soins donnés* au moment de l'observation et que de multiples facteurs (dont on peut très difficilement quantifier l'influence) peuvent causer des écarts significatifs entre soins donnés et *soins requis** par les bénéficiaires.

Techniquement aussi, le comptage est très difficile. Des deux principales méthodes disponibles - chronométrage et observations instantanées - aucune ne convient vraiment pour mesurer le temps d'une action nursing. La méthode des observations instantanées est inutilisable parce qu'il y a beaucoup d'actions nursing différentes, que chacune ne consomme qu'une partie réduite du temps personnel infirmier et qu'en conséquence, il faudrait faire une quantité colossale d'observations pour pouvoir en tirer des conclusions valides. Le chronométrage est difficile d'application en raison d'une part de son coût et d'autre part des nombreux problèmes d'interprétation qui surgissent lorsqu'il s'agit de décider si ce que l'infirmière fait à un moment donné fait partie de telle action nursing ou de telle autre. On l'a vu, une action nursing est une entité extrêmement complexe, "dispersée" dans le temps et dans l'espace et éventuellement partagée entre plusieurs membres du personnel infirmier. En mesurer le temps par chronométrage est une entreprise périlleuse.

C'est pour ces raisons qu'il nous a paru préférable dans le cas précis auquel nous nous intéressons, de recourir à l'étalonnage. Ce choix semblait d'autant plus indiqué que l'infirmière acquiert à force de pratique, ce qu'on peut nommer une "VISION DE LA TACHE"²⁹. En effet, appelée à exécuter une multitude d'actions nursing différentes, pour des bénéficiaires différents, dans un espace de temps en général restreint (butées temporelles) et avec de fréquentes interruptions, l'infirmière développe nécessairement un sixième sens "programmatoire". Sinon elle n'arriverait pas à faire ce qu'elle a à faire, dans le temps dont elle dispose. Ce sixième sens implique une connaissance implicite, mais bien réelle, du temps que chaque action requiert "normalement"^{**}. Partant de ce postulat, nous avons simplement décidé de demander aux infirmières soignantes d'explicitier ces temps sur lesquels implicitement elles se fondent pour programmer leurs activités.

Deux mécanismes ad hoc (les plans de soins de bénéficiaires "prototypes" et les comités) et une base d'informations (banque de plans de soins) ont été utilisés pour *extraire* cette information subjective. La facilité avec laquelle les infirmières nous ont fourni les temps et le degré de convergence de leurs réponses nous ont convaincu que la VISION DE LA TACHE postulée par notre approche, existait bel et bien.

3° **Consensus:** notre méthode "d'extraction" de mesures subjectives exige en particulier le consensus:

- consensus entre les infirmières soignantes
- consensus entre les membres du comité
- consensus entre les comités et les infirmières soignantes

* en général ce qui intéresse les "mesureurs" et en tout cas ce qui nous intéresse, ce ne sont pas les soins donnés mais bien les soins requis

** faire référence aux concepts d'équipe soignante normale défini plus haut et au concept de pratique normale défini dans les pages suivantes.

Ce consensus a été recherché à travers un processus itératif d'échange d'informations entre les acteurs, basé sur les idées de la méthode DELPHI¹⁸. C'est en particulier, au niveau des comités que le processus a atteint son niveau maximum de systématisation. Schématiquement, l'étude du temps d'une action nursing en comité est réalisée de la façon suivante:

- le meneur de jeu décrit l'action nursing (i.e. énumération de toutes ses composantes)
- le meneur de jeu fait part de tous les commentaires reçus au sujet de l'action nursing en question
- le comité se met d'accord sur la description de l'action nursing
- un premier tour de table est réalisé: chacune donne le temps qu'elle accorde à l'action nursing qui vient d'être décrite
- le meneur de jeu demande aux protagonistes ayant les temps le plus élevé et le plus bas, de motiver leur estimé
- un second tour de table est réalisé - s'il y a consensus le processus est terminé; s'il n'y a pas consensus, on passe de l'estimation globale du temps de l'action nursing, à l'estimation du temps de chacune de ses composantes selon la méthode ci-dessus
- si au niveau de certaines composantes, le consensus est impossible à obtenir, les membres du comité correspondent directement par téléphone avec les infirmières soignantes qu'ils représentent pour obtenir des informations supplémentaires et/ou consultent des spécialistes (i.e. infirmières cliniciennes). En procédant de cette façon, le consensus a TOUJOURS été atteint*.
- lorsque le consensus est réalisé au niveau de chacune des composantes de l'action nursing, on compose leurs temps pour obtenir celui de l'action nursing**.

Il nous reste en terminant à discuter de l'orientation générale que nous avons donnée aux infirmières soignantes et aux experts en leur précisant avec insistance que nous nous attendions à ce qu'ils nous fournissent des temps rendant compte d'un exercice infirmier NORMAL. L'idée était (et c'est ainsi que nous avons explicité le terme NORMAL aux participants) d'obtenir des temps (a) permettant de donner des soins reconnus professionnellement comme étant de bonne qualité et (b) considérés comme acceptables du point de vue productivité. Il était exclu d'accorder aux actions nursing des temps correspondant à une mécanisation des soins comme il était à éviter de produire des normes idéales. Le réalisme était donc souhaité mais pas au dépend du bien-être du bénéficiaire ni du personnel infirmier. On demandait donc aux infirmières de faire référence lorsqu'elles produisaient leurs estimés à des journées de travail dont elles avaient, humainement et professionnellement, été satisfaites et où elles considéraient que les bénéficiaires avaient reçu les soins qu'ils requéraient. Il semble que cette définition de l'exercice infirmier "normal", toute générale qu'elle soit, ait eu la même signification pour toutes les infirmières participantes puisque le consensus a toujours été possible. D'autre part, sept années d'implantation de la FORMULE DE MESURE dans des hôpitaux très différents, ne permettent pas de douter du caractère réaliste (par opposition à IDÉALISTE) des estimés subjectifs des infirmières. La FORMULE DE MESURE n'a pas été prise en "flagrant délit" d'exagération (ni par ailleurs de sous-estimation).

* même si dans certains cas, cela a pris six semaines et entraîné la suspension des travaux du comité.

** ceci n'est qu'une description simplifiée d'un processus beaucoup plus complexe; en particulier, il faudrait pour être plus complet s'étendre sur le processus de construction des facteurs partant des actions nursing.

8. LE MODULE DE MESURE DU SYSTÈME PRN

Comme on vient de le voir, à l'aide de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU DES SOINS INFIRMIERS REQUIS PRÉVUS POUR LE BÉNÉFICIAIRE, on obtient un estimé du temps total requis dans une Unité de soins pour donner les *soins directs et indirects* (à l'exception des déplacements qu'ils impliquent et des C.S.B.) aux bénéficiaires pendant une période de vingt-quatre (24) heures. La FORMULE DE MESURE n'est cependant qu'une des composantes du MODULE DE MESURE du système PRN.

Pour parvenir à un estimé de la quantité totale de personnel requise dans une Unité de soins donnée pendant un quart de travail donné, les autres composantes du MODULE DE MESURE entrent en jeu pour:

- d'une part, répartir entre les QUARTS de travail, l'estimé du temps total des soins directs et indirects mesuré à l'aide de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU pour une période de vingt-quatre (24) heures*.
- d'autre part, mesurer le temps requis pour exécuter les "autres activités" dont on ne tient pas compte dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU.

Nous avons développé des normes pour ces autres activités en utilisant la même méthode de mesure subjective par des experts. Ces normes sont présentées en détail dans d'autres cahiers du système PRN. Ici, nous nous contenterons d'en donner la liste:

1. Soins directs et indirects:

- temps des C.S.B. (Communication au Sujet du Bénéficiaire). Cette norme est exprimée en minutes par bénéficiaire selon le quart de travail et selon le niveau de soins prévus pour le bénéficiaire
- temps des déplacements reliés aux soins à l'intérieur de l'Unité. Cette norme est mesurée en minutes par bénéficiaire selon le type d'Unité de soins (soins intensifs ou autres), en fonction des facilités disponibles (toilettes dans les chambres ou non), selon la taille de l'Unité, et selon le quart de travail
- temps des déplacements à l'extérieur de l'Unité de soins avec le bénéficiaire. Cette norme est exprimée en minutes par bénéficiaire selon le type d'Unité de soins (soins intensifs ou autres), selon le quart de travail et selon la journée (semaine ou fin de semaine)

2. Activités administratives, entretien et déplacements qui y sont reliés:

- temps des activités administratives, d'entretien, et des déplacements qui y sont reliés à l'intérieur de l'Unité de soins. Cette norme est exprimée en minutes pour l'Unité de soins selon le type d'Unité (soins intensifs ou autres), en fonction de la taille de l'Unité, selon le quart de travail et en fonction de la journée (semaine ou fin de semaine)

pour effectuer cette répartition, nous divisons les bénéficiaires en six classes en fonction de leur niveau de soins requis prévu pour les prochaines vingt-quatre heures. Nous avons pris un échantillon de bénéficiaires de chaque classe et réparti, pour chacun d'eux, leur niveau pour vingt-quatre heures, entre les trois quarts de travail. La moyenne de ces niveaux sur l'ensemble de l'échantillon donne le "poids" jour, soir, nuit de chaque classe. C'est ce poids qui est effectivement utilisé dans le calcul du personnel requis dans chaque unité, connaissant la classe des bénéficiaires définie par leur niveau de soins requis prévus pour les prochaines vingt-quatre heures.

- temps des déplacements à l'extérieur de l'Unité de soins sans le bénéficiaire. Cette norme est mesurée en minutes par Unité de soins, selon le type d'Unité de soins, le quart de travail et la journée
- temps des réunions administratives. Cette norme est mesurée en minutes par membre du personnel.

3. Formation en cours d'emploi:

- La norme correspondante est mesurée en minutes par membre du personnel

4. Temps non productif:

- temps personnel: allocation pour la fatigue, attente, ... etc.
- pause café
- repas

Ces normes sont mesurées en minutes par membre du personnel

L'estimé du personnel infirmier total requis dans une Unité de soins pendant un quart de travail s'obtient à l'aide d'une formule mathématique simple combinant toutes ces normes. Pour soulager le personnel de calculs fastidieux, on a construit des TABLES DE DOTATION qui fournissent directement le nombre de membres du personnel requis dans l'Unité à chaque quart de travail en fonction des NIVEAUX de soins requis par les bénéficiaires de l'unité (plus précisément du nombre de bénéficiaires de chaque classe) et en fonction du nombre total de bénéficiaires.

L'estimé du personnel infirmier requis ainsi obtenu ne rend compte que des *activités quotidiennes* du personnel énumérées ci-dessus. Un certain nombre d'autres normes ont été développées pour mesurer le temps requis pour accomplir les activités non quotidiennes. En ajoutant cette dernière mesure à celle obtenue des tables de dotation (pour les activités quotidiennes) on obtient un estimé du personnel infirmier total requis dans une Unité de soins pendant un quart de travail pour l'exécution des activités quotidiennes et non quotidiennes.

9. LE SYSTÈME PRN ET LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Comme on vient de le voir, le système PRN est avant tout un ensemble d'outils de mesure de la charge de travail dans chaque unité de soins à chaque quart de travail. Il est intéressant de se demander l'impact que peut avoir le fait de disposer de cette mesure (et la façon dont cette mesure est obtenue) sur la gestion des ressources humaines dans le service des soins infirmiers.

Pour répondre à cette question notons d'abord que le système PRN n'a pas été conçu en milieu académique pour être ensuite "vendu" aux gestionnaires des soins infirmiers. La réalité est autre. La première version du système a été développée dans un hôpital à l'initiative et sous la direction d'un gestionnaire. Les versions subséquentes du système ont été construites à la demande des gestionnaires et avec leur collaboration. La façon même dont le système mesure (emphasis sur les soins requis) résulte de la préoccupation de fournir des soins de qualité qui, chez le gestionnaire des soins infirmiers, cohabite avec, et souvent précède celle de rationalisation de la gestion.

Avant de questionner l'influence du PRN sur la gestion, il convient donc de reconnaître l'influence déterminante que les gestionnaires ont eu sur la naissance du PRN et ensuite sur son développement. Le système PRN est issu de certaines mutations en gestion des soins infirmiers, de la reconnaissance par les gestionnaires de nouveaux besoins. Il s'inscrit dans un processus de changement qui à l'origine ne lui doit rien mais dont il pourrait devenir le stimulant.

Pour préciser l'influence que peut avoir le PRN, il importe donc d'essayer de cerner les nouvelles tendances en gestion hospitalière qui lui ont donné naissance. Nous attribuons ces nouvelles tendances à la complexité³⁴ grandissante de nos organisations hospitalières. Du fait de cette complexité, la gestion d'hier, par directives et règlements est en train de subir une profonde mutation: elle cède petit à petit, la place à une forme ou une autre de cogestion. Par cogestion, nous entendons le fait que la principale articulation dans la ligne d'autorité, que le lieu privilégié de rencontre des acteurs d'un palier hiérarchique à l'autre, se situe au niveau de la DEFINITION DES OBJECTIFS*. Un tel lien est nécessaire pour qu'il y ait *cohérence* entre les objectifs globaux de l'organisation et les objectifs de chacun de ses sous-systèmes. Une fois que ce lien est établi et que les mécanismes assurant son dynamisme ont été mis en place, en mode cogestionnaire, chacun des acteurs, à quelque palier qu'il oeuvre, est responsable du choix des moyens à utiliser pour atteindre ses objectifs;** il n'a pas à rendre compte de la façon dont il s'y est pris mais seulement de ses résultats.

On observe de plus en plus, dans nos hôpitaux, des signes, des manifestations de la mutation décrite sommairement ci-dessus. Dans un tel contexte, le système PRN peut, nous semble-t-il, au niveau de la gestion *quantitative* des ressources humaines et des objectifs*** qui s'y rattachent, jouer, dans les limites de son potentiel, un certain rôle de catalyseur. S'il lui arrive effectivement de jouer ce rôle,

* pour être plus précis, des **objectifs**, des **critères** selon lesquels on juge de l'atteinte des objectifs et des **niveaux** de "performance" attendus en regard des objectifs

** le palier-action coïncide avec le palier-décision

*** On pourrait résumer ces objectifs quantitatifs de la façon suivante:

- objectifs d'adéquation de l'offre à la demande: faire en sorte qu'à chaque quart dans chaque Unité de soins, il y ait **toutes** les ressources humaines nécessaires pour faire face à la demande
- objectif d'utilisation optimale de l'offre: faire en sorte qu'à chaque quart dans chaque Unité de soins, il y ait **seulement** les ressources humaines nécessaires pour faire face à la demande

il le devra entre autre, à sa mécanique de circulation de certaines informations "essentiell" du bas vers le haut*: de l'infirmière-chef et des infirmières-soignantes jusqu'à la direction des soins infirmiers. Le système PRN remet en effet dans les mains des infirmières-chefs et soignantes la production de certains éléments d'information de base pour la gestion des ressources infirmières.

Il est naturel de reconnaître à l'infirmière-soignante le rôle de producteur des éléments d'informations pertinents pour la mesure du niveau des soins infirmiers requis puisque c'est elle qui connaît le mieux les besoins du bénéficiaire. C'est d'ailleurs là une des caractéristiques les plus attrayantes du système PRN. Comme la note l'O.I.I.Q. 23:

"Le système PRN constitue un progrès parce qu'il est basé sur une évaluation des besoins effectuée par les infirmières et infirmiers qui oeuvrent auprès des bénéficiaires"

"... il convient néanmoins de souligner que la collecte des informations utiles à la répartition des ressources repose sur chaque infirmière et infirmier. En ce sens, l'exactitude des informations dépend de l'identification des besoins et des problèmes effectuée par chaque infirmière ou infirmier pour chaque bénéficiaire. Le système PRN doit être alimenté d'informations exactes pour fournir une image la plus précise possible des besoins en ressources humaines pour un ensemble de bénéficiaires. L'efficacité du système PRN repose donc sur la compétence des infirmières et infirmiers en cette matière".

S'il est normal de reconnaître à l'infirmière-soignante ce rôle de "producteur" des éléments d'information sur lesquels se base la mesure du niveau des soins infirmiers requis, il est tout aussi normal d'attendre du gestionnaire qu'il exerce ses responsabilités en vérifiant de façon systématique la qualité de l'information produite par les infirmières** et en s'assurant que les infirmières disposent d'instruments adéquats pour recueillir les données visant à identifier les besoins et les problèmes des bénéficiaires et ensuite, pour planifier les soins.

Il est à noter qu'une telle situation et de telles exigences ne sont pas particulières à l'utilisation du PRN. On n'a pas attendu l'arrivée de celui-ci pour demander aux soignants de fournir des informations utiles aux gestionnaires, et aux gestionnaires de s'assurer de la qualité des informations qui leur sont fournies, en donnant aux soignants les moyens nécessaires pour les produire et en vérifiant les données qu'ils reçoivent.

* Cette mécanique est caractéristique de la cogestion par opposition à la mécanique de circulation de l'information "essentielle" du haut vers le bas, caractéristique de la gestion par directives et règlements.

** c'est à l'infirmière-chef que devrait normalement revenir ce rôle. C'est en effet elle qui, après les infirmières-soignantes, est la plus proche des bénéficiaires. L'infirmière-chef peut exercer cette fonction de deux façons: soit qu'elle procède elle-même à la mesure du niveau des soins infirmiers requis par les bénéficiaires en utilisant les informations inscrites aux plans de soins par les infirmières-soignantes; soit qu'elle délègue cette tâche de mesure aux infirmières-soignantes qui l'exécutent alors simultanément à la planification des soins (voir section 4 du texte); dans ce cas là, l'infirmière-chef vérifiera les mesures du niveau réalisées par les infirmières-soignantes, au moins sur une base échantillonnale. Quelle que soit la procédure retenue, celle-ci n'ajoute pas grand chose au fardeau de l'infirmière-chef qui, de toute façon, de par ses fonctions, doit d'une part s'assurer que les soins sont bien planifiés et d'autre part, recueillir, d'une façon ou d'une autre, les éléments d'information qui lui permettront de déterminer les ressources dont elle doit disposer pour répondre aux besoins des bénéficiaires. Le processus de mesure du niveau ne fait que structurer certaines tâches de l'infirmière-chef et met bien en lumière le rôle charnière de celle-ci. La mesure du niveau des soins des bénéficiaires ne peut être réalisée dans une unité de soins sans la participation active de l'infirmière-chef. Quelles que soient les modalités de cette implication, celle-ci est tout aussi essentielle que celle des infirmières-soignantes. Pour assurer l'uniformité de la mesure d'un niveau d'une unité de soins à l'autre il est aussi très important que les coordonnatrices vérifient cette mesure de façon systématique pour les bénéficiaires des unités qu'elles supervisent. Pour ce faire il est suggéré qu'elles choisissent quelques bénéficiaires au hasard dans chaque Unité à intervalles réguliers et qu'elles procèdent à la mesure du niveau des soins qu'ils requièrent.

De par la nature de l'information qu'il lui demande de fournir, le système PRN place cependant l'infirmière soignante dans une position significativement différente, en ce qui concerne l'information de gestion, de sa situation antérieure; en effet, sans le PRN, les besoins "quantitatifs" du bénéficiaire individuel sont mesurés "par règlement" (en fait par la norme du M.A.S.) de façon arbitraire sans tenir compte de la "qualité" de celui-ci*.

Dans un établissement qui n'utilise pas le PRN ou un système de mesure semblable, l'infirmière peut critiquer, tempêter ou pester, pas plus que le gestionnaire, elle ne dispose d'outils *faisant l'objet d'un consensus*, pour montrer que la demande de soins n'est pas mesurée adéquatement. Avec l'avènement d'instruments de mesure comme le PRN, la situation change significativement. On dispose d'une mesure objective de la demande de soins et l'infirmière soignante en est informée autant que le gestionnaire puisque c'est elle qui "nourrit" cette mesure en planifiant les soins. Il est naturel qu'en même temps qu'elle transmet l'information au gestionnaire, elle "utilise" cette information pour évaluer** dans quelle mesure les objectifs quantitatifs (voir par exemple ceux que nous avons énoncés précédemment) sont atteints dans son Unité de soins. Il est par ailleurs tout aussi naturel de s'attendre à ce que le gestionnaire procède à la même évaluation. Dès lors, si les deux partenaires ont pris la peine de s'entendre au préalable sur les objectifs quantitatifs et sur la façon de les mesurer, ils auront à leur disposition la même information et la même évaluation. En cas de problèmes, ils auront donc essentiellement à accorder leurs interprétations respectives des mêmes données objectives. On peut penser qu'un tel processus de négociation a plus de chances de réussite que le processus traditionnel fondé sur des données subjectives et dominé par des rapports de force. En favorisant le parler du même langage par les infirmières et les gestionnaires, un système comme le PRN a l'avantage d'éliminer au moins en partie l'écueil de départ de toute procédure de conciliation: le parler par deux solitudes de deux langues différentes, le récitatif de deux monologues.

Le raisonnement que nous venons de tenir au niveau des échanges entre personnel infirmier et gestionnaires s'applique évidemment aussi aux échanges entre gestionnaires d'un palier hiérarchique à l'autre: de l'infirmière-chef au coordonnateur, du coordonnateur à la direction des soins infirmiers, de la direction des soins infirmiers à la direction générale de l'hôpital, de celle-ci au Ministère des Affaires Sociales et éventuellement, de celui-ci au Conseil du Trésor.

Les risques d'une telle circulation de bas en haut de l'information sur les quantités de ressources requises seraient importants si le système était facilement manipulable ou si un des acteurs en tirait plus de bénéfices que les autres. Ce n'est cependant pas le cas. Le système PRN étant *neutre*, chacun des acteurs y trouve son compte. Il obtient à travers le système, un indicateur de la quantité globale de ressources humaines requises à son niveau, un guide pour répartir cette quantité globale entre les différentes entités "demandeurs de ressources", et éventuellement un moyen de pression "objectif" pour aller chercher plus de ressources au palier gestionnel immédiatement supérieur.

La neutralité du système PRN pourrait cependant être contestée par les autres centres de services de l'hôpital puisqu'en fournissant plus et de la meilleure information quantitative à la direction des soins infirmiers, il met celle-ci en position pour se tailler une plus grande part du gâteau - budget global. On peut difficilement contester la justesse d'un tel argument mais on ne peut nier la légitimité de la

* Qu'on nous comprenne bien, nous ne parlons pas ici de l'utilisation des normes du M.A.S. pour le calcul du budget (dans ce cas, on l'a dit, elles sont plus ou moins adéquates selon le type d'établissement), mais bien de l'utilisation de ces mêmes normes pour mesurer les besoins des bénéficiaires à chaque quart. Dans ce cas, à notre avis, les normes du M.A.S. sont beaucoup trop globalisantes pour fournir un estimé acceptable de la charge de travail dans l'Unité de soins

** cette évaluation est évidente: une simple comparaison de l'offre à la demande, qui ne requiert pas de calculs longs et compliqués, tout étant précalculé dans le système P.R.N. Elle est donc accessible à l'infirmière soignante

démarche de la direction des soins infirmiers qui implante le PRN avec cet objectif. D'une part, les autres services disposent déjà d'un arsenal de normes* qu'ils ne se font pas faute d'utiliser, d'autre part, par sa mission spécifique de *donner des soins*, la direction des soins infirmiers est le premier producteur de ce qui est la raison même d'exister de l'entreprise centre hospitalier ou centre d'accueil. Il est donc logique de se donner de façon prioritaire des moyens de s'assurer que le service des soins infirmiers dispose effectivement des ressources nécessaires pour accomplir sa mission. En période d'austérité, cette priorité devient pratiquement nécessité. Il peut en effet être tentant, étant donné la masse de ressources qu'il représente, de "couper" d'abord dans le service des soins infirmiers alors que ce devrait être un des derniers, sinon le dernier des services à être touché par les coupures budgétaires lorsque celles-ci sont inévitables.

Jusqu'ici nous avons analysé les effets au "sens large" d'un système comme le PRN sur la gestion des soins infirmiers. Dans la seconde partie de cette section, nous étudierons plutôt les effets "techniques" ou "opérationnels" du PRN sur la façon de doter en personnel les unités de soins. Les mesures ou normes dont on dispose pour mesurer la charge de travail et le moment où on en dispose déterminent fortement l'éventail des stratégies de dotation qui sont à la disposition du gestionnaire des soins infirmiers. Lorsque celui-ci a pour seules données les normes du M.A.S. et le nombre total de bénéficiaires présents dans chaque unité, même éventuellement enrichies par des informations sur certaines caractéristiques importantes des bénéficiaires, il est forcé de s'en tenir à une approche *statique* de la dotation des unités de soins. Au contraire, un système comme le PRN, permet d'envisager la dotation de façon *dynamique*.

Avant d'élaborer, il convient de définir ce que nous entendons par stratégie de dotation. Essentiellement une stratégie de dotation est un ensemble de règles spécifiant:

- la façon de faire appel au personnel d'appoint non permanent (liste de rappel, temps supplémentaire...) à chaque quart de travail et la manière d'allouer le personnel d'appoint (permanent ou non) aux unités de soins à chaque quart de travail**
- la façon d'établir les horaires de travail (plans de roulement) du personnel
- les modalités d'établissement de la taille et de la composition des équipes permanentes (de base et volante)

Si le gestionnaire ne dispose pas d'un système de mesure comme le PRN, il est à toute fin pratique contraint d'adopter une stratégie de dotation *statique*. Le pivot d'une telle stratégie est un ensemble de normes spécifiant le nombre d'heures soins payées par bénéficiaire dans les grandes spécialités (cf. les normes du M.A.S.). Ces normes d'une part, et le nombre de journées-bénéficiaires d'autre part sont utilisées pour calculer le budget des unités de soins, donc pour établir la taille et la composition des équipes de base. La seule flexibilité dont dispose le gestionnaire se situe au niveau de l'établissement des horaires de travail et de l'appel/allocation du personnel d'appoint. Cependant étant donné qu'il ne dispose que de rares informations objectives (si ce n'est le nombre de bénéficiaires) pour exploiter cette flexibilité, dans les faits il en profite peu sinon pas du tout. Ainsi, il est possible par exemple de rencontrer des horaires de travail conçus de façon à assurer le même nombre de présences du personnel chaque journée de semaine ou de constater le remplacement systématique des absences par du personnel d'appoint.

* en général, beaucoup plus "accessibles" qu'en soins infirmiers: nombre de repas en diététique, nombre de pieds carrés en entretien ménager, nombre d'unités en laboratoire ou en radiologie, ... etc.

** et la façon de transférer du personnel d'une Unité de soins à l'autre à chaque quart, là où une telle pratique n'est pas interdite par les conventions collectives

Cette façon de procéder à la dotation ne tient pas ou peu compte des caractéristiques (taille, facilités, ...) des Unités de soins si ce n'est de leur spécialité, ni de la manière dont le travail est organisé (par exemple: répartition des tâches entre le personnel des soins infirmiers et le personnel des autres services). Ces variables ne sont en effet pas prises en considération dans les normes d'heures soins payées/journée-bénéficiaire. Plus important, cette stratégie de dotation est *statique* en ce sens qu'elle ne tient pas compte de l'évolution des clientèles du point de vue de leurs besoins en soins infirmiers. En effet au jour le jour, on peut difficilement adapter les ressources allouées aux ressources demandées puisqu'on ne dispose pas de moyens de les mesurer objectivement et précisément. Ce n'est sans doute pas tout à fait impossible, car les bénéficiaires *étant là*, on peut toujours par une argumentation cas par cas, faire éventuellement la démonstration de certains besoins. Cependant ce type d'argumentation ad hoc et subjective se transforme difficilement en données susceptibles d'être accumulées sur une longue période pour faire la démonstration d'un alourdissement de la clientèle et donc du caractère inadéquat des normes d'heures soins payées/jour-bénéficiaire. Ceci explique pourquoi celles-ci ont "la vie si dure". Comme ce sont elles qui déterminent finalement le budget des soins infirmiers et donc la taille des équipes, cela implique que les unités de soins sont, de façon immuable, dotées de la même façon, quels qu'aient été par ailleurs les changements ayant affecté leurs clientèles. On retrouve le même statisme au niveau de la dotation des Unités de soins les unes relativement aux autres. Etant donné que c'est essentiellement sa spécialité qui conditionne la dotation d'une Unité de soins, deux Unités de la même spécialité (par exemple, chirurgie) continueront à être dotée de la même façon même si la clientèle de l'une s'est alourdie significativement par rapport à la clientèle de l'autre. Dans cette façon classique ou traditionnelle de procéder à la dotation, c'est donc l'unité dans laquelle se trouve le bénéficiaire qui détermine les ressources qui seront allouées pour lui donner des soins, au lieu que les besoins du bénéficiaire déterminent l'allocation des ressources. On imagine facilement quelles peuvent être les conséquences d'un tel "biais fondamental" dans un contexte d'austérité et d'alourdissement des clientèles.

Le fait de disposer d'un système comme le PRN permet d'utiliser une stratégie de dotation qui est juste l'inverse de celle que nous venons d'exposer. La caractéristique essentielle d'une telle stratégie est de tenir compte des besoins des patients d'une part, des caractéristiques des Unités et du type d'organisation d'autre part*, pour décider de l'allocation des ressources. On a parlé longuement du fait que le système PRN mesure la charge de travail à chaque quart dans chaque Unité en fonction des soins requis par les bénéficiaires. Une telle mesure renseigne certes sur le personnel à allouer à *chaque quart* dans chaque Unité pour répondre aux besoins des bénéficiaires. Ce n'est cependant pas, à notre avis, sa seule ni sa principale utilité; ce sur quoi nous voudrions insister c'est sur le fait que l'accumulation de telles données sur une longue période permet de démontrer l'éventuel changement de la clientèle d'une Unité; en fait le changement de la norme d'heure soins payées par journée-bénéficiaire. De la même façon, ces données permettent la comparaison des Unités de soins et des hôpitaux entre eux.

Les normes pour l'utilisateur du PRN ne sont plus fixes; elles évoluent selon les soins requis par les clientèles de bénéficiaires. La dotation des Unités devient dynamique. Ce n'est plus l'Unité dans laquelle se trouve le bénéficiaire qui "décide" des ressources qui lui seront allouées pour ses soins, ce sont plutôt les besoins du bénéficiaire qui décident des ressources qui seront allouées à l'Unité dans laquelle il reçoit ses soins.

* les "autres" normes du système PRN (détaillées à la section 8) ont en effet été établies en tenant compte des caractéristiques des Unités (type, taille, facilités) et de l'organisation des soins. Elles varient de plus avec les journées de la semaine et évidemment avec les quarts de travail (ce que ne font pas les normes classiques d'heures soins payées par journée-bénéficiaire qui ne fournissent aucune indication sur la répartition du personnel entre les quarts).

Il convient cependant de se garder de toute *vision idyllique* et d'avoir à l'esprit les *limites* du système PRN. C'est sur cette remarque que nous terminerons cette section. La vision idyllique à laquelle nous voulons faire référence, c'est celle d'un système PRN presse-bouton qui *créerait*, en fonction des besoins, les ressources requises. Les limites dont il faut rester conscient ont trait principalement au caractère purement *quantitatif* des mesures PRN et à leur nature *relative* plutôt qu'absolue.

Monique Chagnon a coutume de dire du PRN que celui-ci mesure les ressources requises mais qu'il n'en produit pas*. L'infirmière qui mesure les niveaux des soins de ses bénéficiaires ne doit pas s'attendre à recevoir automatiquement du renfort parce que les mesures qu'elle a réalisées en démontrent la nécessité. Le même raisonnement prévaut pour l'infirmière-chef, pour la coordonnatrice et même pour la directrice des soins infirmiers. La directrice des soins infirmiers dont la clientèle est passée d'une année à l'autre de 5.1 à 5.4 heures payées par jour-bénéficiaire s'illusionnerait si elle s'attendait à voir ses ressources augmenter dans la même mesure. On ne peut pas en fait espérer que le Ministère des Affaires Sociales accorde au PRN valeur d'absolu et alloue les ressources en conséquence. La seule tactique possible pour le Ministère, et par dessus lui pour le Conseil du Trésor, en ce qui concerne l'allocation globale des ressources en soins infirmiers est de se baser sur des études générales comparant par exemple les ressources globalement requises par les différentes catégories d'établissements (selon le PRN) aux ressources dont disposent actuellement ces catégories, pour rendre plus *équitable* la répartition des ressources entre établissements, compte tenu du montant total de ressources infirmières disponibles pour tous**. Ce montant total ne sera jamais déterminé par un système comme le PRN. Il ne peut être décidé que politiquement, en fonction des priorités de notre société. Il se peut cependant qu'indirectement le PRN joue un certain rôle, un groupe de pression pouvant utiliser le fait que le PRN démontre (en valeur absolue) un écart important entre le montant total des ressources allouées et le montant total de ressources requises pour exiger un effort du Ministère et du Gouvernement.

Le fait que le Ministère des Affaires Sociales ne puisse accorder aux normes PRN qu'une valeur relative et s'en serve principalement pour allouer les ressources plus équitablement, impose au réseau de le voir et de l'utiliser de la même manière. La directrice des soins infirmiers d'un hôpital pourra certes voir les ressources qui lui sont allouées augmenter sur la base de la démonstration qu'elle aura pu faire à l'aide des mesures PRN mais il n'y a rien d'assuré à ce niveau là (puisque les ressources lui seront finalement allouées à la suite d'une comparaison de ses besoins avec ceux de ses partenaires du réseau et non pas de la considération isolée de ses besoins absolus par le Ministère***). Ainsi, le PRN doit être considéré par la direction des soins infirmiers, d'abord et avant tout, comme outil lui permettant de traiter *équitablement* toutes ses unités de soins, de faire en sorte que ne coexistent pas, dans un même établissement, des unités de soins sous-dotées et des unités de soins sur-dotées. Le même raisonnement s'applique dans le cas des infirmières-chef et des infirmières soignantes. Par exemple, celles-ci ne doivent pas s'attendre à ce que, si le système PRN "démontre" qu'il faudrait cinq personnes supplémentaires pour faire face à la demande dans une unité de soins donnée pendant un quart de travail donné, ces cinq personnes soient automatiquement fournies par la direction des soins infirmiers. En fait, à chaque quart de travail, la direction des soins infirmiers établit la comparaison entre les demandes totales de personnel qui lui proviennent des Unités de soins et l'offre totale de personnel d'appoint dont elle dispose; sur cette base et

* elle poursuit en disant que, par ailleurs, le fait d'allouer les ressources requises pour donner les soins ne garantit pas que les soins requis seront réellement donnés!

** à noter qu'un tel réaménagement suppose que le PRN soit largement utilisé

*** ainsi, il est possible qu'une directrice de soins infirmiers qui aurait fait une démonstration d'alourdissement de sa clientèle à l'aide du PRN voit quand même ses ressources diminuer parce que, les mesures d'austérité maintenant constant le montant total des ressources disponibles, les clientèles de ses partenaires du réseau se seraient plus alourdies que la sienne.

en tenant compte d'autres éléments d'information*, elle répartit *équitablement* le personnel d'appoint entre les Unités. Il est évident que si l'offre totale est inférieure à la demande totale, la baguette magique PRN ne créera pas de ressources et que certaines unités ne recevront pas tout ce qu'elles avaient demandé.

Les remarques précédentes sur le caractère relatif (par opposition à absolu) des mesures PRN ne devraient pas laisser le lecteur sur l'impression que celles-ci sont des idéaux coupés de toute réalité. Sept années d'expérience avec le système ont démontré le contraire. De façon systématique, les mesures PRN et les tendances qui s'en dégagent, ont confirmé ce que les gestionnaires expérimentés du réseau prétendaient intuitivement. Différents tests de validité effectués aussi bien par EROS que par des personnes extérieures à l'équipe ont démontré sans équivoque le caractère "réaliste" des mesures PRN. Dès lors l'attitude qui consisterait à considérer les normes PRN uniquement de façon *relative* est tout aussi, sinon plus, préjudiciable que celle qui consiste à les prendre pour des absolus. Cette remarque est particulièrement de mise, en période d'austérité alors que la tentation pourrait être forte de ne considérer que la facette relative des mesures PRN pour éviter d'avoir à reconnaître des manques importants de ressources infirmières.

Cette longue discussion met en évidence l'utilité principale d'un système comme le P.R.N.: celle de fournir une mesure objective de la demande à partir de laquelle tous les partenaires intéressés peuvent commencer à discuter de l'allocation des ressources humaines en soins infirmiers que ce soit au niveau très local d'une unité de soins dans un hôpital ou au niveau "macro" des services de soins infirmiers de tous les centres hospitaliers ou de tous les centres d'accueil.

Il faut cependant bien garder à l'esprit que les normes d'un système comme le PRN, toutes OBJECTIVES qu'elles soient, ne permettront jamais de trancher au couteau la question de l'allocation des ressources infirmières. En effet, il n'y a et il n'y aura jamais d'absolu dans le domaine de la quantité des ressources infirmières. On ne peut parler de quantité des ressources infirmières sans faire référence à la QUALITE DES SOINS, la première conditionnant en partie la seconde. Or, dès que l'on aborde le domaine de la qualité, le champ des interprétations possibles s'élargit considérablement car le système des valeurs charriées par la société et ses différentes composantes, entre en jeu. En passant d'un système de gestion à normes subjectives à un système de gestion basé sur des normes objectives comme celles du PRN, on déplace donc radicalement les données de base de la négociation mais pour le reste, rien n'est changé, toutes les interprétations restent possibles. *Il nous semble cependant que la négociation dans un champ aussi "flou" que celui des soins infirmiers a plus de chance de réussir si les acteurs, plutôt que de partir chacun de leur côté avec leurs propres mesures subjectives, ont le même point de départ, les mesures produites par un instrument neutre.*

* on n'insistera jamais assez sur le caractère purement quantitatif des mesures PRN et sur la nécessité de compléter cette information quantitative par d'autres données pour parvenir à une allocation adéquate du personnel infirmier.

10. LE SYSTÈME PRN ET L'INFORMATIQUE

Le Calcul du personnel requis dans chaque Unité de soins à chaque quart de travail à l'aide du MODULE DE MESURE du système PRN, ne nécessite pas le recours à l'informatique. En effet, en ce qui concerne le niveau des soins infirmiers requis par chaque bénéficiaire, il est révisé à chaque quart par les infirmières, simultanément au processus de planification des soins, et sa détermination ne requiert que quelques opérations de calcul mental. Une fois que le niveau de soins de tous les bénéficiaires de l'Unité de soins est connu, on obtient directement la quantité de personnel infirmier requise en utilisant des TABLES DE DOTATION où tout est précalculé.

C'est seulement dans le cas où on voudrait retenir plus d'information sur chaque bénéficiaire que le recours à l'informatique deviendrait quasiment indispensable; "plus d'informations" cela pourrait signifier dans un premier temps, "mémoriser" à chaque quart de travail, le "nom" des FACTEURS de la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU requis par le bénéficiaire. Si l'on voulait aller un peu plus loin, on irait vers l'informatisation du plan de soins. Cette dernière application nécessiterait la présence d'un terminal au niveau de chaque unité de soins^{19 26 28}. L'étape suivante dépasserait les seuls soins infirmiers puisqu'il s'agirait de la mise sur informatique de toutes les informations relatives* au bénéficiaire y compris son plan de soins. C'est sans doute vers cela que l'on s'en va; nous y reviendrons plus loin en parlant des systèmes d'information de gestion hospitalière centrés sur le bénéficiaire.

Pour l'instant, les applications informatiques proposées dans le cadre du système PRN se situent à un niveau plus "macro"; non pas celui du bénéficiaire individuel mais celui de la *quantité de ressources infirmières requise dans chaque unité de soins à chaque quart de travail*. C'est donc seulement au niveau secondaire du traitement des données du MODULE DE MESURE que l'informatique est appelée à la rescousse dans certains hôpitaux utilisateurs du PRN.

Le recours à l'informatique n'est pas indispensable pour traiter les données produites par le PRN et celles avec lesquelles le gestionnaire travaille routinièrement. Comme dans n'importe quelle entreprise d'analyse de données, la méthode manuelle est une option possible et c'est d'ailleurs celle qu'utilisent pratiquement tous les usagers actuels du système. Cependant pour le traitement de masses importantes de données sur de longues périodes, la supériorité de l'ordinateur est évidente.

Pour bien mesurer les dimensions du problème, il est bon d'avoir une idée assez précise de la quantité de données dont il faut disposer pour avoir une image assez fidèle du mouvement des ressources humaines dans un centre hospitalier ou d'hébergement. La formule (figure 5) mise au point pour recueillir à chaque quart de travail ces données de base pour tout l'hôpital sur le personnel professionnel et sur le personnel non professionnel témoigne avec éloquence de l'ampleur de la masse d'informations qu'il faut utiliser routinièrement pour fonder la prise de décision en gestion des ressources infirmières. Ces données sont pourtant minimales puisqu'elles concernent seulement:

- le personnel de base prévu selon le plan de roulement dans chaque unité de soins
- le personnel requis au sens du PRN

* une sorte de "dossier informatisé" plus riche que l'actuel dossier du bénéficiaire en ce sens qu'une information détaillée (à caractère autant administratif que clinique) serait collectée sur tous les services reçus par le bénéficiaire, en particulier au niveau des soins infirmiers.

- le personnel de base absent par catégorie d'absences
- le personnel d'appoint par catégorie d'appoint

et qu'elles font la différence entre les grandes catégories de personnel uniquement.

On pourrait admettre que l'intelligence humaine puisse exploiter au *maximum* une telle masse de données si les problèmes qu'elle était appelée à résoudre sur la base de ces informations étaient faciles. Ce n'est cependant pas du tout le cas en soins infirmiers. Une image simple suffira à illustrer la problématique complexe à laquelle fait face le gestionnaire des soins infirmiers. Nous supposons que le gestionnaire poursuit les deux objectifs* quantitatifs énoncés plus haut (en bref: *équilibre* entre l'offre et la demande dans chaque unité de soins à chaque quart).

Imaginons donc que le gestionnaire des soins infirmiers est un archer tirant des flèches (offre de soins) vers des cibles (demande de soins). Une quelconque cible est la demande de soins dans une Unité de soins donnée pendant un quart de travail donné. Pour atteindre une telle cible, l'archer doit tirer sa flèche *plusieurs mois à l'avance*: c.a.d. au moment de la détermination de la taille de l'équipe de base de l'unité de soins considérée. Il aura droit, *quelques semaines* à l'avance (en moyenne deux ou trois), à une rectification de la trajectoire de sa flèche au moment de la préparation de l'horaire de travail du personnel de l'Unité considérée. Enfin, *au tout dernier moment*, il pourra faire une dernière rectification de trajectoire: par l'envoi de personnel d'appoint pendant le quart considéré dans l'Unité considéré. Le problème du tir est encore compliqué par le fait que la cible est mouvante (fluctuations de la demande) et que ses mouvements sont peu contrôlables, et qui plus est, difficilement prévisibles. Enfin le tireur doit compter avec le vent (le phénomène des absences) qui peut affecter significativement la trajectoire de sa flèche et sur lequel il n'a aucun contrôle. Compte tenu des conditions très difficiles dans lesquelles le tir s'effectue, il n'y a rien d'étonnant à constater que l'archer manque souvent (utilisation sous optimale des ressources) le cœur de sa cible (n'arrive pas à réaliser l'équilibre offre demande) par une plus ou moins grande marge. On peut cependant apprendre à améliorer son tir (à mieux utiliser les ressources), mais pour cela il faut comprendre pourquoi on a manqué son coup pour ne pas répéter ses erreurs. Or les causes possibles d'un tir manqué sont nombreuses:

- tir initial mal dirigé
- première correction erronée de trajectoire
- influence du vent
- seconde correction erronée de trajectoire
- mouvements imprévus de la cible

et toutes les combinaisons possibles de ces cinq causes. Si l'on fait le décompte, il y a trente et une (31) explications possibles de l'écart entre l'offre et la demande de soins dans une Unité de soins donnée pendant un quart de travail donné. Multiplions cela par le nombre d'Unités de soins de l'hôpital et par le nombre (1095) de quarts de travail sur une année, tenons compte du fait que les Unités de soins sont en compétition les unes avec les autres (i.e.: l'archer vise simultanément plusieurs cibles et ses tirs ne sont pas indépendants les uns des autres), que les quarts de travail sont en compétition les uns avec les autres (le tir d'aujourd'hui n'est pas indépendant du tir d'hier ni du tir de demain), et nous aurons une vision assez complète de la complexité de la gestion des ressources infirmières en milieu hospitalier.

L'archer en recourant à son flair, à son expérience peut bien s'exécuter sans l'aide de l'ordinateur. C'est ce qui se fait dans la plupart de nos hôpitaux à l'heure actuelle. Mais qu'on ne s'attende pas à des miracles, les ressources très coûteuses que sont les ressources infirmières continueront à être

* dans la réalité ces deux objectifs globaux sont assortis d'une multitude de sous-objectifs, comme la minimisation du recours au personnel d'appoint par exemple.

ATTRIBUTION DU PERSONNEL D'APPOINT						1 16	SERVICE	BENEFICIAIRES							P. REQUIS	P. PREVU			P. AB													
OFFRE			DEMANDE		REMAR- QUES	NOM	CODE	CLASSE							TOTAL	P. REQUIS	P. PREVU			P. AB												
PROV	NOM	TITRE D' EMPLOI	FONC	SERVICE				1	2	3	4	5	6	13-15			17	20	23	26	29	32	35	38	I.C.	In	Au	I.C.	In	Au	I.C.	In
						NURS	300																									
						PAVILLON A																										
						1e	305																									
						2e	306																									
						3e	307																									
						4e	308																									
						5e	309																									
						6e	310																									
						PAVILLON B																										
						5e E	315																									
						5e O	316																									
						6e E	317																									
						6e O	318																									
						6e C	319																									
						7e E	320																									
						7e O	321																									
						PAVILLON C																										
						1e	325																									
						2e	326																									
						3e	327																									
						4e	328																									
						PAVILLON D																										
						2e	330																									
						PAVILLON E																										
						3e	335																									
						4e	336																									
						E V	354																									
						PSYCHIATRIE																										
						5e	365																									
						6e	366																									
						EV	367																									
						SR	394																									
						CYST	399																									
						URGENCE																										
						MAJ	405																									
						MIN	408																									
						SC	455																									
						HEM	576																									
						FORM	001																									

utilisées de façon plus ou moins rationnelle. *On continuera par exemple à recourir de façon excessive au personnel d'appoint tout simplement parce que quand on tire dans les conditions difficiles décrites ci-dessus la meilleure façon d'ajuster son tir, c'est encore de se rabattre sur la correction de trajectoire du dernier moment.* Si l'on veut changer la situation, une solution est d'appeler l'ordinateur à la rescousse. Ce n'est qu'à l'aide de celui-ci que l'on peut manipuler les masses de données disponibles pour étudier dans toute sa complexité le phénomène de construction de l'offre de ressources infirmières, les phénomènes de fluctuation de la demande et d'absentéisme et offrir au gestionnaire des explications, sur les écarts entre offre et demande, sur lesquelles il pourra se baser pour améliorer ses tirs et ses corrections de trajectoire, en fait pour fonder sa prise de décision à long, moyen et court terme.

Il convient donc de voir l'apport des différentes composantes du système PRN dans leur juste perspective. L'extrait du MODULE DE MESURE n'est qu'une donnée, précieuse certes puisque fondamentale en gestion quantitative et autrement non disponible. mais une donnée reste une donnée. Encore faut-il pouvoir l'exploiter. Dans un premier temps, l'utilisateur du module de mesure du système PRN aura intérêt à utiliser cette donnée manuellement pour apprendre à la connaître, pour en découvrir les limites. Cependant, une fois cette prise de contact réalisée, l'utilisateur se butera rapidement aux limites du traitement manuel et s'il veut tirer le maximum de profit de l'investissement qu'il fait en utilisant le MODULE DE MESURE du système PRN (ou d'un système similaire), il devra se tourner vers l'ordinateur. C'est dans cette optique que nous développons actuellement le MODULE D'AIDE À LA DÉCISION ET À L'AUTOÉVALUATION DE GESTION du système PRN.

Il est probable que l'introduction de l'informatique dans les soins infirmiers sera de prime abord mal reçue par certains acteurs pour des raisons relevant plus de l'émotivité que de l'examen froid et approfondi de la question. On criera à la déshumanisation des soins, on invoquera la robotisation du travail. Qu'on ne s'y trompe cependant pas, l'émergence de l'informatique en soins infirmiers n'est pas le fait, ne résulte pas de l'arrivée sur le marché de systèmes de mesure comme le PRN. Elle procède tout naturellement de la floraison des ordinateurs de la troisième génération (peu coûteux, très compacts et très puissants) et de l'avènement de la téléinformatique (transmission rapide, efficace et si nécessaire sur de grandes distances, de banques de données entre ordinateurs). Cette évolution est en marche, elle met l'informatique à la portée de tous les hôpitaux petits et grands et il est inévitable qu'elle transforme le champ de la gestion hospitalière dans la prochaine décennie.

L'informatisation que nous proposons dans le domaine des soins infirmiers n'est qu'un prélude. En effet, nous parlons seulement d'un système d'information limité à la gestion des soins infirmiers et centré sur une donnée relativement macroscopique: la quantité de ressource infirmière dans chaque Unité de soins à chaque quart de travail. On s'en va cependant vers le système d'information pour la gestion de TOUTES les ressources hospitalières, centré sur le bénéficiaire. Un tel système met à la disposition des gestionnaires des moyens qui sont vraiment à la mesure des exigences de rationalisation qui leur sont imposées alors qu'actuellement ils ne disposent pas d'un support adéquat pour y faire face. Il profitera directement au bénéficiaire en lui permettant de recevoir, du fait d'une meilleure utilisation des ressources, de meilleurs services dans des délais plus courts qu'actuellement. Il bénéficiera aussi directement au personnel, et en particulier au personnel infirmier, en le mettant plus à l'abri des fluctuations de charge de travail (journées surchargées succédant à des journées "trop" calmes) et en le déchargeant de certaines tâches fastidieuses et répétitives. En particulier, le temps consacré aux tâches administratives et aux échanges d'information sera réduit et l'infirmière, débarrassée de la paperasse, pourra faire plus de "nursing".

11. LE SYSTÈME PRN, L'INDIVIDUALISATION ET L'HUMANISATION DES SOINS

"L'individualisation des soins repose entièrement sur la disponibilité et la compétence de l'infirmière et l'infirmier. Elle est réalisable par une cueillette de données précises et pertinentes à l'intérieur d'une relation interpersonnelle infirmière - bénéficiaire significative. C'est à partir de ces données que les problèmes nursing spécifiques sont déterminés et les interventions choisies, mises en applications, et évaluées quant à leur résultat" ²³.

Les mêmes auteurs avancent aussi que "les soins individualisés impliquent de multiples variables qu'aucun système de calcul ne peut pondérer adéquatement" ²³. Il reste qu'à l'intérieur du contact interpersonnel infirmière - bénéficiaire et à côté de ce qu'il a de non quantifiable, l'individualisation des soins exige que certaines tâches bien précises soient réalisées par l'infirmière:

cueillette de données et
planification subséquente des soins

Or l'utilisation qui est faite dans le système PRN de la MESURE DU NIVEAU DE SOINS REQUIS (acquisition de ressources humaines pour donner les soins) est un *stimulant* direct pour MESURER LE NIVEAU DES SOINS REQUIS de la façon la plus précise et la plus complète possible. Il est cependant impossible de bien mesurer le NIVEAU DES SOINS REQUIS prévus pour le bénéficiaire si ces soins n'ont pas été planifiés adéquatement ce qui implique, comme nous l'avons vu, "une cueillette de données précises et pertinentes". La méthode de mesure propre au PRN stimule donc directement la cueillette de données et la planification des soins qui sont à la base de l'individualisation de ceux-ci.

L'individualisation des soins reste par ailleurs un vain mot si le personnel nécessaire pour donner des soins individualisés n'est pas disponible dans l'Unité de soins. Dans le système actuel de dotation des Unités en personnel, il n'est tenu compte des besoins spécifiques des bénéficiaires qu'à travers les rapports (subjectifs) fournis par l'infirmière-chef et les infirmières soignantes des Unités. On sait le peu de poids qu'ont de tels rapports, plus particulièrement à *long terme*, dans un contexte où les ressources globalement disponibles sont juste suffisantes. En fait, l'élément d'information qui prime dans la dotation est une norme statique jointe au nombre de bénéficiaires dans l'Unité, *sans distinction* de besoins, problèmes... Le mode de dotation actuel est donc essentiellement désindividualisé. Tous les bénéficiaires sont à peu de choses près considérés comme similaires faute d'informations objectives prouvant le contraire. Ce mode de gestion quantitative des ressources intrinsèquement désindividualisé, a peu de chances de favoriser l'individualisation des soins, puisqu'il fournit peu de garanties quant à l'allocation des ressources nécessaires.

Avec le PRN, on procède juste à l'inverse puisqu'on calcule la dotation des Unités à partir des besoins de chacun des bénéficiaires présents dans celle-ci. A une norme fixe, on substitue ainsi une norme variant d'un bénéficiaire à l'autre et, pour un même bénéficiaire d'un quart de travail à l'autre en fonction des besoins. On se reportera à la section traitant de la signification du niveau des soins infirmiers requis, pour se rememorer les efforts qui ont été consentis pour essayer de tenir le plus possible compte des particularités de chacun des bénéficiaires. On se rappellera en particulier que la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU reconnaît *explicitement* 85 besoins spécifiques du bénéficiaire et que le concept d'entrefilet a été créé pour moduler chacun de ces besoins spécifiques donnant ainsi naissance à 214 facteurs différents. On pouvait difficilement aller plus loin dans l'individualisation de la mesure des soins requis. Le PRN est donc une tentative systématique d'individualisation de la gestion quantitative des

des ressources. Il est raisonnable de penser que celle-ci, à son tour, favorise l'individualisation au niveau des soins. Le contraire semble hautement improbable.

On se trouve donc en face d'une dialectique intéressante: l'individualisation des soins exige pour être mise en pratique que des ressources humaines en quantité suffisante soient présentes dans l'Unité et la mesure du niveau aide à rencontrer cette exigence. Par ailleurs, la mesure du niveau exige que la planification des soins soit "bien" faite, celle-ci à son tour exigeant une "bonne" cueillette de données, ces deux conditions étant elles-mêmes des prérequis à l'individualisation des soins.

"L'humanisation des soins est un concept plus large que celui de soins individualisés. Il suppose un ensemble de mesures tant organisationnelles que cliniques visant à rendre moins impersonnelles et techniques les différentes composantes d'un milieu de même que les soins qui y sont prodigués, répondant ainsi plus adéquatement aux aspirations des hommes qui les vivent"²³. La question est donc de savoir si le système PRN rend moins ou plus impersonnel et technique le milieu des soins, ou s'il n'a pas d'influence à cet égard.

Certains^{2 3 17} ont voulu voir dans le système PRN, un système d'organisation du travail de type Tayloriste et en ont conclu que le PRN était agent déshumanisant. Ce rapprochement, issu de la similitude purement formelle de certaines caractéristiques de l'approche PRN et de celle de Taylor, ne résiste guère à une analyse un peu approfondie.

Taylor pour mesurer commence d'abord par *décomposer* le savoir-faire ouvrier en actes élémentaires et cela grâce à l'observation. Il *chronomètre* ensuite chacun de ces actes, mais pas dans des *conditions moyennes* avec le *travailleur moyen*. Il choisit plutôt de retenir comme norme, le temps d'exécution de la tâche par le travailleur le plus rapide opérant dans des conditions idéales. Ensuite ces normes sont imposées *d'en haut* aux ouvriers et éventuellement le travail sera complètement réorganisé, l'ensemble des gestes de l'homme de métier étant *distribué en unités* à des travailleurs différents qui n'auront à la limite qu'un seul geste à répéter tout au long de leur journée de travail. Les travailleurs dépossédés de leur savoir faire perdent ainsi tout contrôle sur leur travail¹⁷.

Il existe une certaine similitude entre la méthode de mesure de Taylor et celle du PRN: la décomposition des tâches du personnel infirmier en actions élémentaires appelées *actions nursing*. Cependant la ressemblance s'arrête là. Même au niveau de la décomposition des tâches, si on accepte d'y regarder de plus près, on s'aperçoit que la similitude n'est qu'apparente: l'action élémentaire dans le système PRN, à savoir l'action *nursing*, est en fait un assemblage complexe d'actes "verbaux" et "non verbaux", non nécessairement consécutifs dans le temps, prenant éventuellement place en des lieux différents, alors que la tâche élémentaire chez Taylor est une succession de gestes interreliés dans le temps et posés à la place de travail de l'ouvrier. Cette différence fondamentale a des implications immédiates sur la méthode de mesure elle-même: le chronométrage possible chez les ouvriers de Taylor est impossible en soins infirmiers où nous avons plutôt recouru aux *mesures subjectives de temps par les infirmières elles-mêmes*. De plus, et contrairement à ce que faisait Taylor, nous avons demandé aux infirmières de nous fournir le temps requis pour exécuter les tâches par une équipe soignante *normale* pour le *bénéficiaire moyen* en exerçant une pratique reconnue comme *normale*. Les normes PRN sont issues des opinions de plusieurs centaines d'infirmières. On est loin du chronométrage de l'infirmière la plus compétente, la plus expérimentée et la plus habile, travaillant avec le bénéficiaire "le plus facile" dans des conditions où tout serait fait pour l'aider dans sa tâche.

La contradiction entre PRN et Taylor continue si l'on examine l'utilisation qui est faite de la décomposition du travail dans les deux méthodes. Taylor "décompose" pour mesurer les actes mais aussi et surtout pour réorganiser le travail, et éventuellement le distribuer en unités élémentaire, les travailleurs

devenant des "spécialistes" d'une seule action. Dans le PRN par contre, on décompose seulement pour arriver à mesurer. De plus, les mesures associées à chaque action ne sont pas utilisées comme telles mais seulement pour parvenir à une mesure globale du personnel requis dans chaque Unité à chaque quart de travail. Il n'est donc pas question d'imposer ces normes au niveau de chaque action nursing, ni même au niveau de leur total pour chaque bénéficiaire. Il n'est pas non plus question d'utiliser la décomposition de l'exercice infirmier pour créer des catégories de personnel spécialisé dans telle ou telle action nursing. Le système PRN n'a en fait aucun impact et n'impose aucune contrainte sur la façon dont le personnel infirmier organise son temps, programme ses activités. Il est parfaitement neutre à cet égard. Si, en dépit de cela, on voulait "forcer le système" et l'utiliser malgré tout à des fins pour lesquelles il n'est pas conçu, on se heurterait à des obstacles insurmontables car le "travail infirmier" s'il est quantifiable dans une certaine mesure au niveau global d'une Unité de soins pendant un quart de travail ne l'est pas en ce qui concerne une action nursing pour un bénéficiaire particulier par une infirmière particulière.

Pour terminer cette comparaison entre Taylorisme et PRN, on notera encore que si chez Taylor les normes sont imposées d'en haut, dans le cas du PRN les normes sont, à toute fin pratique, déterminées indirectement au jour le jour par les infirmières lorsqu'elles planifient les soins des bénéficiaires. Les temps des actions nursing (valeurs des facteurs) sont certes déterminés à priori dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU mais c'est l'infirmière qui choisit les actions nursing (en qualité et en quantité). Concrètement cela signifie que l'infirmière a le "contrôle" sur le niveau de soins des bénéficiaires** et à travers ces niveaux, sur la norme par excellence, la quantité de ressources humaines requises dans l'Unité de soins à chaque quart de travail. Ainsi au lieu de "déposséder" l'infirmière du contrôle de son travail, bien au contraire le système PRN lui fournit les outils lui permettant d'aller chercher les ressources suffisantes pour qu'elle puisse organiser son travail comme elle l'entend.

Cette parenthèse fermée, examinons de façon plus réaliste l'influence que peut avoir le PRN sur l'humanisation des soins. On voit alors que le système PRN, en fournissant au gestionnaire un indicateur sur la quantité de personnel requis, l'aide dans sa tâche d'allocation de ressources humaines suffisantes pour répondre aux besoins des bénéficiaires. Par là même, on peut dire que le PRN favorise activement l'humanisation des soins. Le manque de personnel est en effet un obstacle à l'humanisation:

"Trop peu nombreux, il manque de temps, il ne peut guère s'occuper que de l'objet technique du travail et l'aspect spécifiquement humain risque d'être négligé" ¹².

On notera en plus que la place accordée dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU aux *besoins fondamentaux* du bénéficiaire par rapport à ses besoins techniques est susceptible de favoriser de façon significative l'humanisation des soins. Si on se réfère plus particulièrement aux *besoins psychosociaux du bénéficiaire*, on constatera qu'on en tient compte:

- dans la FORMULE DE MESURE DU NIVEAU:
 - à travers les facteurs du groupe "communications": 29 facteurs différents rendant compte de 13 besoins spécifiques du bénéficiaire et/ou de ses proches
 - à travers certains facteurs d'autres groupes; par exemple: observation systématique, soins de beauté...
 - à travers la VALEUR accordée à chacun des facteurs où on a tenu compte du temps requis par les actes de support des actions nursing, en particulier les actes suivants:
 - donner au bénéficiaire des informations générales relatives à l'action nursing

* sous réserve de vérification par l'infirmière-chef.

** dans les établissements qui n'utilisent pas le PRN, les infirmières n'exercent pas ce contrôle puisqu'à toute fin pratique, c'est la norme traditionnelle qui prévaut pour tous les bénéficiaires, quels que soient leurs besoins

- observer systématiquement (cueillette de données) le comportement, les attitudes, les réactions physiques et psycho-sociales du bénéficiaire du point de vue de l'action nursing pendant l'action nursing
- communiquer verbalement et/ou non-verbalement avec le bénéficiaire pendant l'action nursing
- dans les autres NORMES du MODULE DE MESURE:
 - les C.S.B. qui tiennent compte de toutes les communications du personnel infirmier au sujet du bénéficiaire

On notera aussi que d'autres normes du MODULE DE MESURE rendent compte des *besoins du personnel*:

- *la norme de temps personnel, de formation en cours d'emploi et de réunion* par laquelle le système prévoit trente-cinq (35) minutes par membre du personnel par quart de travail pour les activités précitées, en plus des *soixante-quinze (75) minutes* déjà prévues par les conventions collectives pour la pause-café et la période de repas

Le système PRN accorde ainsi une large place aussi bien aux besoins psycho-sociaux des bénéficiaires qu'à ceux des membres du personnel. On peut toujours prétendre que toute mesure est déshumanisante; la mesure étant inévitable puisqu'il faut bien allouer les ressources sur une base ou une autre, nous avons essayé de pallier à son caractère déhumanisant intrinsèque, en tentant le pari de mesurer le peu mesurable. Comme nous venons de le montrer nous y avons en partie réussi. Cela a été possible parce que plutôt que de recourir au chronomètre trop "froid" pour mesurer autre chose que ce qui est strictement observable, nous avons demandé à l'humain de mesurer l'humain. C'est là le véritable pari de l'approche PRN. Les infirmières soignantes et les experts sur les comités ont accepté de se plier à l'exercice difficile de mesurer le temps d'actions accomplies par des humains pour des humains non pas considérés comme des organismes malades mais bien comme des individus avec des problèmes, des joies et des craintes, dotés certes d'organes, mais aussi d'une âme et d'un cœur et ayant un rôle familial, communautaire et social.

12. CONCLUSION

Le système PRN, on l'a vu, est perfectible sous bien des aspects. Cela admis et le problème de la détermination de la valeur intrinsèque du système une fois résolu, la question qui se pose véritablement et que l'existence du PRN ou de systèmes similaires ne permet pas d'éviter, est celle de l'alternative: refuser les "systèmes" revient à choisir le statu quo, c'est-à-dire la gestion artisanale "au nez, à l'oreille et à la bouche", gestion par certains côtés plus humaine, parce qu'elle ne s'en remet qu'aux impressions, à l'expérience et au jugement. Qu'on ne se le cache cependant pas, c'est aussi cette même gestion "humaine" qui est forcée au bout du compte de se plier aux normes actuelles parce qu'elle n'a rien d'objectif à opposer à cette objectivité là.

Nous sommes de ceux qui croient que l'avenir appartient à la gestion scientifique articulée autour de systèmes comme le PRN. On peut n'y voir qu'un pis aller, une solution de moindre mal. Nous en attendons au contraire un véritable progrès humain, le principal bienfait de la gestion scientifique étant d'amener jugement et expérience à s'exercer de façon privilégiée, dans le champ où ils excellent et sont irremplaçables, là où les valeurs entrent en jeu.

Le "management" débarasse le gestionnaire des problèmes "de cuisine" où les outils mathématiques et informatiques sont en général plus "performants" que lui, pour lui permettre de se concentrer sur les aires vitales de son organisation: celles des décisions stratégiques et politiques. En ce sens, la gestion scientifique est humanisante puisqu'elle déplace le champ dans lequel l'homme s'exprime, de l'insipide et du fastidieux vers le stimulant et le créateur.

RÉFÉRENCES

1. Adam E. et al. *Guide pour la démarche nursing*, Faculté de Nursing, Université de Montréal, 1976
2. Beaulieu R.; Blais M.; Chaput P.; De Marchi D.; Lamontagne C.; McKinley L.; Tardif M.: *Etude et Analyse du Système P.R.N. 76*, Syndicat Professionnel des Infirmières et Infirmiers du Québec, Québec, 1980
3. Billette A.: Problématique sur une nouvelle technique de gestion des soins infirmiers: le système PRN, dans *Travailler au Québec, Actes au colloque annuel de ACSALF*, Editions coopératives Albert Saint-Martin, Montréal, pp. 51-60, 1981
4. Carle J.; Audette L.M.; Simard A.; Tilquin C.: *PRN 76: Un système d'information pour la gestion soins infirmiers - guide de l'usager de la formule de mesure du niveau des soins infirmiers requis*, Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé, (E.R.O.S.), Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1978
5. Carle J.; Messier C.; Saulnier D.; Paquin T.; Lambert P.; Tilquin C.; *PRN 76 Un système d'information pour la gestion des soins infirmiers - guide de l'usager de la formule de plan de soins*, Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (E.R.O.S.), Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1979
6. Chagnon M.; Audette L.M.; Lebrun L.; Tilquin C.: *Rapport de recherche du Projet PRN 74*, Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1975
7. Chagnon M.; Audette L.M.; Lebrun L.; Tilquin C.: Patient Classification by Level of Nursing Resources Requirements, *Nursing Research*, Vol. 27, No. 2, pp. 107-112, 1978
8. Chagnon M.; Audette L.M.; Lebrun L.; Tilquin C.: Validation of a Patient classification by Level of Nursing Resources Requirements, *Medical Care*, Vol. 16, No. 6, pp. 465-475, 1978
9. Chagnon M.; Audette L.M.; Lebrun L.; Tilquin C.: Seeking a Methodology for the Development of a Patient Classification, *Proceedings of the AIE/ORSA/HMSS Joint National Conference on Health System Productivity Improvement*, pp. 44-60, 1976
10. Chagnon M.; Laberge-Nadeau C. et collaborateurs: *Rapport de recherche du projet IRODOM - Module Nursing*, Hôpital Sainte-Justine, Montréal, 1973
11. Collectif des professeurs du CEGEP Edouard-Montpetit, *Plan de soins*. Techniques infirmières, CEGEP Edouard Montpetit, Montréal, 1973.
12. Delorme P.: *L'hôpital humanisé*, Les Editions sociales françaises, Paris, 1959
13. Exchaquet N.F.; Zublin L.: *Guide pour le calcul de la dotation en personnel soignant des services de malades des hôpitaux généraux*, Etude des soins infirmiers en Suisse, Berne, Suisse, 1975
14. Giovannetti P.: *Patient Classification Systems in Nursing: A Description and Analysis*, U.S. DHEW, Publication No. (HRA) 78-22, 1978
15. Grant N.K.: *A Method for calculating Nursing Workload Based on Individualized Patient Care*, Unpublished Doctoral Thesis, University of Edinburgh, Scotland, 1977

16. Hundert, M.J.: *Simulation Model of the Delivery of Nursing Care in Nursing Homes*, Paper presented at the Chicago ORSA/TIMS, meeting, May 1, 1975, Medicus Corporation, 1725 West Harrison St., Chicago, Illinois 60612, 1975
17. Lamarche F.; Doré M.: "L'organisation du travail et les travailleurs", dans *La Crise et les Travailleurs*, Compte-rendu du colloque tenu sur la crise et les travailleurs, les 12 et 13 octobre 1979 à l'UQUAM, Faculté de l'Éducation Permanente, Université de Montréal, pp. 83-91, 1980
18. Linstone H.A.; Turoff M.: *The Delphi Method. Techniques and Applications*, Addison - Wesley, Reading, Massachusetts, 1975
19. Mayers M.G.: *A Systematic Approach to the Nursing Care Plan*, Appleton-Century-Crofts, New York, 1978
20. McDonnell I.A.K.; Murray G.B.: An Index of Care, *Medical Services Journal* (Canada), Vol. 21, No 8, pp. 499-517, 1965
21. Meyer D.: *GRASP - A Patient Information and Workload Management System*, MCS Morganton, N.C., 1978
22. Norby R.E.; Freund L.E.; Wagner B.: A Nurse Staffing System Based upon Assignment Difficulty, *Journal of Nursing Administration*, November 1977, pp. 2-24, 1977
23. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, *Commentaires du Bureau de l'Ordre sur le système P.R.N.*, Publication de l'O.I.I.Q., Montréal, 1980
24. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, *Le Nursing en Toxicomanie*, Publication de l'O.I.I.Q., Montréal, 1977
25. Orem D.E.: *Nursing Concepts of Practice*, 2d ed. McGraw-Hill, Toronto 1980
26. Pati B.: Introducing the "Patient Care Information System", in *Breakthrough, the Journal of Nursing Administration*, p. 8, February 1981
27. Rousseau C.: Le modèle conceptuel d'Orem: (I) une vision renouvelée de la profession; (II) ses incidences sur les soins infirmiers, *L'infirmière canadienne*, Septembre 1980, pp. 16-19, Octobre 1980, pp. 16-20, 1980
28. Scholes M.; Barber B.: Toward Nursing Informatics, in the *Proceedings of Medinfo 80*, Lindberg/Kaihara Editors, North Holland Publishing Company, Amsterdam, pp. 70-79, 1980
29. Theureau J.: *L'analyse des activités des Infirmiers(es) des unités de soins hospitaliers*, Collection de physiologie du travail et d'ergonomie du C.N.A.M., cahier No. 64, Conservatoire National des Arts et Métiers, Paris, France, 1979
30. Tilquin C.; Carle J.; Saulnier D.; Messier C.; Lambert P.; Paquin T.: Le Système PRN 76: Pour une approche plus scientifique en gestion des soins infirmiers, *L'administrateur hospitalier*, Printemps 1980, pp. 21-24 et Été 1980, pp. 21-25, 1980
31. Tilquin C.; Audette L.M.; Carle J.; Lambert P.: *PRN 76: Un système d'information pour la gestion des soins infirmiers - guide du module de mesure du personnel requis dans chaque unité de soins à chaque quart de travail*, Equipe de Recherche Opérationnelle en santé, (E.R.O.S.), Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1978

32. Tilquin C.; Carle J.; Messier C.; Saulnier D.; Lambert P.; Paquin T.; *PRN 76 Un système d'information pour la gestion des soins infirmiers - Rapport de recherche 1978*, Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé, (E.R.O.S.), Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1978
33. Tilquin C.: Un cadre conceptuel et méthodologique pour les classification de malades selon leurs besoins en soins infirmiers, *Actes de la Première Conférence Internationale sur la Science des systèmes dans le domaine de la santé*; A.M. Coblentz et J. Walter Editeurs, Taylor and Francis, London, pp. 289-296, 1977
34. Tilquin C.: *Complexité, cybernétique et recherche opérationnelle*, texte d'une communication présentée au 17e Congrès de l'Association des Hôpitaux du Québec, Québec, 1980 (à paraître)
35. Travelbee J.: *Interpersonal Aspects of Nursing*, F.A. Davis, Philadelphia, 1971.
36. Warner M.D.; Holloway D.C.: *Decision Making and Control for Health Administration*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1978

INDEX

A

	Facteur/Chapitre
Abdominale	
- bande...	F. 146-147
- contention...	F. 067
Acétest	F. 207-208
Actes de support	Chapitre 3-5
Activité	
- administrative	Chapitre 8
- d'entretien	Chapitre 8
- organisation de l'... voir <i>Organisation</i>	
- psychothérapique de groupe	F. 087-088-089
- psychothérapique avec les proches	F. 085-086
- récréative	F. 070
- récréative thérapeutique (pr.c.)	F. 073 à 096
- de sortie socio-thérapeutique de groupe	F. 094-095-096
- thérapeutique éducationnelle de groupe	F. 092-093
- thérapeutique occupationnelle de groupe	F. 090-091
Adhérences, extraction d'...	F. 059
Administration d'un médicament voir <i>Médicament</i>	
Administration d'O ₂ voir <i>Oxygène</i>	
Admission	Chapitre 4-6
Aérosol:	
- guider	F. 010
- pr.c.	F. 011
Agrafes, enlever les...	F. 153
Alimentation:	
- aide complète	F. 025
- aide partielle	F. 024
- allaitement maternel	F. 020-022
- bénéficiaire autonome	F. 023
- hydratation seulement	F. 026
- nouveau-né ou nourrisson	F. 020-021-022
- nouveau-né ou nourrisson (précautions spéciales)	F. 022
- sonde gastrique	F. 028 à 031
- participation des parents	F. 020-022
Allaitement maternel	F. 020-022
Ambu	F. 008-009
Amniocentèse, assister M.D. pour l'...	F. 213-214
Analyse simple, prélèvement pour l'...	F. 198-199
Appareil	
- auditif, ajuster régulièrement l'...	F. 146-147
- orthopédique	F. 060-061-062, 146-147
- à succion	F. 012 à 015, 128-129-130
- vérifier l'... (acte de support)	Chapitre 3-5

	Facteur/Chapitre
Application	
- de la contention	F. 067
- de l'onguent	F. 032, 038, 097 à 100, 150-151, 154 à 162, 165 à 172
- de la poudre médicamenteuse	F. 097 à 100, 154 à 162
- du sac de glace ou d'eau chaude	F. 148-149
- de la solution	F. 097 à 100, 154 à 162, 165 à 172
- de la technique d'isolement	F. 173-174
- du ventilateur manuel	F. 008-009
Arrêt cardio-respiratoire (imprévu)	Chapitre 6
Artériel(le),	
- irrigation du cathéter...	F. 180 à 183
- médicament par voie...	F. 104 à 108
- assister pr.c. pour la ponction...	F. 204-205-206
- pression sur site...	F. 152
- tension... (T.A.)	F. 180 à 185
Asepsie	F. 143-144-145
Aspiration des sécrétions	
- buccales	F. 012 à 015
- endotrachéales	F. 012 à 015
- naso-pharyngées	F. 012 à 015
Assister:	
- bébé au "petit-pot"	F. 032
- bénéficiaire à la toilette	F. 033, 036-037-038
- examen ou RX (pr.c.)	F. 211-212
- M.D., intervention (pr.c.)	F. 213-214
- personnel extérieur à l'Unité de soins	Chapitre 4
Auscultation des poumons	F. 019
B	
Bain	
- avec aide complète	F. 041-042, 047 à 049
- avec aide partielle	F. 041-042, 045-046
- à la baignoire	F. 041 à 046, 048-049 051-052
- au bénéficiaire 0-4 ans	F. 041-042
- au bénéficiaire autonome	F. 043-044
- au brûlé	F. 050-051-052
- médicamenteux	F. 041 à 052
- de siège	F. 042, 044, 046, 049
- tourbillon	F. 041 à 046, 048-049, 051-052
- de trempage	F. 042, 044, 046, 049
Balance métabolique	F. 194-195
Ballon-balais <i>voir Activité</i>	
Balonnnet de la canule trachéale ou du tube endo-trachéal	F. 018-019
Bandage	F. 146-147, 156 à 162, 165 à 172

	Facteur/Chapitre
Bande	F. 146-147
Barbe	F. 056
Bas:	
- aide complète pour habillage civil complet	F. 041-042, 053
- aide partielle pour habillage civil	F. 041 à 052
- thérapeutique	F. 146-147
Bassin de lit	
- ordinaire	F. 033-034-035, 037-038
- orthopédique	F. 032 à 035, 037-038
- "petit pot"	F. 032
Baignoire,	
- bain à la...	F. 041 à 046, 048-049, 051-052
- désinfecter la...	F. 041 à 046, 048-049, 051-052
Bassinette,	
- capitonner chaque barre de la...	F. 067
- désinfecter la...	F. 041-042
Béquilles,	
- aide pour lever avec...	F. 060-061-062
- aide pour marcher avec...	F. 061-062
Bébé,	
- alimentation du...	F. 020-021-022
- couches de...	F. 032
- prendre et/ou bercer le...	F. 020-021-022, 070, 073 à 084
Berceau,	
- capitonner chaque barre du...	F. 067
- désinfecter le...	F. 041-042
Biberon	F. 020-021-022
Bijoux, mettre et replacer les...	F. 056
Biopsie, assister M.D. pour la...	F. 213-214
Blouse:	
- aide complète pour habillage civil complet	F. 041-042, 053
- aide partielle pour habillage civil	F. 041 à 052
- isolement non stérile	F. 173
- isolement stérile	F. 174
Bouche, soins de la...	F. 041 à 052, 054-055
Bouteille et/ou sac	
- de l'appareil à succion	F. 012 à 015, 128 à 130
- de collection ou de drainage	F. 038, 118 à 120, 124 à 139, 196 à 202, 213-214
- de gavage	F. 028 à 031
- de l'irrigation	F. 132 à 139
- de soluté	F. 109 à 120, 188-189
Bracelet:	
- bijoux	F. 056
- contention	F. 067
- d'identification, vérifier le ... (acte de support)	Chapitre 3-5

	Facteur/Chapitre
Breuvage	F. 020 à 026
Brossage	
- des cheveux	F. 041 à 052, 057-058-059
- des dents	F. 041 à 052, 054-055
- des mains (technique d'isolement)	F. 173-174
Brûlé:	
- appl. d'onguent	F. 165 à 172
- débridement de plaies	F. 163
- hydrothérapie	F. 050-051-052
- pansement	F. 165 à 172
- technique d'isolement	F. 173-174
Budget de l'Unité de soins (activité non-quotidienne)	Chapitre 8
Burette, médicament par...	F. 104 à 108
 C	
Cagoule:	
- aide complète pour habillage civil complet	F. 041-042, 053
- aide partielle pour habillage civil	F. 041 à 052
- oxygène par...	F. 016
- pansement	F. 156 à 162, 165 à 172
- thérapeutique	F. 146-147
Camisole:	
- aide complète pour habillage civil complet	F. 041-042, 053
- aide partielle pour habillage civil	F. 041 à 052
- contention	F. 067
- thérapeutique	F. 146-147
Canne,	
- aide pour lever avec la...	F. 060-061-052
- aide pour marcher avec la...	F. 061-062
Canule artérielle <i>voir Cathéter artériel</i>	
Canule endo-trachéale	F. 018-019
Capacité vitale	F. 209-210
Casque protecteur	F. 146-147
Cathéter artériel,	
- irrigation d'un...	F. 104 à 108
- irrigation d'un... pour lecture T.A./T.P.C.	F. 180 à 183
- médicament par le...	F. 104 à 108
- prélèvement de sang par le...	F. 204-205-206
Cathéter, installer un...	
- dans une plaie	F. 121-122
- oculaire	F. 121-122
- à oxygène	F. 016
- sonde gastrique	F. 121-122
- veineux (court)	F. 109-110
- vésical	F. 121-122
Ceinture:	
- aide complète pour habillage civil complet	F. 041-042, 053
- aide partielle pour habillage civil	F. 041 à 052
- contention	F. 067

	Facteur/Chapitre
Chaise d'aisance	F. 032 à 038
Chaise roulante	F. 060-061-062
Chaleur:	
- lampe thérapeutique	F. 154-155
- pansement	F. 156 à 162
- sac d'eau chaude	F. 148-149
Changement	
- de couches	F. 032-037
- de literie	F. 041 à 052, 063-064
- de position (acte de support)	Chapitre 3-5
Cheveux:	
- brosser et peigner	F. 041 à 052, 057 à 059
- coupe et mise en plis	F. 058
- extraction d'adhérences	F. 059
- laver, sécher, mise en plis	F. 041-042, 057 à 059
Cigarettes:	
- actions préventives (incendie, accident)	F. 070
- activité récréative thérapeutique (pr.c.)	F. 070, 073 à 084
- allumer les...	F. 070
- distribuer les... (activité administrative)	Chapitre 8
Cinéma <i>voir Activité</i>	
Civière,	
- préparer la... (activité d'entretien)	Chapitre 8
- préparer la... pour Hydrothérapie	F. 050-051-052
- transport sur... <i>voir Déplacement</i>	
Clinitest	F. 207-208
Coeur foetal, évaluation du...	F. 190
Collation:	
- du bénéficiaire	F. 020 à 026
- préparation et rangement du chariot de... (activité d'entretien)	Chapitre 8
Collecte	
- d'expectorations	F. 196
- de selles	F. 196
- d'urine	F. 197
Collier:	
- bijoux	F. 056
- de glace	F. 148-149
- trachéal	F. 016
Colostomie,	
- entretien de...	F. 039-040
- irrigation de...	F. 138-139
Collyre	F. 097 à 100
Communication	
- verbale et/ou non-verbale, avec le bénéficiaire et/ou les proches:	
- enseignement	F. 068-069
- information relative à une action nursing (acte de support)	Chapitre 3-5
- pendant l'action nursing (acte de support)	Chapitre 3-5
- thérapeutiques ind. avec le bén.	F. 070 à 084
- thérapeutiques avec le bén. dans un groupe	F. 087 à 096
- thérapeutiques avec le bén. et/ou les proches	F. 071, 085-086

	Facteur/Chapitre
- verbale et/ou non-verbale au sujet du bénéficiaire (C.S.B.):	
- avec les médecins	Chapitre 5.5.-8
- entre les membres du personnel	Chapitre 5.5.-8
- avec les proches	Chapitre 5.5.-8
- avec les autres services	Chapitre 5.5.-8
- verbale et/ou non-verbale reliée au fonctionnement de l'Unité de soins: (activité administrative)	
- entre les membres du personnel	Chapitre 5.5.-8
- avec les autres services	Chapitre 5.5.-8
- avec le service des Soins Infirmiers	Chapitre 5.5.-8
Comptabilité <i>voir Activité</i>	
Condom urinaire,	
- installer le...	F. 034, 037
- prélèvement d'urine par...	F. 197 à 202
Conférence adm. et clin. à l'Unité de soins (activité non quotidienne)	Chapitre 8
Congé du bénéficiaire	Chapitre 4-6
Conscience, état de...	F. 186-187
Contagion, technique préventive de...	F. 173-174
Contractions utérines, évaluation des...	F. 190
Contention, application d'une...	F. 067
Coquille oculaire:	
- avec pansement	F. 156 à 160
- sans pansement	F. 154-155
Corset:	
- aide complète pour habillage civil complet	F. 053
- aide partielle pour habillage civil	F. 041 à 052
- contention	F. 067
- moulé cervico ou dorso-lombaire	F. 147
Côté de lit (acte de support)	Chapitre 3-5
Couches:	
- bébé	F. 032
- incontinence	F. 033-037
Coupe de cheveux et lavage de tête	F. 058
Crédé, méthode de...	F. 032, 035
Croupette	F. 017
C.S.B. (Communication au Sujet du Bénéficiaire)	Chapitre 8
Cueillette de données:	
- investigation auprès des proches	F. 071
- investigation générale avec le bénéficiaire	F. 071
- investigation spécifique avec le bénéficiaire	F. 072
- observation du bénéficiaire <i>voir Observation systématique</i>	
- recueil de données provenant de différentes sources: médecin, travailleur social, dossier, etc. (C.S.B.)	Chapitre 5.5-8
Cuisine <i>voir Activité</i>	
Culture d'urine, prélèvement pour...:	
- guider et diriger	F. 200
- aide complète	F. 201-202

	Facteur/Chapitre
- cachéter ou condom urinaire (guider et diriger)	F. 200
- cathéter ou condom urinaire (aide complète)	F. 201-202
Curage rectal	F. 132 à 136
Cystostomie, entretien de...	F. 039-040
 D	
Débit:	
- dialyse péritonéale	F. 118-119-120
- gavage	F. 028 à 031
- perfusion	F. 111 à 117, 188-189
Débridement de plaie	
- avec compresse	F. 154 à 162, 165 à 172
- avec pince et ciseau	F. 163
Décès (imprévu)	Chapitre 6
Décompte	
- des compresses	F. 118 à 120, 156 à 162 169 à 172
- des narcotiques (activité administrative)	Chapitre 8
- des serviettes sanitaires	F.152
Densité urinaire	F. 207-208
Déplacements	
- à l'intérieur de l'unité de soins avec ou sans le bén.	Chapitre 8
- à l'extérieur de l'unité de soins avec ou sans le bén.	Chapitre 8
Désinfecter	
- le berceau, la bassinet	F. 041-042
- l'isolette (activité d'entretien)	Chapitre 8
- le lit (activité d'entretien)	Chapitre 8
- la peau	F. 018-019, 038 à 052, 109-110, 121-122, 143 à 145, 152 à 162, 164 à 172, 188-189, 200 à 202, 204 à 206, 213-214
- la plaie	F. 154 à 172
- le site d'injection	F. 101 à 110, 156-157, 188-189
Dévêtir	F. 041 à 053, 194-195
Dialyse péritonéale	
- ambulatoire	F. 118
- 1-17 cycles	F. 119
- 18 cycles ou plus	F. 120
Diarrhée	F. 037
Diète	F. 020 à 026, 028 à 031
Dissection veineuse, assister M.D. pour la...	F. 213-214
Dosage ing. et/ou exc.	F. 191-192-193
Douche	F. 041 à 046, 048-049

	Facteur/Chapitre
Dossier,	
- rédaction et révision du... (C.S.B.)	Chapitre 8
- contrôle du... (activité administrative)	Chapitre 8
Douleur, vérifier la sensibilité à la...	F. 186-187
Drains	
- thoraciques, manipulation des...	F. 131
- tirer les...	F. 158 à 162
Drainage	
- libre	F. 124-125
- postural	F. 005-006-007
- sous l'eau (circuit fermé)	F. 126-127
- succion continue	F. 128-129-130
- thoracique	F. 126-127
- vésical	F. 038
 E	
E.C.G.:	
- assister ou faire un...	F. 211-212
- observer le tracé cardiaque sur moniteur	F. 175 à 179
Echange verbal et/ou non verbal voir <i>Communication</i>	
Echarpe	F. 146-147
Ecole voir <i>Activité</i>	
Embauche du personnel (activité non quotidienne)	Chapitre 8
Enseignement, toutes sortes d'...	F. 068-069
Ensemencement de sécrétions oculaires	F. 203
Entretien:	
- équipement (activité d'entretien)	Chapitre 8
- fistule	F. 158-159-160
- ranger la chambre et le matériel (acte de support)	Chapitre 3-5
- régulier de l'Unité de soins (activité d'entretien)	Chapitre 8
- de sonde vésicale	F. 038
- stomie	F. 039-040
Entrevue	
- de cueillette de données:	
- investigation auprès des proches	F. 071
- investigation générale avec le bénéficiaire	F. 071
- investigation spécifique avec le bénéficiaire	F. 072
- de psychothérapie avec le bénéficiaire	F. 073 a 081
- de psychothérapie avec les proches	F. 085-086
Environnement, créer un... favorable	F. 070
- relié à une action nursing spécifique (acte de support)	Chapitre 3-5
Escarre:	
- pansement d'...	
- 1er et 2e degré	F. 156-157
- 3e degré avec atteinte musculaire	F. 161-162
- 3e degré avec écoulement	F. 158 a 160
- plaie à l'air	F. 154-155

	Facteur/Chapitre
Esthétique:	
- activité récréative ou thérapeutique voir <i>Activité</i>	
- soins de beauté	F. 056
Etat	
- du bénéficiaire, observer l'... voir <i>Observation systématique</i>	
- de conscience	F. 186-187
- de la peau, inspecter l'... (membre en traction)	F. 146-147
- de la peau, observer l'... voir <i>Observation systématique</i>	
Evaluation du coeur foetal et/ou contractions utérines	F. 190
Eventail	F. 001
Evier, exécuter la toilette à l'...	F. 041 à 046, 050-051-052
Examen	
- action nursing post-examen (suivre les Règles d'utilisation de la formule de mesure)	Chapitre 4
- action nursing pré-examen (suivre les Règles d'utilisation de la formule de mesure)	Chapitre 4
- gynécologique, assister pr.c. pour...	F. 211-212
- physique, assister pr.c. pour...	F. 211-212
Excréta (dosage)	F. 191-192-193
Exercices	
- musculaires (pr.c.)	F. 065-066
- physio-respiratoires (pr.c.)	F. 005-006-007
- respiratoires (guider)	F. 002
- respiratoires (pr.c.)	F. 003-004
- spirométriques (guider)	F. 002
- spirométriques (pr.c.)	F. 003-004
Expectorations,	
- collecte d'...	F. 196
- faire tousser et cracher	F. 002-003-004
Expression corporelle voir <i>Activité</i>	
Extraction	
- d'adhérences et lavage de tête	F. 059
- de lait	F. 027
F	
Faire tousser et cracher	F. 002-003-004
Fauteuil, lever au...	F. 060-061-062
Filtrer les urines	F. 197
Fistule, entretien de...	F. 158-159-160
Force inspiratoire, mesure de la...	F. 209-210
Forge voir <i>Activité</i>	
Formation en cours d'emploi	Chapitre 8
Formulaire d'entrevue, cueillette de données avec le...	F. 071-072
Friction et installation	
- après le bain, l'après-midi, au coucher	F. 041 à 052
- 4 fois ou plus (1-2 pers. inf.)	F. 063
- 4 fois ou plus (3 pers. inf. ou plus)	F. 064

	Facteur/Chapitre
Froid, application de...	F. 148-149, 156-157
 G	
Gant:	
- aide complète pour habillage civil complet	F. 041-042, 053
- aide partielle pour habillage civil	F. 041 à 052
- contention (mitaine)	F. 067
- pansement	F. 156 à 162, 165 à 172
- stérile ou non stérile (acte de support)	Chapitre 3-5
- stérile ou non stérile (technique d'isolement)	F. 173-174
Gavage:	
- à la seringue	F. 029-030-031
- au moyen d'une pompe	F. 028
- en goutte à goutte	F. 028 à 031
- en permanence	F. 028
- avec pr.c.	F. 031
Greffe cutanée, soins de...:	
- onguent	F. 097 à 100, 150
- onguent avec enveloppement	F. 151
- plaie à l'air	F. 154-155, 164
- pansement	F. 156 à 162
Glace	
- collier de...	F. 148-149
- cubes de... (diète absolue)	F. 026
- cubes de... (pot d'eau)	F. 020 à 025
- sac de...	F. 148-149
Glaise voir <i>Activité</i>	
Goutte (médicament)	F. 097 à 100
Groupe, activité de...:	
- enseignement	F. 068-069
- psychothérapique	F. 087-088-089
- sortie socio-thérapeutique	F. 094-095-096
- thérapeutique éducationnelle	F. 092-093
- thérapeutique occupationnelle	F. 090-091
Groupette	F. 016
Gynécologique, assister pr.c. pour examen...	F. 211-212
 H	
Habillage:	
- civil, aide complète	F. 041-042, 053
- civil, aide partielle	F. 041 à 052
- vêtement de lit	F. 041 à 052
Hauteur utérine, mesure de la...	F. 194-195
Hématost	F. 198-199
Hémorragie gastrique (irrigation avec de l'eau glacée, 4000 cc)	F. 137
Histoire nursing voir <i>Cueillette de données</i>	
Humidificateur	F. 001

	Facteur/Chapitre
Hydratation per os	F. 020 à 026
Hydrothérapie (brûlé)	F. 050-051-052
Hygiène	
- buccale	F. 041 à 052, 054-055
- soins d'...	F. 041 à 052
Hyperalimentation,	
- inst. cathéter central pour l'... (assister M.D., pr.c.)	F. 213-214
- inst. cathéter périphérique pour l'...	F. 109-110
- pansement de l'...	F. 156-157
- vérification des perfusions de l'...	F. 117
Hyperthermie:	
- bains multiples à l'eau froide et/ou tiède	F. 149
- compresses froides et/ou tièdes	F. 149
- éventail	F. 001
- matelas réfrigérant	F. 041 à 052, 063-064
- sacs de glace	F. 148-149
 I	
Iléostomie, entretien, de l'...	F. 039-040
Imprévis	Chapitre 6
Incontinence urinaire et/ou fécale	
- occasionnelle	F. 033
- 3 fois ou plus par période de 24h.	F. 037
Indices de Sylverman	F. 180 à 183
Infection, technique préventive d'...	F. 173-174
Information voir <i>Communication</i>	
Ingesta (dosage)	F. 191-192-193
Installation	
- d'une bande, d'un bandage	F. 146-147
- du bénéficiaire	F. 041 à 052, 063-064
- du bén., reliée aux autres actions nursing (acte de support)	Chapitre 3-5
- du cathéter, sonde, tube	F. 121-122-123
- de lampe, éclairage (acte de support)	Chapitre 3-5
- de lampe thérapeutique	F. 154-155
- de matelas voir <i>Matelas</i>	
- de l'orthèse	F. 146-147
- de la prothèse	F. 146-147
- d'un support scrotal	F. 146-147
- de la traction amovible	F. 146-147
Instillation voir aussi <i>Irrigation</i>	
- de la trachéotomie	F. 008-009 018-019
- des voies nasales	F. 012 à 015, 097 à 100
Instruments:	
- préparation (acte de support)	Chapitre 3-5
- rangement (acte de support ou activité d'entretien)	Chapitre 3-5-8
- technique d'isolement	F. 173-174
Intubé	F. 018-019

	Facteur/Chapitre
Irrigation ou instillation:	
- artère (avec une seringue)	F. 104 à 108
- cathéter artériel (pour lecture TA ou TPC)	F. 180 à 183
- continue	F. 132 à 136
- colostomie	F. 138-139
- gastrique	F. 028 à 031, 132 à 136
- gastrique avec eau glacée, 4000 cc	F. 137
- oreilles	F. 132 à 136
- périnéale	F. 154-155
- plaie	F. 132 à 136
- rectale	F. 132 à 136
- trachéale	F. 008-009, 018-019
- vaginale	F. 132 à 136
- veine (avec une seringue)	F. 104 à 108
- vésicale	F. 132 à 136
- vulvaire	F. 154-155
Isolement, technique d'...	F. 173-174
Isolette:	
- chaleur et humidité, sans O ₂	F. 001
- désinfection (activité d'entretien)	Chapitre 8
- O ₂	F. 016
- respirateur	F. 019
 J	
Jeux <i>voir Activité</i>	
 K	
 L	
Lait, extraction de...	F. 027
Lampe:	
- éclairage (acte de support)	Chapitre 3-5
- thérapeutique	F. 154-155
Lavage	
- des mains du bénéficiaire	F. 020 à 026, 041 à 052
- des mains de l'exécutant (acte de support)	Chapitre 3-5
- de tête	F. 041-042, 057 à 059
- vêtements du bénéficiaire (activité d'entretien)	Chapitre 8
Lever avec aide	F. 060-061-062
Lit	
- désinfecter le... (activité d'entretien)	Chapitre 8
- mécanique	F. 041 à 052, 063-064
Literie, changer la...	F. 041 à 052, 063-064
Lentilles cornéennes:	
- instillation ou irrigation continue de l'oeil	F. 132 à 136
- soins des...	F. 041 à 052
Lochies, observation des	F. 175 à 179
Lunette <i>voir aussi Verres correcteurs</i>	
- nasale, O ₂ par...	F. 016

M

	Facteur/Chapitre
Magasinage <i>voir Activité</i>	
Manipulation de drains thoraciques	F. 131
Manoeuvres vésicales manuelles (Méthode de Crédé)	F. 032-035
Manucure:	
- soins usuels des ongles	F. 041 à 052
- application du poli à ongles	F. 056
Marche, aide physique à la...	F. 061-062
Masque:	
- port du masque (acte de support)	Chapitre 3-5
- d'oxygène	F. 016
- technique d'isolement	F. 173-174
Massage	
- musculaire	F. 065-066
- vibro-massage respiratoire	F. 005 à 009
Matelas, installation du...	
- d'eau	F. 041 à 052, 063-064
- pneumatique	F. 041 à 052, 063-064
- réfrigérant	F. 041 à 052, 063-064
Mèche	
- enlever une...	F. 152
- pansement avec...	F. 158 à 162
- vaginale	F. 152
Médicament	
- par la bouche (per os)	F. 097 à 100
- par burette	F. 104 à 108
- par cathéter artériel	F. 104 à 108
- à ajouter à l'eau du bain	F. 041 à 052
- ajouter à une irrigation	F. 097 à 100
- par voie intradermique	F. 101-102-103
- par voie intramusculaire	F. 101-102-103
- par voie intraveineuse	F. 104 à 108
- par mini-sac	F. 104 à 108
- sur une muqueuse	F. 097 à 100
- par voie rectale	F. 097 à 100
- par soluset	F. 104 à 108
- solution (dialyse péritonéale)	F. 118-119-120
- dans le soluté	F. 104 à 108
- par sonde gastrique	F. 097 à 100
- par voie sous-cutanée	F. 101-102-103
- sur une surface corporelle	F. 097 à 100, 150-151, 154 à 162, 165 à 172
- par tubulure	F. 104 à 108
- par voie vaginale	F. 097 à 100
Menuiserie <i>voir Activité</i>	
Mesurer:	
- capacité vitale	F. 209-210
- force inspiratoire	F. 209-210
- hauteur utérine	F. 194-195
- ingesta-excreta	F. 191-192-193
- région corporelle	F. 194-195
- résidu gastrique	F. 028 à 031
- tension oculaire	F. 213-214

	Facteur/Chapitre
- volume courant	F. 209-210
- volume minute	F. 209-210
- volume résiduel	F. 209-210
- volume pulmonaire	F. 209-210
Mise en plis et lavage de tête	F. 057-058-059
Mitaine:	
- aide complète pour habillage civil complet	F. 041-042, 053
- aide partielle pour habillage civil	F. 041 à 052
- contention	F. 067
- pansement	F. 156 à 162, 165 à 172
Mensuration	F. 194-195
Menu	F. 020 à 026, 028 à 031
Méthode de Crédé	F. 032-035
Moniteur	
- calibration du...	F. 175 à 179
- lecture du...	F. 175 à 179
Moyens de protection physique	F. 067
Musique <i>voir Activité</i>	
 N	
Narcotique, décompte des... (activité administrative)	Chapitre 8
 O	
Observation systématique	
- en dehors des autres actions nursing	F. 175 à 179
- pendant l'action nursing (acte de support)	Chapitre 3-5
Ombilic, soins usuels de l'...	F. 041-042
Ongles,	
- soins usuels des...	F. 041 à 052
- application du poli à...	F. 056
Onguent:	
- brûlé	F. 165 à 172
- pansement	F. 156 à 162, 169 à 172
- petite surface	F. 032, 038, 097 à 100, 154-155
- 30% ou plus	F. 150-151
Opération	
- action nursing post-opératoire (suivre les Règles d'utilisation de la formule de mesure)	Chapitre 4
- action nursing pré-opératoire (suivre les Règles d'utilisation de la formule de mesure)	Chapitre 4
Oreilles:	
- irrigation	F. 132 à 136
- prothèse auditive (ajustement régulier)	F. 146-147
- soins usuels des...	F. 041 à 052
Organisation	
- des activités récréatives et/ou thérapeutiques (C.S.B.)	Chapitre 8
- de l'Unité de soins (activité administrative)	Chapitre 8

	Facteur/Chapitre
Orientation du personnel (activité non quotidienne)	Chapitre 8
Orthèse	F. 146-147
Oxygène, administration d'...	
- par cathéter	F. 016
- par cagoule	F. 016
- par collier trachéal	F. 016
- par croupette	F. 017
- par groupette ou cloche	F. 016
- par isolette	F. 016
- par lunette nasale	F. 016
- par masque	F. 016
- par tente complète	F. 017
- par tente faciale	F. 016
P	
Pansement	
- de brûlé	F. 165 à 172
- à enlever	F. 152
- d'escarre de décubitus	F. 156 à 162
- humide	F. 156-157
- de l'hyperalimentation	F. 156-157
- de plaie avec écoulement important	F. 158-159-160
- de régénération de la peau	F. 157, 161-162
- à renforcer	F. 156-157
- sec	F. 156-157
- au site d'injection d'une perfusion	F. 156-157
- de la tension veineuse centrale	F. 188-189
Peau,	
- aseptie de la...	F. 143-144-145
- désinfection de la...	F. 018-019, 038 à 052, 109-110, 121-122, 143 à 145, 152 à 162, 164 à 172, 188-189, 200 à 202, 204 à 206, 213-214
- de mouton	F. 041 à 052, 063-064
- observer l'état de la... voir <i>Observation systématique</i>	
Pédiculose, lavage de tête pour traitement de...	F. 059
Peinture voir <i>Activité</i>	
Perfusion:	
- en permanence (vérifier/changer)	F. 112-113-114
- hyperalimentation (vérifier/changer)	F. 117
- ouvrir la veine (installer une perfusion)	F. 109-110
- péritonéale (dialyse)	F. 118-119-120
- sang et dérivés (vérifier/changer)	F. 115-116
- soluté à terminer (vérifier/changer)	F. 111
- tension veineuse centrale	F. 188-189
Peser	
- le bénéficiaire	F. 194-195
- les compresses	F. 158-159-160
- les draps et vêtements	F. 194-195
Petit "pot"	F. 032
Photothérapie	F. 154-155

	Facteur/Chapitre
Physiothérapie thoracique	F. 005 à 009
Pique-nique <i>voir Activité</i>	
Piscine <i>voir Activité</i>	
Plaie	
- à l'air	F. 154-155, 164
- avec écoulement	F. 158-159-160
- avec suintement	F. 097 à 100, 154 à 157
Planche sous le matelas, installer une...	F. 041 à 052, 063-064
Plan de roulement du personnel (activité non-quotidienne)	Chapitre 8
Plan de soins, rédaction de... (C.S.B.)	Chapitre 8
Plateau	
- changer le... (acte de support)	Chapitre 3-5
- préparer le... (acte de support)	Chapitre 3-5
Plâtre à enlever	F. 153
Points de suture à enlever	F. 153
Pollakiurie	F. 037
Pommade	
- brûlé	F. 165 à 172
- pansement avec...	F. 156 à 162, 165 à 172
- petite surface	F. 032, 038, 097 à 100, 154-155
- 30% ou plus	F. 150-151
Pompe mécanique	F. 027-028, 111 à 114 128 à 130
Ponction	
- artérielle (ass.)	F. 204-205-206
- d'ascite (ass.)	F. 213-214
- lombaire (ass.)	F. 213-214
- pleurale (ass.)	F. 213-214
- sternale (ass.)	F. 213-214
- veineuse	F. 204-205-206
Position, changer de... (acte de support)	Chapitre 3-5
Pot d'eau	F. 020 à 026
Poterie <i>voir Activité</i>	
Poubelle (technique d'isolement)	F. 173-174
Prélèvement:	
- sang	F. 204-205-206
- sécrétions	F. 198-199
- selles	F. 198-199
- urine	F. 198 à 202
Prélèvement et ensemencement des sécrétions oculaires	F. 203
Pression sur site artériel	F. 152
Programmation des congés-vacances (activité non-quotidienne)	Chapitre 8
Programme de rééducation musculaire	F. 065-066

	Facteur/Chapitre
Prothèse (inst. et enlever)	
- auditive	F. 041 à 052
- dentaire	F. 041 à 052, 054-055
- oculaire	F. 154-155
- orthopédique	F. 146-147
Prothèse auditive, ajuster régulièrement la...	F. 146-147
Psychodrame <i>voir Activité</i>	
Psychothérapie individuelle	
- d'intégration physique	F. 073 à 075
- d'intégration psychologique	F. 076 à 078
- d'intégration sociale	F. 079 à 081
Psychothérapique	
- activité... de groupe	F. 087-088-089
- rencontre ... avec les proches	F. 085-086
Pulsation	F. 180-185
Pupilles, observer l'état des...	F. 186-187
Purée (nourrisson)	F. 020-021-022
 Q	
 R	
Rasage	
- de la barbe	F. 056
- % de surface corporelle	F. 140-141-142
Rayons-X, assister pr.c. pour...	F. 211-212
Rédaction:	
- dossier (C.S.B.)	Chapitre 8
- plan de soins (C.S.B.)	Chapitre 8
- rapport (activité administrative)	Chapitre 8
- réquisition (C.S.B., activité administrative)	Chapitre 8
Rééducation	
- musculaire	F. 065-066
- vésicale (méthode de Crédé)	F. 032-035
Réflexe plantaire	F. 186-187
Rencontre	
- communautaire d'Unité de soins	F. 070, 090-091
- psychothérapique individuelle	F. 073 à 081
- psychothérapique de groupe	F. 087 à 089
- psychothérapique avec les proches	F. 085-086
- de routine avec le coordonnateur (activité administrative)	Chapitre 8
- de routine avec les membres de l'équipe soignante (activité administrative)	Chapitre 8
Répartition des tâches et affectation du personnel de l'Unité de soins (activité administrative)	Chapitre 8
Repas <i>voir Alimentation</i>	
Résidu gastrique, mesurer le...:	
- relié à un gavage	F. 028 à 031
- relié au prélèvement de sécrétions gastriques pour analyse	F. 198-199

	Facteur/Chapitre
Respirateur	F. 019
Rince-bouche	F. 041 à 052, 054-055
Routine respiratoire	F. 209-210
Rythme respiratoire	F. 180 à 185
 S	
Sac et/ou bouteille	
- de collection ou de drainage	F. 038, 118 à 120, 124 à 139, 196 à 202, 213-214
- d'eau chaude	F. 148-149
- de gavage	F. 028 à 031
- de glace	F. 148-149
- à linge (acte de support ou activité d'entretien)	Chapitre 3-5-8
- à linge (technique d'isolement)	F. 173-174
- de sable	F. 041 à 052, 063-064
- soluté	F. 109 à 120, 188-189
- de stomie	F. 039-040
- de vessie iléale	F. 039-040
Sang et dérivés, perfusion de...	F. 115-116
Séance	
- d'exercices musculaires	F. 065-066
- d'exercices respiratoires	F. 002-003-004
- d'exercices physio-respiratoires	F. 005 à 009
- psychothérapique de groupe	F. 087-088-089
- psychothérapique individuelle	F. 073 à 081
- psychothérapique avec les proches	F. 085-086
Sécrétions,	
- aspiration des...	F. 012 à 015
- prélèvement et ensemencement des... oculaires	F. 203
- prélèvement des...	F. 198-199
Serviettes sanitaires, décompte des...	F. 152
Sevrage:	
- canule endo-trachéale (pr. part)	F. 018
- canule endo-trachéale (pr.c.)	F. 019
- respirateur mécanique	F. 019
Shampooing	F. 041-042, 057 à 059
Signes	
- neurologiques	F. 186-187
- de Trousseau	F. 186-187
- vitaux	F. 180 à 185
Site d'injection	
- désinfecter le...	F. 101 à 110, 156-157, 188-189
- vérifier le... d'une perfusion	F. 109 à 120, 188-189
Soluset, médicament dans le...	F. 104 à 108
Soluté	F. 109 à 120, 188-189
Sonde	
- gastrique, gavage par...	F. 028 à 031

	Facteur/Chapitre
- installation d'une...	F. 121-122
- ouverte/fermée	F. 123
- vésicale, soins externes de..	F. 038
Sortie socio-thérapeutique de groupe	F. 094-095-096
Souffleuse	F. 001
Spectacle <i>voir Activité</i>	
Sport <i>voir Activité</i>	
Stomie, entretien de...	F. 039-040
Succion continue, drainage en...	F. 128-129-130
Support scrotal, installer et enlever un...	F. 146-147
Surveillance <i>voir Observation systématique</i>	
Sutures, enlever les...	F. 153
Silverman, indices de...	F. 180 à 183
 T	
Talonnaire	F. 041 à 052, 063-064
Tappotement	F. 005-006-007
Technique	
- d'infection et/ou de contagion	F. 173-174
- d'isolement stérile ou non-stérile	F. 173-174
- pour soins préventifs de contamination	F. 173-174
- stérile (acte de support)	Chapitre 3-5
Téléphone	
- communication téléphonique <i>voir Communication</i>	
- ranger le... (acte de support)	Chapitre 3-5
Température	
- axillaire	F. 180 à 185
- buccale	F. 180 à 185
- environnement, pièce (acte de support)	Chapitre 3-5
- rectale	F. 180 à 185
Tension artérielle	
- 1 membre	F. 180 à 185
- assis/debout/couché	F. 184-185
- par cathéter artériel	F. 180 à 183
- 2-3 membres	F. 184-185
Tension oculaire, mesure de la...	F. 213-214
Tension pulmonaire centrale, lecture de la...	F. 180 à 183
Tension veineuse centrale.	
- assister M.D. pr.c. pour installation de la...	F. 213-214
- lecture de la...	F. 188-189
- soins de la... (solutépansement)	F. 188-189
Tente à oxygène	
- complète	F. 017
- faciale	F. 016
Tête, lavage de...	F. 041-042, 057 à 059

	Facteur/Chapitre
Test à l'Unité	
- prélèvement pour...	F. 198-199, 204 à 206
- test simple	F. 207-208
Théâtre <i>voir Activité</i>	
Tire-lait	F. 027
Toilette	
- besoin d'élimination	F. 032 à 038
- soins d'hygiène	F. 041 à 052
Trachéotomisé	F. 018-019
Traction orthopédique	F. 146-147
Transfert	Chapitre 4-6
Transfusion sanguine:	
- ouvrir la veine	F. 109-110
- vérifier/changer	F. 115-116
Trempage:	
- instruments (acte de support ou activité d'entretien)	Chapitre 3-5-8
- de membre(s)	F. 042, 044, 046, 049
- technique d'isolement	F. 173-174
Trousseau, signe de...	F. 186-187
Tube(s)	
- déplacer et replacer les... (acte de support)	Chapitre 3-5
- de drainage	F. 123 à 131, 158 à 160
- installation de...	F. 121-122
- d'irrigation	F. 132 à 139
- naso-gastrique	F. 028 à 031, 121-122
- ouvert(s) et/ou fermé(s)	F. 123
- rectal	F. 123
U	
Urgence	
- cardio-respiratoire (imprévu)	Chapitre 6
- chariot d'... (activité d'entretien)	Chapitre 8
- stat (imprévu)	Chapitre 6
Urinal	F. 033-034-037
Urine:	
- collecte	F. 197
- culture	F. 200-201-202
- filtrer les urines	F. 197
- prélèvement pour analyse et/ou test simple	F. 198-199
- test simple à l'Unité	F. 207-208
V	
Ventilateur	
- manuel (ambu)	F. 008-009
- mécanique	F. 019
Verres correcteurs, soins des...	F. 041 à 052
Vessie iléale	F. 039-040

	Facteur/Chapitre
Vêtement	
- civil, aide complète	F. 041-042, 053
- civil, aide partielle	F. 041 à 052
- entretien, nettoyage (activité d'entretien)	Chapitre 8
- de lit <i>voir aussi Habillage</i>	F. 041 à 052
- de technique d'isolement	F. 173-174
Vibro-massage	F. 005-006-007
Visite	
- des bénéficiaires de l'Unité de soins (activité administrative)	Chapitre 8
- culturelle <i>voir Activité</i>	
Visiteurs	
- expliquer la technique d'isolement aux...	F. 173-174
- informer les... au sujet du bénéficiaire (C.S.B.)	Chapitre 5.5-8
- orienter les... (activité administrative)	Chapitre 5.5-8
Vibration thoracique	F. 008-009
Volume	
- courant	F. 209-210
- minute	F. 209-210
- pulmonaire	F. 209-210
- résiduel	F. 209-210

W**X****Y**

Yeux:	
- coquille oculaire avec pansement	F. 156-157
- coquille oculaire sans pansement	F. 154-155
- gouttes oculaires	F. 097 à 100
- irrigation continue de l'oeil	F. 132 à 136
- lentilles cornéennes	F. 041 à 052
- soins des...	F. 041 à 052
- verres correcteurs (lunettes)	F. 041 à 052

Z

ABRÉVIATIONS

Act.	Activité	O ₂	oxygène
anal.	analyse	ong.	onguent
app.	application	ort.	orthèse
ass.	assister	ovu.	ovule vaginale
baig.	baignoire	part.	partielle
bén.	bénéficiaire	perm.	permanente
bio-psycho-soc.	biologique-psychologique-social	pers. inf.	personnel infirmier
ch.	charge	physio.	physiothérapie
comm.	communication	p.o.	per os
compl.	complète	pr. c.	présence constante
E.C.G.	électrocardiogramme	prél.	prélèvement
E.E.G.	électroencéphalogramme	prép.	préparation
ens.	enseignement	prot.	prothèse
exc.	excreta	pr. part.	présence partielle
gttes	gouttes	psycho.	psychologique
h.	heures	puls.	pulsation
h.s.	au coucher	resp.	respiration
I.D.	intradermique	R.X.	rayon-X
I.M.	intramusculaire	s.c.	sous-cutané
ind.	individuelle	sec.	sécrétions
ing.	ingesta	T°	température
insp.	inspection	T.A: d./a./c.	tension artérielle: debout/assis/couché
inst.	installation	thora.	thoracique
I.R.	intrarectal	trac.	traction
I.V.	intraveineux	trans.	transfusion
M.D.	médecin	T.V.C.	tension veineuse centrale
min.	minute	v.o.	veine ouverte
musc.	musculaire	vent.	ventilateur
N P O	nil per os		

PLAN DE SOINS INFIRMIERS

(SECTIONS A ET B)

Allergies _____

Technique d'isolement _____

Particularités _____

T.A. _____

Pils _____ R. _____ T° _____

S.N. _____

T.V.C. _____

C.F.-Cont.U. _____

Cardio-stimulateur _____ Moniteur _____

Hygiène

Bain _____

Autonome _____

Partiel _____

Complet _____

Baignoire L-M-M-J-V-S-D _____

Hydrothérapie L-M-M-J-V-S-D _____

Hygiène buccale _____

Barbe _____

Lavage de tête L-M-M-J-V-S-D _____

Confort

Autonome _____

Lever c aide _____

Marcher c aide _____

Alité _____

Frictions et inst. _____

Exerc. muscul. _____

Contentions _____

Traction, prothèse, bas, corset, bandage, écharpe, _____

Alimentation

Diète _____

Autonome _____

c aide _____

Complète _____

Hydratation _____

Biberon, purée, all. mat. _____

Gavage _____

Dosage _____

Elimination

Autonome _____

Toilette c aide _____

Urinal _____

Bassin de lit _____

Couches _____

Incontinence _____

Condom _____

Sonde _____

Stomie _____

Respiration

O₂ _____

Humidificateur _____

Exerc. resp. _____

Tracheotomisé - Intube _____

Respirateur _____

Aérosol _____

Aspiration des sécrétions _____

Physiothérapie

Communication _____

Ergothérapie

Enseignement _____

Orthophonie

Autres _____

Date _____

Problèmes/Objectifs _____

Actions nursing _____

Evaluation _____

A B C

PLAN DE SOINS INFIRMIERS
(SECTION C)

EROS - PRN 76 - Novembre 1979

© Copyright
Tous droits réservés

Thérapie

Date Médicaments

Heures

Pharmaco-vigilance

Date Pesée

Fait

Mensurations

Collecte - Prélèvement - Analyse simple

A jeun

Date Traitements

Heures

Sang en réserve

Examen - RX

A jeun

Perfusions

Consultations

Diagnostic

Personne à avertir au besoin

Int. chir.

Etat civil C M V R S

Niveau

Religion

Nom

Occupation

Nationalité

Sexe

Ann.

Chambre

Médecin

Conception graphique de la page couverture: Bernard Lizé

Composition et impression: Service de polycopie de
l'Université de Montréal

Cartable et séparateurs: Reliure Gala Incorporée

Achévé d'imprimer, le 8 juin 1981