



Équipe de Recherche
Opérationnelle
en Santé

Stratégies et outils de mesure des charges en soins infirmiers

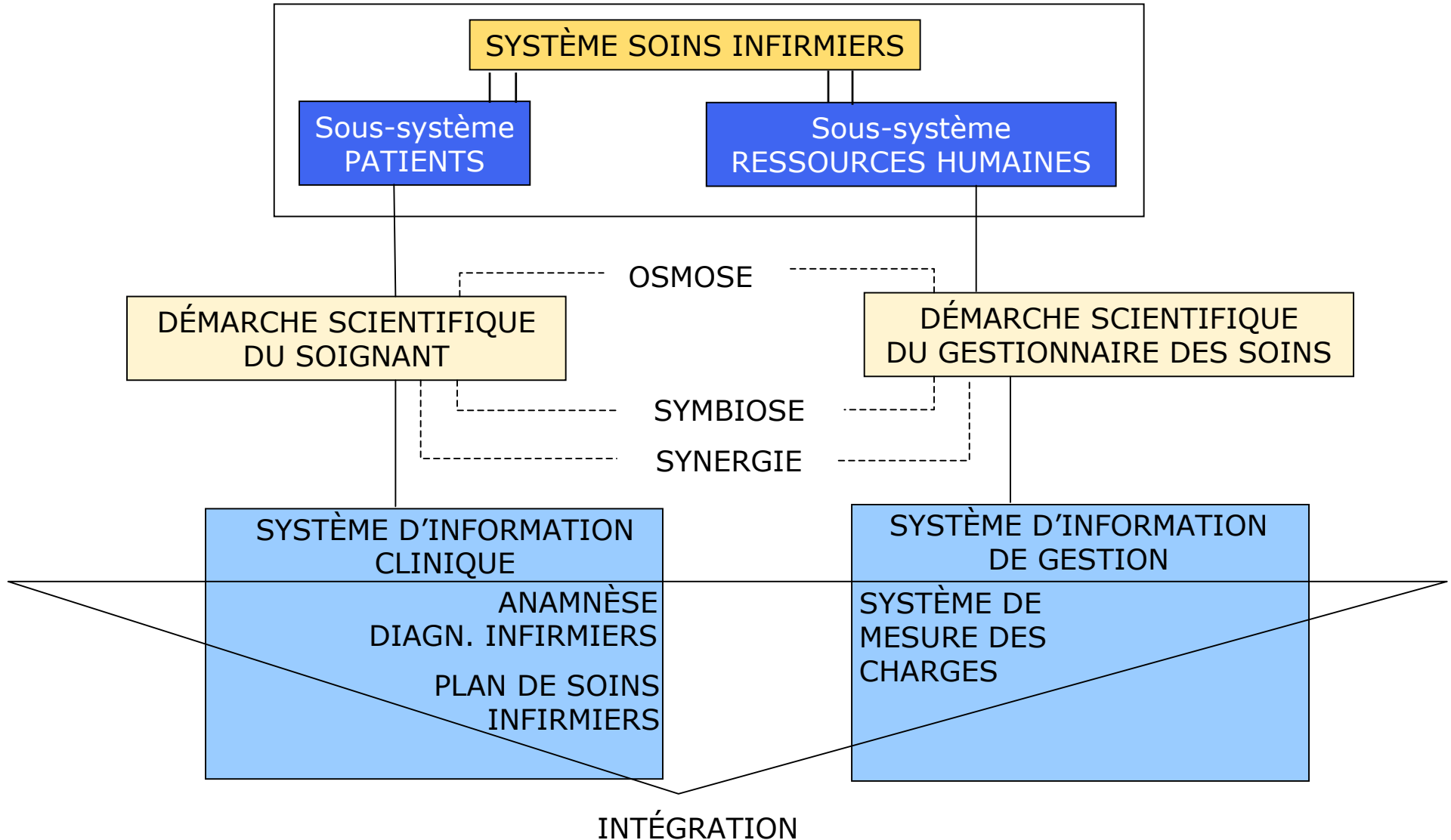
Charles Tilquin - Université de Montréal

Juillet 2003

La mesure des charges en soins

- **Perspective systémique**
- **Pourquoi mesurer les charges ?**
- **Taxinomie des approches de mesure des charges**
- **Cadre conceptuel de la mesure des charges**
- **Critères d'évaluation des systèmes de mesure des charges**

Perspective systémique de la mesure des charges en soins



Perspective systémique de la mesure des charges en soins (suite)

OSMOSE : Les démarches scientifiques du gestionnaire et du soignant s'interpénètrent et s'influencent mutuellement insensiblement

SYMBIOSE : L'association des deux démarches est garante de leur vitalité et de leur permanence. Elle est réciproquement profitable au gestionnaire et au soignant, et, de là, ultimement, au patient

SYNERGIE : Les deux démarches se renforcent mutuellement et concourent au même objectif d'efficacité des soins

INTÉGRATION : Osmose, symbiose et synergie sont favorisées lorsque la mesure des charges en soins est intégrée dans la démarche scientifique de soins

Pourquoi mesurer la charge en soins ?

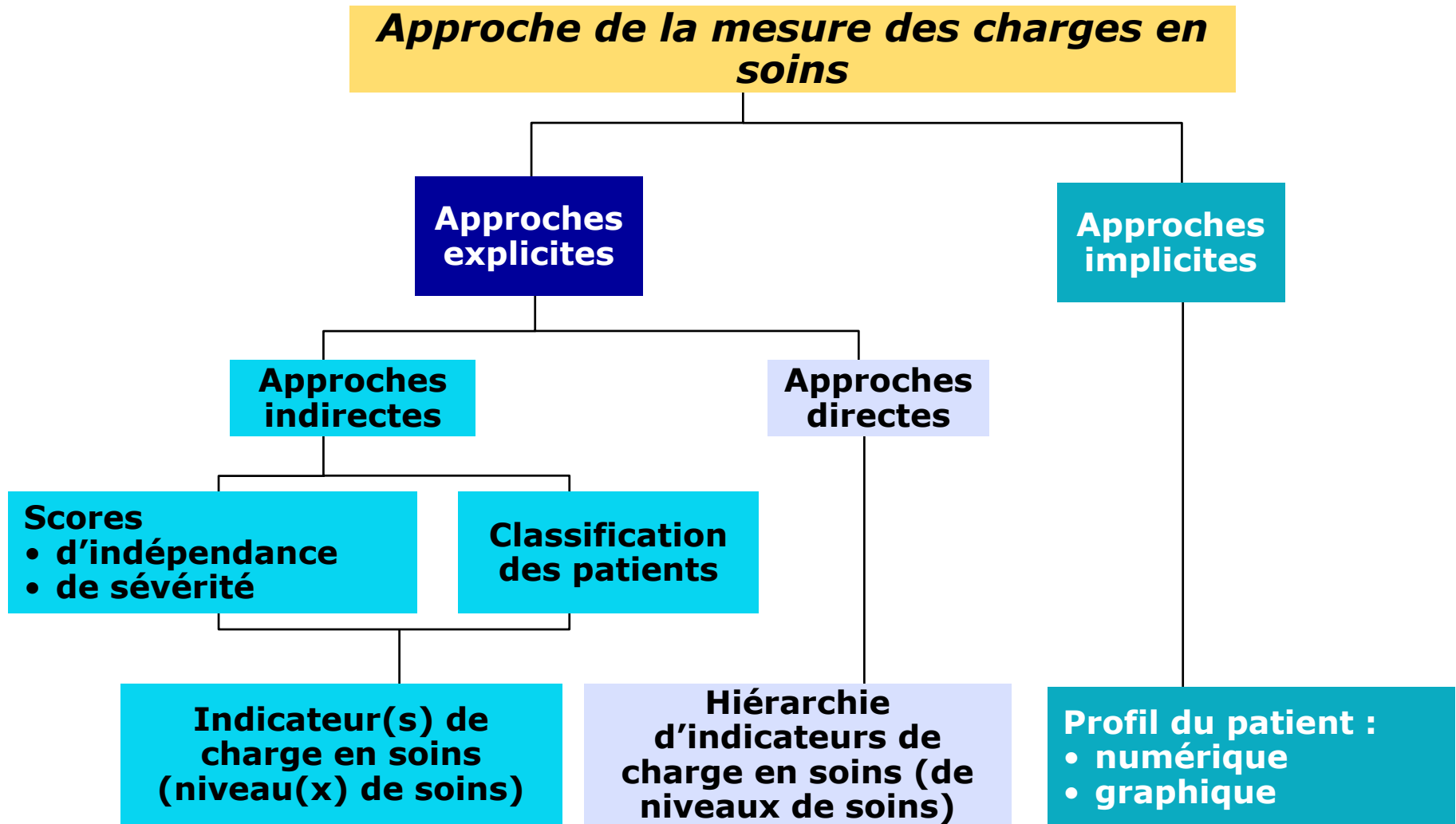
- **Pour le financement des services :**

- Répartition équitable des ressources entre les différents secteurs de services :
 - service à domicile
 - maisons de repos et soins
 - centres de réadaptation
 - hôpitaux
- Répartition équitable des ressources entre les différentes **organisations** de chaque secteur
- Répartition des charges entre les différents **payeurs** :
 - Patient - Assurance - Secteur public (état central – régions-communes)

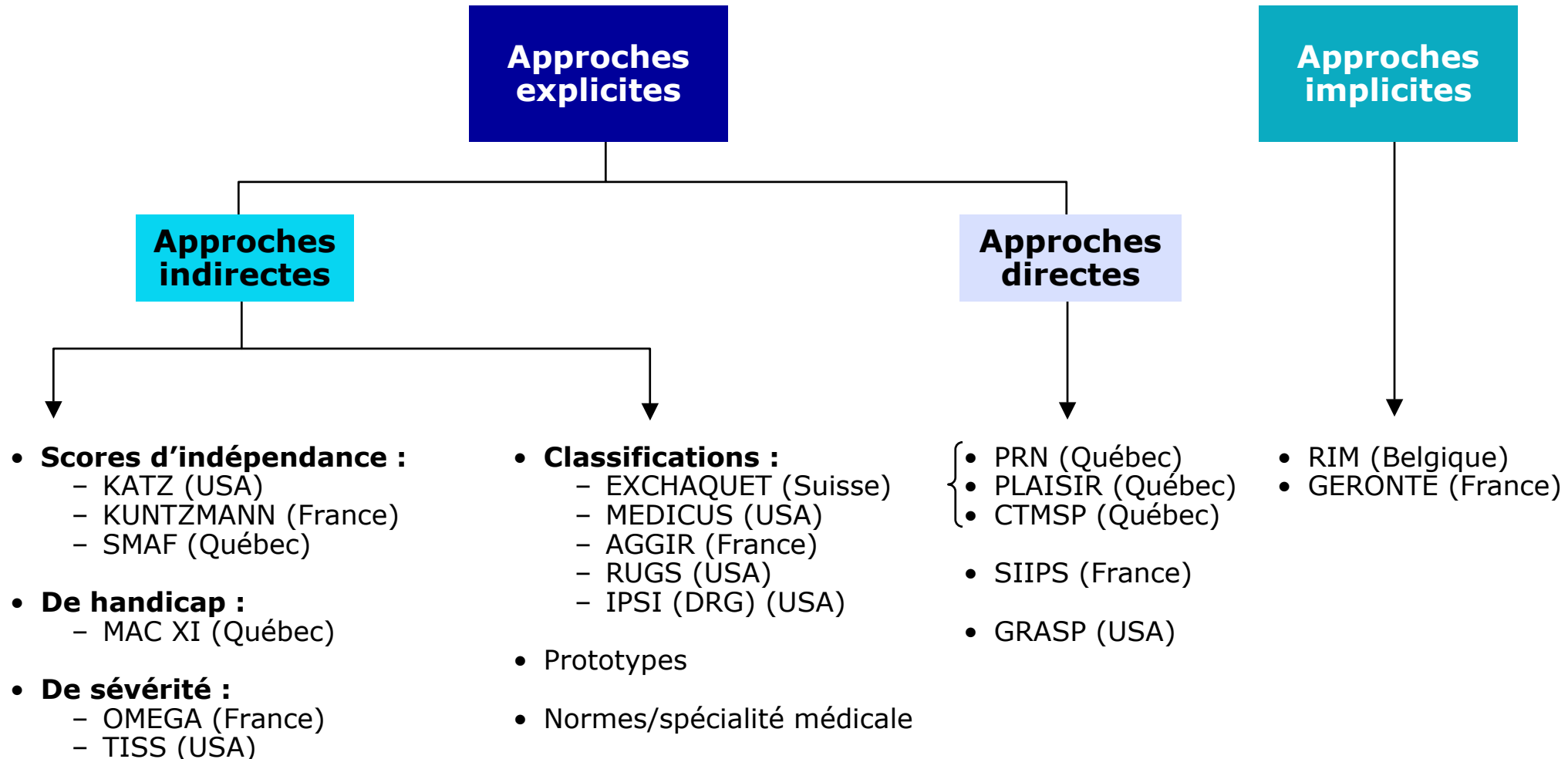
- **Pour la gestion des organisations offrant les services :**

- Répartition équitable des ressources entre les différentes équipes de soins ou unité de soins
- Répartition équitable des ressources entre les différents patients
- Gestion des ressources:
 - détermination de la taille et de la composition des équipes de base
 - plan de roulement du personnel
 - allocation de personnel d'appoint
 - feuilles de "route" du personnel

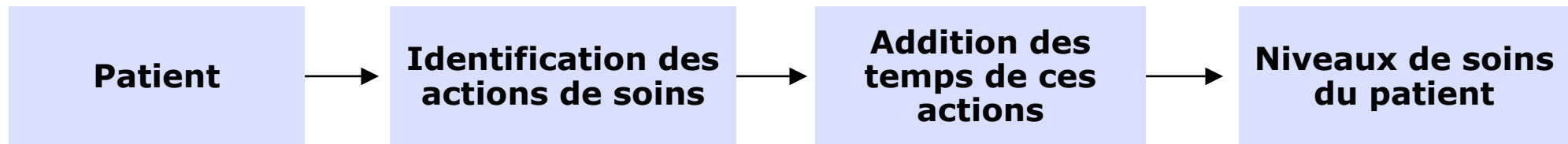
Approche de la mesure des charges en soins



Classification des outils de mesure des charges en soins



Mesure explicite directe

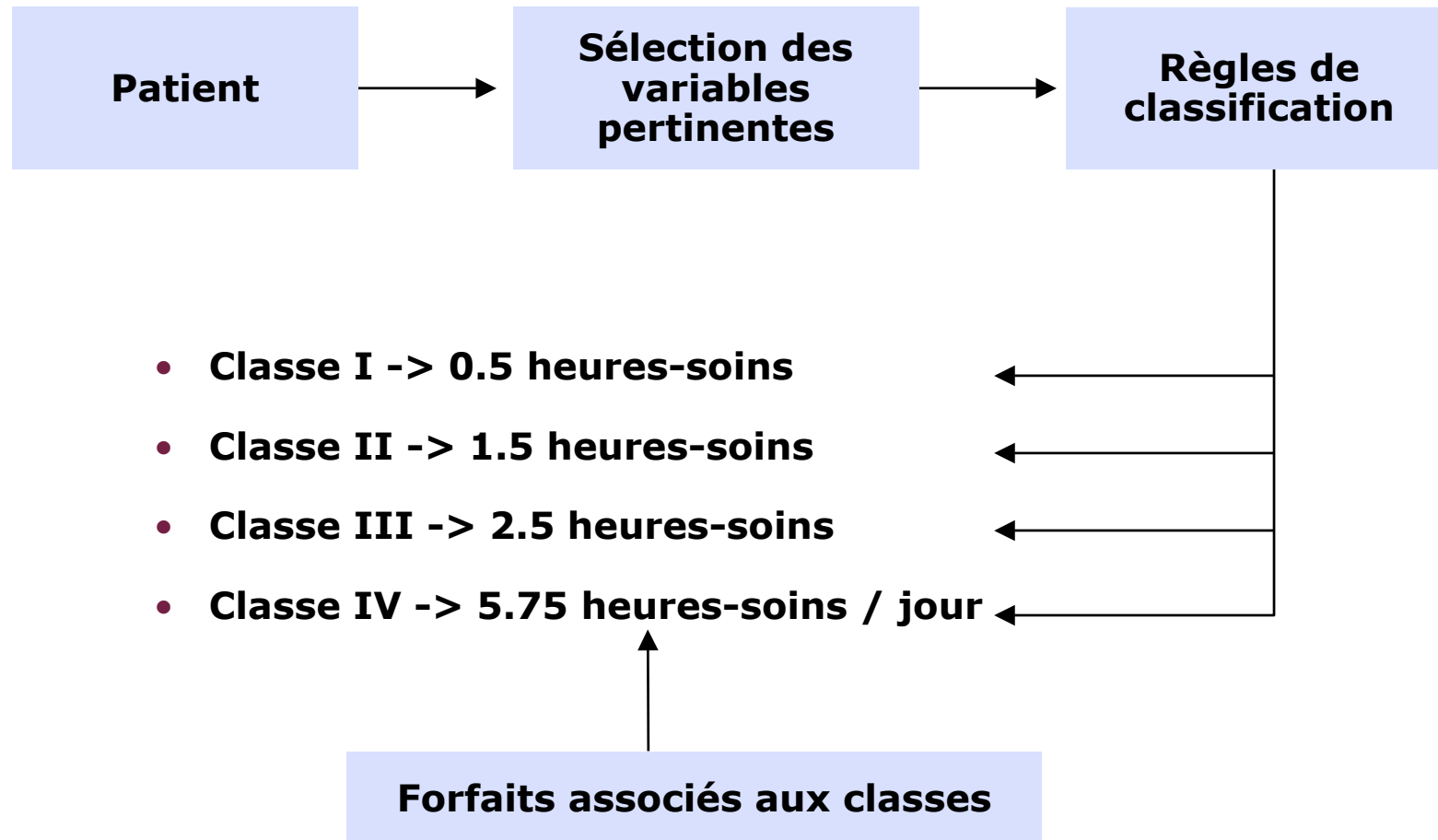


Par exemple : 3.75 heures-soins/jour

Exemple de méthode de mesure explicite directe

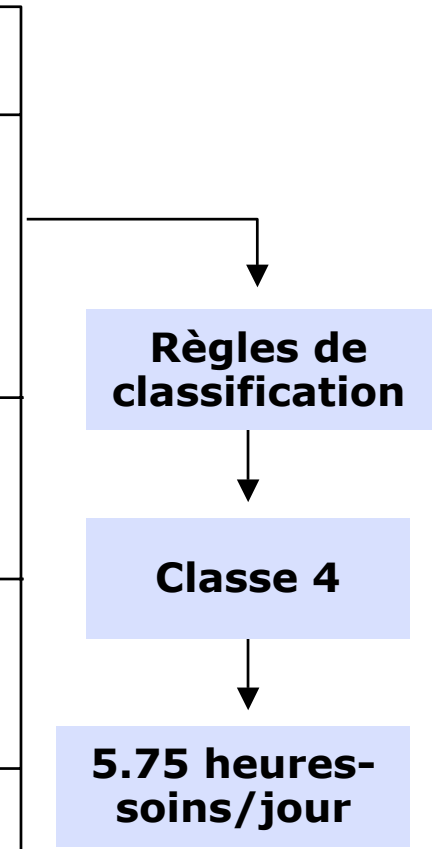
<i>Liste exhaustive des actions de soins</i>		<i>Temps de soins (minutes)</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Respiration <ul style="list-style-type: none"> - Humidificateur - Exercices respiratoires - Aérosolthérapie - Aspiration des sécrétions - Ventilation manuelle 	✓	5
		20
	✓	15
		30
		20
<ul style="list-style-type: none"> • Alimentation <ul style="list-style-type: none"> - Per os - Entérale 	✓	20
		35
<ul style="list-style-type: none"> • Elimination <ul style="list-style-type: none"> - Urinal - Bassin de lit - Aide à la toilette - Soins d'incontinence 	✓	5
		10
		30
	✓	20
<ul style="list-style-type: none"> • Hygiène <ul style="list-style-type: none"> - Bain - Hygiène buccale - Rasage - Lavage de tête 	✓	25
		5
		10
		10
<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisation <ul style="list-style-type: none"> - - 		+
<ul style="list-style-type: none"> • Communication <ul style="list-style-type: none"> - - 		+
Niveau global de soins		225 minutes 3.75 heures-soins

Mesure explicite indirecte : Classification

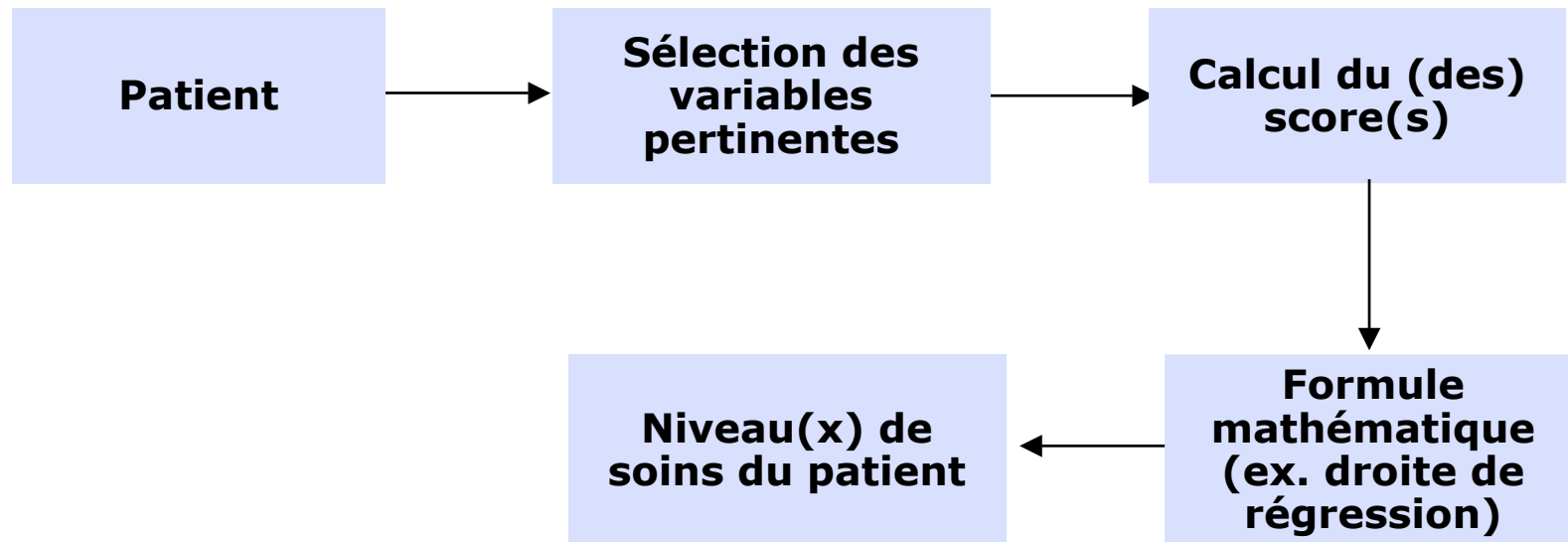


Exemple de classification

– Admission / Congé / Transfert	
– Moins de 2 ans	
– De 2 à 6 ans	✓
– Moins de 65 ans	
– Inconscient	✓
– Confus	
– Aveugle	
– Sourd	
– Muet	
– Mobilité partielle	
– Immobilité complète	✓
– Lever seul	
– Lever avec aide	
– Incapable de se lever	✓
– ...	
– ...	
– ...	
– Respirateur	✓
– Signes vitaux Q 2 heures	
– Signes vitaux Q 1 heure	✓
– Signes vitaux Q 1/2 heure ou plus	



Mesure explicite indirecte : score



Exemple de score

Conscience	X			
Mémoire		X		
Attention		X		
Orientation – T / E / P	X			
Motivation		X		
Humeur			X	
Comportement		X		
Langage	X			
Vue		X		
Ouïe				X
Alimentation	X			
Élimination			X	
Hygiène		X		
Mobilisation : Marcher				X
Mobilisation : Transferts			X	
Médication		X		
	X 1	x 2	x 3	x 4
Score global : 35	4	14	9	8

Droite de régression hypothétique :

$$\text{Niveau de soins} = 43 + 2.6 \times \text{Score} = 43 + 2.6 \times 35 = 134 \text{ minutes} / 24 \text{ heures}$$

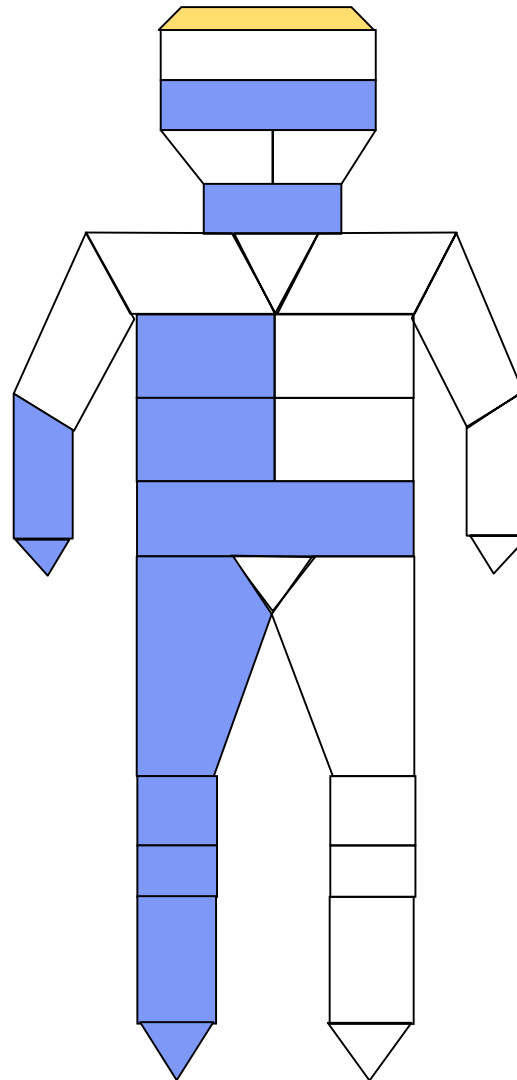
Mesure implicite






- Hygiène : aide partielle
- Mobilisation : aide partielle
- Élimination : soutien
- Alimentation : sans aide
- Relation d'aide
- Signes vitaux : 1 x / 24 h.
- Médicaments I.V. : deux
- Soins de plaie chirurgicale
- Observation B-P-S aux 6 heures

Mesure implicite

Chaque case correspond à une intervention ou à une fonction



-  **A: Sans aide**
A: Non déficient
-  **B: Aide partielle**
B: Partiellement déficient
-  **C: Aide complète**
C: Complètement déficient

Cadre conceptuel de la mesure des charges en soins

Charge en soins requis
Mesure prospective
Mesure en continu
Mesure transversale
Soins directs
Charge en soins
Charge globale
Charge propre
Charge récurrente

Charge en soins donnés
Mesure rétrospective
Mesure ponctuelle
Mesure longitudinale
Soins indirects
Charge de travail
Charge par catégories de personnel
Charge de substitution
Charge temporaire

Préciser les concepts pour savoir exactement quelle charge en soins il est question de mesurer

Charge en soins requis et charge en soins donnés (1/5)

- **La notion de soins donnés fait référence à ce qui est fait pour le patient**
- **La notion de soins requis fait référence :**
 - à la satisfaction des besoins des patients
 - donc à la démarche scientifique de soins, en particulier au plan de soins et aux standards de soins
 - ultimement, à la qualité des soins. On peut en effet montrer que la définition de ce qui est requis implique la prise en considération des questions :
 - d'équité allocative
 - de pertinence des services
 - d'efficacité et d'efficience des services
 - de préférences du patient
 - de saturation du patient

Les soins donnés ne sont pas nécessairement égaux aux soins requis :

- manque ou excès de ressources
- techniques inefficaces ou inefficientes
- absence de démarche de soins (routine versus individualisation ; arbitraire du professionnel ; manque ou perte d'informations)

Charge en soins requis et charge en soins donnés (2/5)

- **Il est généralement (sauf recherche ponctuelle) trop coûteux et trop compliqué de mesurer à la fois les charges en soins requis et les charges en soins donnés : il faut choisir**

- **Questions :**

**Qu'est-il plus pertinent de mesurer ?
Les charges en soins requis ou les charges en soins donnés :**

- du point de vue du financement ?**
- du point de vue de l'allocation et de la gestion des ressources ?**
- du point de vue de l'assurance de la qualité des soins ?**

Charge en soins requis et charge en soins donnés (3/5)

- **Observation préliminaire :**

- La mesure du personnel disponible (offre) fournit déjà une mesure abrégée de la charge en soins donnés (à un facteur "Z" de productivité près)
- En général, hypothèse "Z" = 100% (⇒ charge en soins donnés = offre de personnel) ou bien "Z" = constante, par exemple : 90%

- **La mesure de la charge en soins donnés :**

- **du point de vue de la gestion :**

- permet de mesurer "Z"

- **du point de vue du financement :**

- permet de facturer individuellement sur la base des coûts
- permet d'éviter l'éventuelle inflation induite par une définition trop généreuse du requis
- ne permet pas de mettre en évidence :
 - les surplus de ressources (éviter le gaspillage)
 - les manques de ressources

Charge en soins requis et charge en soins donnés (4/5)

- **La mesure des charges en soins requis du point de vue de l'allocation et de la gestion :**

- permet d'allouer les ressources **disponibles** en fonction des besoins à tous les niveaux :

- entre secteurs
- entre organisations
- entre unités de soins



Notion de taux de couverture

- permet de gérer les ressources allouées en fonction des besoins

- **La mesure des charges en soins requis du point de vue du financement :**

- permet de facturer individuellement sur la base des besoins
- permet de mettre en évidence les surplus ou les manques de ressources
- permet de répartir les charges entre les différents payeurs



Question de l'inflation

Charge en soins requis et charge en soins donnés (5/5)

- **Quelle charge, tel outil mesure t'il : requise ou donnée ??**

Charge liée à un soin dans une période P =

$$\text{Charge}_p = t \times f_p$$

t: Temps unitaire du soin

f_p : Fréquence du soin dans cette période P

Fréquence du soin \ Temps Unitaire du soin	f Requisite	f Donnée
t Requis	Charge : "t requis f requises"	Charge : "t requis f données"
t Donné	Charge : "t donnés f requises"	Charge : "t donnés f données"

- **Notion de standards (normes)**

- de temps unitaires requis ou donnés (prescriptifs)
- de fréquences requises (indicatives)

Mesure prospective *versus* mesure rétrospective

- **Mesure prospective : Avant les faits**
 - Préviation -> Erreurs
- **Mesure rétrospective : Après les faits**
 - **La mesure rétrospective est préférable à la mesure prospective**
 - **La mesure prospective se justifie seulement dans le cas où on utilise ses résultats pour ajuster le personnel des équipes à chaque quart de travail par l'allocation de personnel d'appoint**
- **Prospectif \neq requis et rétrospectif \neq donné**

	Requis	Donné
Prospectif	Ce qui devrait être fait	Ce qu'on prévoit faire
Rétrospectif	Ce qui aurait dû être fait	Ce qui a été fait

Mesure en continu *versus* mesure ponctuelle

- **La mesure en continu est plus coûteuse que la mesure ponctuelle**
- **Justifications de la mesure en continu**
 - Contexte où les charges en soins **varient sensiblement**
 - Utilisation en continu des mesures de charge en soins pour prendre des décisions
 - allocation de personnel d'appoint
 - ajustement des plans de roulement du personnel
 - ajustement des équipes de base des unités de soins
- **Limites de la mesure continue:** difficulté d'assurer en permanence la **fiabilité** des mesures
- **Limites de la mesure ponctuelle :** **représentativité** des périodes pendant lesquelles on mesure

Mesure	Prospective	Rétrospective
Ponctuelle		X
Continue	X	X

Mesure transversale *versus* mesure longitudinale

- Soit C_X^t la mesure de la charge en soins du patient X pendant la période de référence t

(t = 1 heure, 24 heures, 7 jours, un mois)

Charge en soins d'un épisode-patient

C_1^1	$+C_1^2 + C_1^3 + C_1^4 + \dots + C_1^m$
$+C_2^1$	
$+C_3^1$	
$+C_4^1$	
$+ \dots +$	
$+C_n^1$	

= Σ LONGITUDINALE

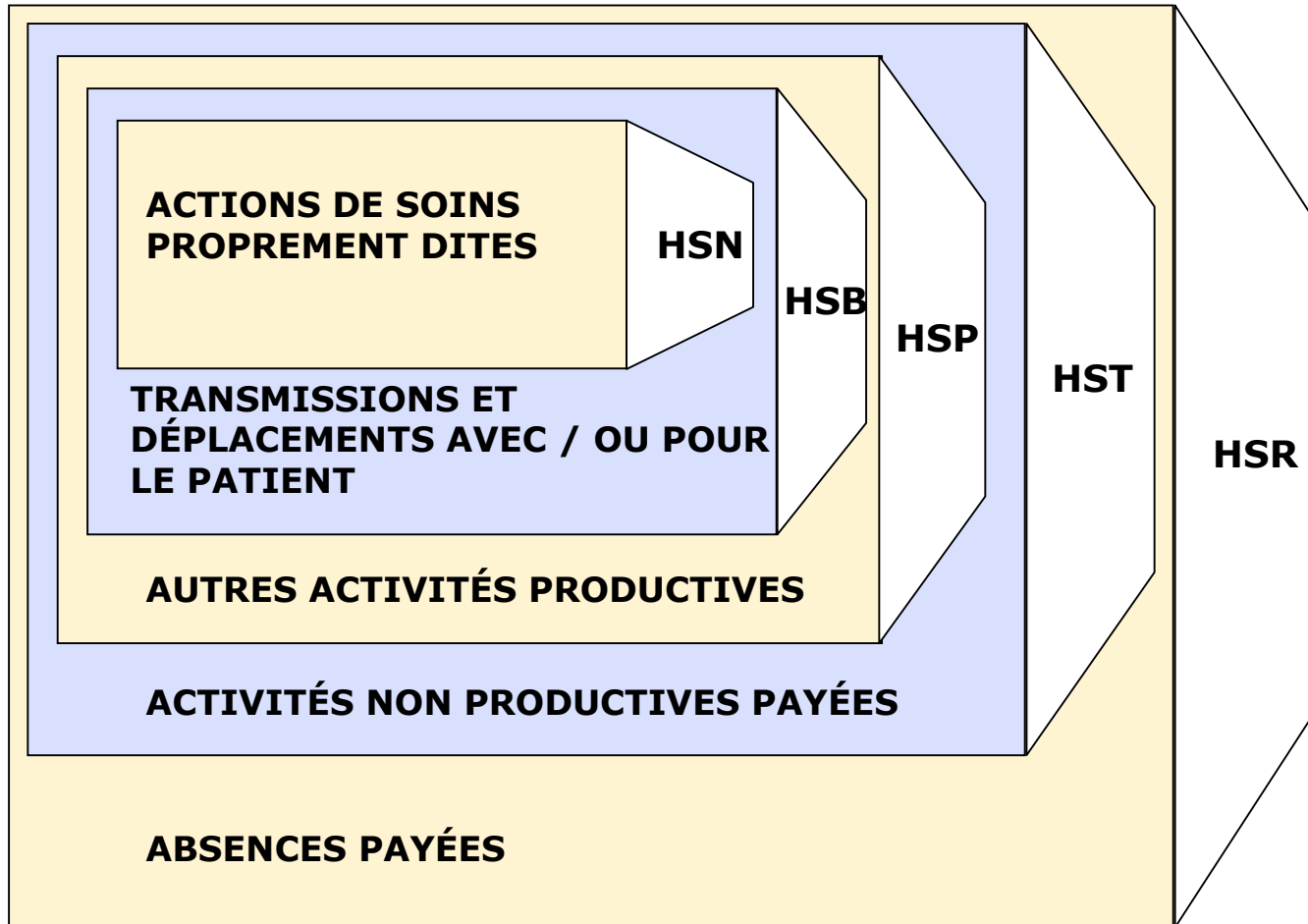
m: Nombre de jours dans l'épisode du patient 1

n: Nombre de patients dans l'unité de soins le jour 1

Charge en soins d'une unité de soins

= Σ TRANSVERSALE

Charge en soins versus charge de travail



- **Charge en soins mesurée en:**
 - HSN: Heures-soins nettes
 - HSB: Heures-soins brutes
- **Charge de travail mesurée en:**
 - HSP: Heures-soins productives
 - HST: Heures-soins travaillées
 - HSR: Heures-soins rémunérées
- **Cette charge de travail ≠ charge de travail physique, cognitive ou affective des ergonomes**

Charge globale *versus* charge par catégories de personnel

- **La mesure des charges en soins par catégories de personnel se heurte à un certain nombre de difficulté :**
 - Frontières \pm floues des domaines de compétence des différentes catégories d'acteurs
 - Variations d'un pays à l'autre, voir d'une région à l'autre
 - Question de coûts, d'efficacité, d'efficacité
 - Pour une action de soins, la catégorie la plus appropriée peut dépendre du patient ou de l'expérience du soignant

- **La mesure par catégorie est seulement réalisable par l'approche explicite directe**

- Nécessite de définir à priori (standardisation) à quelle(s) catégorie(s) de personnel revient telle action de soins
- Deux modes possibles :
 - attribution (0,1)
 - distribution (%,%,%)

- **Cependant une classification peut être pondérée par catégorie grâce à une étude à priori réalisée avec l'approche explicite directe**

Charge propre *versus* charge de substitution

- **Le personnel infirmier pose des actions qui relèvent de la compétence d'autres professionnels:**

- intervenants sociaux,
- ergothérapeutes,
- physiothérapeutes (kinésistes),
- inhalothérapeute,
- techniciens de laboratoires,
- (médecins), etc...

- **Raison de cet état de chose :**

- L'infirmière est présente 24 heures / 24, 7 jours / 7, alors que "les autres" sont là de jour, du lundi au vendredi.

À la charge propre du personnel infirmier s'ajoute donc une charge de substitution qu'on doit pouvoir mesurer à part de la charge propre

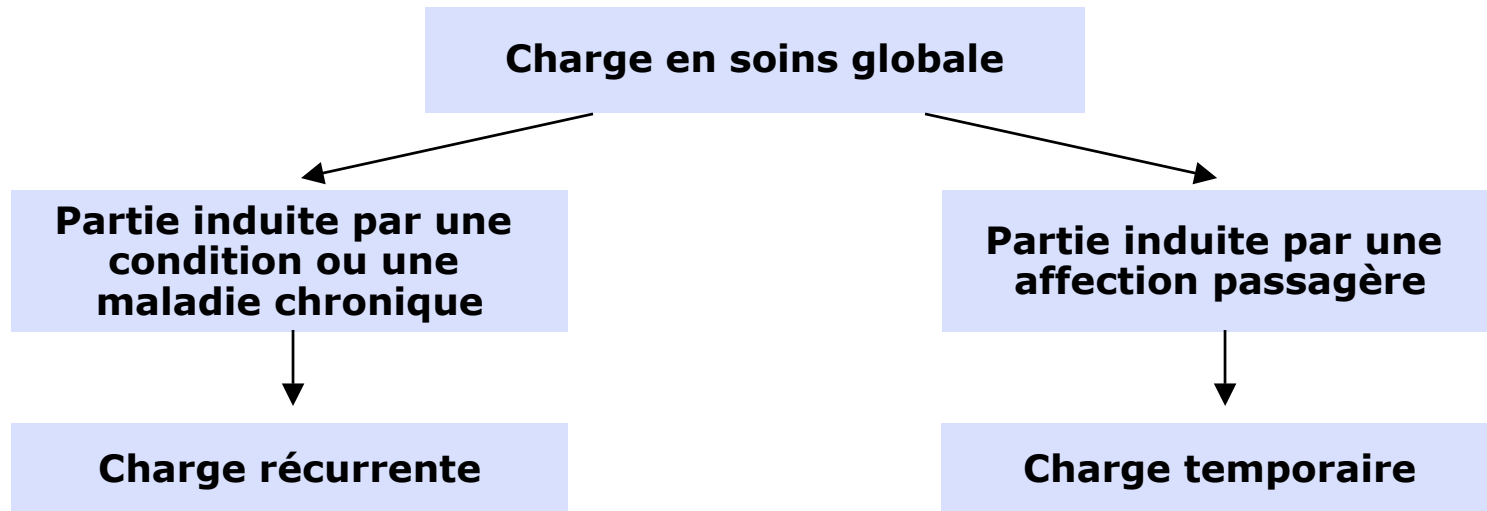
- **Problèmes de mesure :**

- Frontières floues des domaines de compétence
- Variabilité d'un pays à l'autre
- Seulement possible dans l'approche explicite directe

- **Question apparentée :** Mesure des charges en soins des aidants naturels (notions de charge potentielle et de charge réelle).

Charge récurrente *versus* charge temporaire

- La question de la distinction des charges récurrentes et temporaires se pose dans le cas des conditions (dépendance, handicap) et des maladies chroniques



- **Utilité:**

- Mesure de l'alourdissement de la charge en soins (récurrente) d'un patient ou d'un groupe de patients
- Décisions affectant le patient à long terme

Critères d'évaluation des systèmes de mesure des charges en soins

- **Utilité**
- **Acceptabilité**
- **Conviviabilité**
- **Fiabilité**
- **Validité**
- **Polyvalence**
- **Effets pervers et effets positifs**

Utilité des approches directes et indirectes. Que permettent-elles de faire? (1/4)

	Approche explicite	
	Directe	Indirecte
• Charge en soins requis	X	X
• Charge en soins donnés	X	X
• Mesure prospective	X	X
• Mesure rétrospective	X	X
• Mesure en continu	X	X
• Mesure ponctuelle	X	X
• Mesure transversale	X	X
• Mesure longitudinale	X	X
• Soins directs	X	X
• Soins indirects	X	X
• Charge en soins	X	X
• Charge de travail	X	X
• Charge globale	X	X
• Charge par catégories	X	(X)
• Charge propre	X	
• Charge de substitution	X	
• Charge récurrente	X	
• Charge temporaire	X	

La différence entre les deux approches n'est pas tellement dans ce qu'elles permettent de faire mais bien dans la richesse des mesures obtenues

Utilité des approches directes et indirectes (2/4)

- **L'approche indirecte est pauvre en information. Elle produit une classe ou un score auquel est associé un niveau global de soins, en général pour une période de 24 heures (décomposition possible mais très rare du niveau par catégories de personnel)**
 - **L'approche directe est d'autant plus riche en information que sa nomenclature d'actions de soins est plus détaillée : possibilité de calculer les niveaux de soins par :**
 - catégories de soins
 - zones de soins
 - besoins spécifiques
 - interventions

 - types de soins

 - catégories de personnel
- et donc possibilité de produire une hiérarchie d'indicateurs de charges en soins (hiérarchie de niveaux de soins)**

Utilité des approches explicites directes et indirectes (3/4)

L'approche directe permet aussi de distinguer entre charge propre et charge de substitution et entre charges récurrente et temporaire, ce que ne permet pas l'approche indirecte

- **Utilité pour le financement :**

- Mesure fine de la partie de la charge attribuable à chaque payeur
- Simulation de l'effet (en terme de coûts) de l'ajout ou du retrait d'une intervention dans la nomenclature des services assurables, de la modification du temps standard ou de la fréquence standard d'une action
- Quelles sont les actions qui concourent le plus à l'augmentation des charges en soins (alourdissement des clientèles) ⇒ prévisions
- Simulation des effets de modifications des règles d'attribution des actions aux différentes catégories de personnel
- Mise en évidence de différences entre les charges en soins d'unités de soins comparables de différents hôpitaux.

Utilité des approches directes et indirectes (4/4)

- **Utilité pour la gestion :**

- Mise en évidence des quantités de ressources requises dans les différentes catégories, zones, besoins spécifiques ou interventions
- Mise en évidence des quantités de ressources requises des différentes catégories de personnel infirmier
- Ces observations peuvent motiver et servir de support à la :
 - révision des standards de fréquence des actions
 - révision des techniques de soins (analyse coûts-bénéfices)
 - révision des protocoles de soins (patient paths; care maps; plans de soins prototype)
 - révision des règles d'attribution des actions aux différentes catégories de personnel

Nomenclature PRN 6.0. Catégories et zones de soins

0000 ALIMENTATION

- 0100 ALIMENTATION NATURELLE
- 0200 ALIMENTATION ARTIFICIELLE

1000 ÉLIMINATION

- 1100 ÉLIMINATION : SOINS DE BASE
- 1200 ÉLIMINATION : SOINS TECHNIQUES
- 1300 SOINS DE STOMIE

2000 HYGIÈNE

- 2100 HYGIÈNE DE BASE
- 2200 AUTRES SOINS D'HYGIÈNE

3000 MOBILISATION

- 3100 MOBILISATION DE BASE
- 3200 AUTRES INTERV.DE MOBILISATION

4000 COMMUNICATION

- 4100 SOINS RELATIONNELS
- 4200 ENSEIGNEMENT
- 4300 AUTRES ACTIVITÉS DE COMMUNICATION

5000 RESPIRATION

- 5100 LIBÉRATION DES VOIES RESPIRATOIRES
- 5200 RESPIRATION ASSISTÉE
- 5300 TRACHÉOTOMIE ET INTUBATION

6000 MÉDICATION ET THÉRAPIE I.V.

- 6100 AUTOMÉDICATION
- 6200 PRÉPARATION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS
- 6300 THÉRAPIE INTRAVEINEUSE (POSE ET SURVEILLANCE)
- 6400 SANG ET DÉRIVÉS
-

Hiérarchie des niveaux de soins du patient X (minutes/24 heures) (Catégories, zones et besoins spécifiques, types)

- **ALIMENTATION : 39**

- NATURELLE : 39

- ALIMENTATION : 30
 - CHOIX DU MENU : 3
 - COLLATIONS : 6

- **ÉLIMINATION : 25**

- SOINS TECHNIQUES : 25

- ÉLIMINATION ASSISTÉE : 25

- **HYGIÈNE : 45**

- HYGIÈNE DE BASE : 35

- HYGIÈNE DE BASE : 20
 - SOINS DES CHEVEUX : 10
 - HYGIÈNE BUCCALE : 5

- AUTRES SOINS D'HYGIÈNE : 10

- SOINS DE BEAUTÉ : 10

Hiérarchie des niveaux de soins du patient X (minutes/24 heures) (Catégories, zones et besoins spécifiques, types)

- **MOBILISATION : 60**

- MOBILISATION DE BASE : 25

- LEVER : 15
 - COUCHER : 10

- AUTRES INTERVENTIONS DE MOBILISATION : 35

- FRICTIONS ET INSTALLATIONS : 15
 - EXERCICES MUSCULAIRES : 15
 - MOYENS DE PROTECTION PHYSIQUE : 5

- **COMMUNICATION : 45**

- SOINS RELATIONNELS : 45

- COMMUNICATION INDIVIDUELLE DE SOUTIEN : 15
 - RELATION D'AIDE : 30

- **RESPIRATION : 10**

- LIBÉRATION DES VOIES RESPIRATOIRES : 10

- ASPIRATION DES SÉCRÉTIONS : 10

Hiérarchie des niveaux de soins du patient X (minutes/24 heures) (Catégories, zones et besoins spécifiques, types)

- **MÉDICATION ET THÉRAPIE I.V. : 25**
 - PRÉPARATION ET ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS : 15
 - MÉDICAMENTS ORAUX : 5
 - MÉDICAMENTS PAR VOIE PARENTERALE : 10
 - THÉRAPIE I.V. (POSE ET SURVEILLANCE) : 10
 - SURVEILLANCE D'UNE PERFUSION : 10

- **TRAITEMENTS : 25**
 - SONDE ET DRAINAGE : 10
 - DRAINS : 10
 - SOINS DERMATOLOGIQUES, PLAIE ET PANSEMENT : 15
 - SOINS DE PLAIE : 5
 - PANSEMENT : 10

Hiérarchie des niveaux de soins du patient X (minutes/24 heures) (Catégories, zones et besoins spécifiques, types)

- **MÉTHODES DIAGNOSTIQUES : 40**

NIVEAU GLOBAL DE SOINS : 314

- **SURVEILLANCE : 35**

- OBSERVATION : 30
- SIGNES VITAUX : 5

- **PRÉLÈVEMENTS ET TESTS : 5**

- PRÉLÈVEMENTS : 5

CATÉGORIES

ALIMENTATION	39
ÉLIMINATION	25
HYGIÈNE	45
MOBILISATION	60

TYPES

SOINS DE BASE : 144

COMMUNICATION 45

SOINS RELAT./ EDUCAT. : 45

RESPIRATION	10
MÉDICAT. ET THER. I.V.	25
AUTRES TRAITEMENTS	25
MÉTHODES DIAGNOSTIQUES	40

SOINS TECHNIQUES : 100

Acceptabilité (1/2)

- **Pour faire accepter les nouveaux systèmes de financement et d'allocation de gestion des ressources, il faut que les systèmes de mesure des charges en soins reçoivent l'agrément des soignants**

Observation préliminaire

Les systèmes de financement à prix fixe (par exemple DRGs) sont peu acceptables par les infirmières et donc les systèmes de mesure des charges en soins associés à ces systèmes (par exemple, IPSI) sont peu susceptibles de recevoir l'agrément des infirmières

De plus, ces systèmes de mesure des charges en soins ne sont d'aucune utilité pour la gestion du personnel infirmier

- **Les systèmes de mesure explicite directe des charges en soins sont les plus acceptables pour les soignants à cause de leur lien très étroit avec le processus professionnel de planification des soins**
 - La mesure des charges devient partie intégrante de la démarche soignante, donc de l'activité scientifique – professionnelle de l'infirmière la plus importante, celle de conception – exécution – évaluation des soins

- **Réserve : objection Tayloriste**

Acceptabilité (2/2)

- **Les systèmes de mesure explicite indirecte sont peu ou pas relié avec le plan de soins. Ils sont plutôt utilisés en parallèle et indépendamment de celui-ci.**

De plus :

La validité apparente (face validity) de la mesure directe est plus grande que celle de la mesure indirecte

En effet :

La mesure directe est transparente pour l'infirmière : Elle se résume à l'addition du temps des actions de soins pertinentes

Les systèmes de classification comme les scores comportent en général une boîte noire qui contient un algorithme de classification ou une formule mathématique. L'infirmière choisit les données qui entrent dans la boîte et voit le résultat qui en sort mais ne sait pas ce qui se passe à l'intérieur

L'approche directe individualise la mesure de la charge en soins : chaque patient a un niveau de soins différent. Dans une classification, tous les patients appartenant à la même classe, ont le même niveau de soins

Convivialité

- **Le nombre de variables utilisées pour prédire les charges en soins est en général plus petit dans les classifications / scores que dans les méthodes de mesure directe**
- **Donc, à première vue, les classifications sont plus faciles à utiliser :**
 - classification: 20 variables
 - mesure directe : 250 actions de soins
- **Cependant, en mesure directe, il s'agit de sélectionner les actions pertinentes seulement; leur nombre est du même ordre de grandeur que celui des variables d'un système de classification qui elles, doivent être toutes sélectionnées.**
- **De plus, la mesure directe à l'avantage d'être intégrée dans la démarche de soins**
 - La mesure directe manuelle n'implique qu'une légère majoration du temps de la démarche de soins
 - La mesure directe informatisée est invisible pour l'infirmière : elle est opérée automatiquement en arrière-plan du plan de soins informatisé. Elle ne demande donc aucun temps à l'infirmière.

Fiabilité

- **Fiabilité plus grande de l'approche directe en raison de son lien étroit avec la démarche en soins**
 - Le plan de soins est le support de la mesure directe des charges
 - Falsification malaisée (double planification) et facilement détectable (audit) en raison de la transparence de la méthode
 - Mise à jour régulière de la mesure au même rythme que la mise à jour du plan de soins
- **La mesure indirecte est un processus indépendant des soins, plus facilement négligé. Il est aussi plus difficilement vérifiable par un auditeur externe en raison de sa déconnection de la démarche de soins et de la nature plus ou moins hétéroclite de ses variables prédictives**

La fiabilité de la mesure directe peut être renforcée par la formulation de standards de fréquence des soins. Ces standards ne doivent pas nécessairement être prescriptifs. Ils facilitent grandement un audit externe

Validité (1/3)

- **Méthode directe :**

- Les **soins infirmiers sont uniformisés** dans les pays développés. Il est possible de concevoir une nomenclature d'actions de soins "universelle" et dont les temps unitaires soient eux aussi universels (au moins en valeurs relatives)
 - Validité externe
 - Possibilités de faire des comparaisons valides interinstitutions et interpays
- Les **soins infirmiers évoluent**, mais il est relativement facile de mettre à jour une nomenclature d'actions de soins pour tenir compte de cette évolution.
 - Validité dans le temps
- À partir d'une nomenclature pondérée d'actions de soins, il est possible de mesurer les **charges en soins pour n'importe quelle période de référence** (par semaine, par 24 heures, par heure, ...)
- La mesure de la charge en soins du patient pour chaque heure de la journée n'est pas un luxe dans les **unités transitoires** où le patient ne passe que quelques heures
 - Ce degré de précision est une exigence de validité dans ces unités
 - Ce degré de précision est aussi important dans les unités de soins "stationnaires" pour la mesure des charges en soins des journées-patients partielles : journée d'admission, de départ, de transfert

Validité (2/3)

Critiques adressées à la méthode directe :

son hypothèse d'additivité

- Non chevauchement des actions de soins
- Exhaustivité de la nomenclature

• Méthode indirecte :

- Les variables que prédisent le mieux les charges en réanimation ne sont pas les mêmes qu'en chirurgie orthopédique ou pédopsychiatrie
 - Il faut faire un outil pour chaque type d'unité de soins; sinon validité ???
- Pour assurer la validité dans le temps des outils de mesure indirecte, il faut refaire leur algorithme de classification ou recalculer leur modèle mathématique chaque X année
 - Refaire la collecte de données et analyse onéreuses
- La méthode indirecte ne permet pas la mesure des charges en soins par heure de la journée : degré de précision maximal = charge par 24 heures

Validité (3/3)

Problèmes inhérents aux classifications :

- Chevauchement des classes
- Erreur de mesure inhérente à la méthode :
 - Tous les patients classés dans une même classe se voient attribuer la même charge en soins quelle que soit leur charge réelle
- On peut diminuer les erreurs de mesure inhérente à la classification en augmentant le nombre de classes. Mais ce faisant, on augmente le chevauchement des classes
 - Dilemme insoluble parce que lié à la nature même de la méthode

Problème inhérent aux scores :

- Addition illégitime de valeurs ordinales

Polyvalence

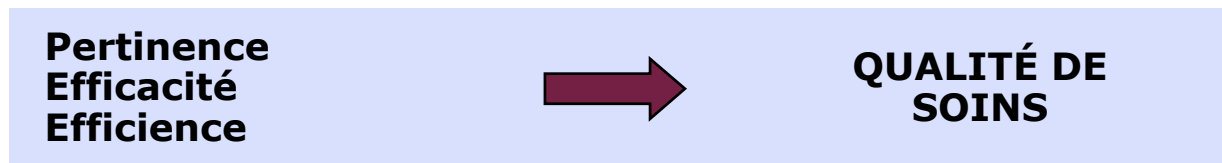
- **Il est possible de concevoir une nomenclature d'actions de soins infirmiers qui couvre l'ensemble des prestations du personnel infirmier, donc valable quelle que soit la clientèle et quel que soit le contexte**
 - Possibilité de comparer les charges en soins
 - à domicile
 - en établissement d'hébergement et de soins de longue durée
 - à l'hôpital
 - Exemple: Les systèmes PRN, PLAISIR et CTMSP
- **Il est à peu près impossible de concevoir un système de classification ou un score valide pour tous les contextes, toutes les clientèles**

Plus un score ou un système de classification est polyvalent, moins il est valide

Effets pervers et effets positifs

- **Méthode directe : effets positifs**

- **Incitation à bien faire la démarche en soins** (la planification des soins) pour mesurer en totalité la charge en soins
 - Contribution indirecte à la pertinence des soins
- **Favorise l'efficacité des soins:**
 - Élimination des actions de soins non ou moins efficaces de la nomenclature
 - Standards de fréquence des actions excluant les fréquences trop faibles qui sont la cause de soins inefficaces
- **Favorise l'efficience des soins:**
 - Élimination des actions de soins moins efficaces de la nomenclature



- **Méthode indirecte : effet pervers**

- **Sélection des cas rentables** (particulièrement en soins de longue durée) (à domicile ou en institutions), **cas dont la charge en soins est la plus basse dans chaque classe.**

Effets pervers et effets positifs (2/2)

- **Méthode indirecte :**
 - **Sélection des cas rentables** (particulièrement en soins de longue durée) (à domicile ou en institutions), **cas dont la charge en soins est la plus basse dans chaque classe**