

PRN

Programme de Recherche en Nursing

Base de référence : PRN 80 - Source E.R.O.S.. Montréal.

Les versions ultérieures du PRN sont basées sur le même principe, avec des ajouts d'actes

Le PRN est la méthode découlant des travaux canadiens débutés en 1969 à l'Hôpital Sainte Justine de Montréal par Monique Chagnon et développés par l'Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé (E.R.O.S.) dirigée par Charles Tilquin à l'Université de Montréal.

Il mesure les soins directs requis par l'état du patient, tant en nature qu'en durée.

À partir du Plan de Soins Infirmiers, sont listées les différentes actions de soins requises.

Des points d'indice sont attribués à chaque action en utilisant la grille élaborée par les canadiens dans leur Projet de Recherche en Nursing, nommée PRN 80. Leur total permet de classer la dépendance par rapport aux soins, et de donner un temps pour les soins directs en minutes, chaque point d'indice valant 5 mn.

Cette méthode permet une mesure en nature et en durée des soins directs, mais elle ne mesure pas la dépendance fonctionnelle, car il n'y a pas corrélation obligatoire entre la dépendance par rapport aux soins et la dépendance fonctionnelle.

- Un dépressif de 20 ans, autonome pour les actes usuels de la vie quotidienne qui a besoin de deux perfusions par 24 h et d'une prise en charge psychothérapique est dépendant par rapport aux soins.
- Une personne âgée présentant des déficits cognitifs mais calme est moins "chronophage" qu'un détérioré fugeur.

A. Mesure de la charge en travail

La charge en travail, qu'est-ce ?

C'est la somme de temps nécessaire par 24 h, pour répondre aux besoins des patients.

En divisant ce temps par le temps de travail quotidien d'un agent, on obtiendra l'effectif nécessaire dans l'unité de soins.

Elle est fonction de plusieurs facteurs.

- **La charge en soins est la charge la plus variable.**

Elle quantifie la somme des activités para médicales requises par un patient, tributaire de la quantité mais aussi de la qualité des soins. Elle est subordonnée aux objectifs fixés quant au niveau de la qualité des soins estimée nécessaire en fonction de la spécificité du service, des évolutions technologiques; du type de patients; de la qualification et de la motivation du personnel.

- **La charge la plus différente d'une institution à l'autre est "l'entretien ménager"**.
 Nous entendons par entretien ménager, tout le travail de ménage en dehors de l'environnement direct du patient : entretien des sols, des escaliers, des vestiaires, des couloirs; utiliser le lave-vaisselle matin-midi-goûter-soir; chauffe des plats en liaison froide à aller chercher et contrôler.
 Ce travail est, soit confié à des groupes spécialisés, soit assuré (suivant des modalités multiples), par le personnel de l'Unité de soins.
 C'est le plus facile à chronométrer car il dépend de la conception architecturale et de l'organisation fonctionnelle du service (degré d'automatisation des tâches répétitives d'entretien du sol; du traitement apporté aux problèmes de cuisson et distribution des aliments, vaisselle, entretien du linge, évacuation des déchets...)
- **La charge la plus modulable est le temps passé à "la formation discontinue permanente"** des soignants, qui est une nécessité absolue, si l'on veut garder un dynamisme performant.

CHARGE EN TRAVAIL = CHARGE EN SOINS (Soins directs + Soins indirects (communications, déplacements, activités administratives)) + ENTRETIEN MENAGER.

I. CHARGE EN SOINS

Base :

Les actes de "soins **directs**" nécessités par l'état du patient sont recensés sur le Plan de Soins Infirmier puis comptabilisés en utilisant la grille PRN 80.

Les "soins **indirects**" sont fixés en utilisant des standards de temps, variables en fonction de l'Unité de Soins et/ou du nombre de patients présents.

a) SOINS DIRECTS

La succession des actions :

L'équipe soignante après observation clinique évalue les besoins.

- **À partir de l'évaluation des besoins** elle établit le Plan de Soins Infirmiers qui détaille les actions de soins à réaliser.
- **À partir du Plan de Soins Infirmiers**, les actions de soins sont cotées en relevant les points d'indices y afférent sur la Formule d'évaluation des soins requis .

Le PRN 80, comporte

7 rubriques:

Respiration, Alimentation-Hydratation, Élimination, Hygiène et confort, Communication, Méthodes diagnostiques, Traitements

85 sous-rubriques

214 actions de soins.

On peut choisir plusieurs items d'une rubrique mais un seul item d'une sous-rubrique.

L'informatisation de la saisie effectue automatiquement les calculs suivants.

- **A partir de la cotation** est réalisé le **Total des points PRN** pour les soins directs.
- **A partir du total des points PRN** calcul du **Temps nécessaire** pour réaliser les Soins directs, en minutes, pour 24 h.

Total points PRN x 5 (1 point d'indice = 5 minutes).

- **A partir du total des points, calcul de la classe de dépendance par rapport aux soins directs** (Soins infirmiers et charge en travail - Ministère de la solidarité - 1987 - p 45 - tableau 13. Source E.R.O.S.. PRN 80).

Points 1-25 = classe 1

Points 26-43 = classe 2

Points 44-61 = classe 3

Points 62-106 = classe 4

Points 107-151 = classe 5

Points 152 et + = classe 6

Le calcul de la dépendance étant lié aux actes de soins infirmiers, ne mesure pas les possibilités de réalisation des actes de la vie quotidienne.

Ce sont des classes de dépendance "techniques" utilisées ensuite dans des calculs de soins indirects relatifs à la "communication".

b) SOINS INDIRECTS

Ce terme recouvre le temps relatif aux soins, hors de la présence du malade : les communications, les déplacements, les activités administratives.

- **Les communications au sujet du patient.**

De quoi s'agit-il ?

Des communications écrites ou verbales des membres de l'Equipe Soignante : avec les proches ; entre eux au sujet du patient ; avec les médecins et les autres professionnels de l'hôpital au sujet du patient ; les informations écrites telles que la planification des soins infirmiers, la rédaction du plan de soin, les observations infirmières, la mesure du P.R.N.

Comment calculer le temps requis ?

Confer : Soins infirmiers et charge en travail - Ministère de la solidarité - 1987. Source E.R.O.S.. PRN 80. Page 46 - tableau 14.

Mais le tableau 14 exposé par le Ministère doit être lu en sachant que le terme "soins indirects", au Canada, concerne : "les actes de l'action nursing posés non en présence du bénéficiaire qu'ils soient physiques, verbaux ou mentaux, à l'exception des déplacements, liés aux actions nursing" (Soins infirmiers et charge en travail - Ministère de la solidarité p 58)

Pour une meilleure compréhension de tous, soignants et gestionnaires, nous préférons garder le plan européen qui inclus, dans les "soins indirects", toutes les actions de soins qui ne sont pas effectuées directement auprès du patient, déplacements et activités administratives comprises.

Cet exemple montre le piège possible du vocabulaire et renforce le bien fondé de l'élaboration d'une terminologie unique des soins infirmiers.

Ce sont des STANDARDS fixés selon la CLASSE de DEPENDANCE

Classe 1 : 24 mn.

Classe 2 : 37 mn.

Classe 3 : 57 mn.

Classe 4 : 90 mn.

Classe 5 : 120 mn.

Classe 6 : 133 mn.

• Les déplacements.

Trois catégories.

1- A l'intérieur de l'Unité de Soins pour les déplacements reliés au patient.

De quoi s'agit-il ?

Accompagner le patient en salle d'examen; à la salle de bains, aux WC s'il n'y en a pas dans les chambres; se rendre auprès des patients pour les soins directs; répondre aux appels.

L'aide à la marche n'est pas incluse car elle est déjà prise en compte dans les soins directs.

Les temps de déplacements sont différents d'un hôpital à l'autre en fonction de l'architecture.

Comment calculer le temps requis ?

Temps standard fixé PAR PATIENT.

Confer : Soins infirmiers et charge en travail - Ministère de la solidarité - 1987. Source E.R.O.S.. PRN 80. Page 175

Soins intensifs : 5 mn. Autres unités : 5,5 mn.

2 - A l'intérieur de l'U. S. pour les déplacements avec et/ou reliés au patient selon le nombre de patients de l'Unité de Soins.

De quoi s'agit-il ?

C'est un standard de temps (un temps forfaitaire) tenant compte du nombre de patients de l'Unité de Soins.

Comment calculer le temps requis ?

Temps standard fixé PAR PATIENT.

Confer : Soins infirmiers et charge en travail - Ministère de la solidarité - 1987. Source E.R.O.S.. PRN 80. Page 175

Exemple de référence : "**pas de toilette dans chambre - 21 à 40 patients dans l'Unité de Soins**" temps standard de 6,7 minutes par patient.

3 - A l'extérieur de l'Unité de Soins pour les déplacements sans le patient.

De quoi s'agit-il ?

C'est un standard de temps, tenant compte d'actions de type "Aller chercher les radios", des réunions des surveillantes (le poste de surveillante est inclus dans l'effectif)

Comment calculer le temps requis ?

Temps standard en minutes fixé PAR UNITE DE SOINS.

Confer : Soins infirmiers et charge en travail - Ministère de la solidarité - 1987. Source E.R.O.S.. PRN 80. Page 176

Les activités administratives

De quoi s'agit-il ?

Des activités relatives AUX SOINS : répartition des tâches dans l'Equipe par l'infirmière ou la Surveillante, contrôle dans l'U S.

Des activités relatives AU PERSONNEL : plannings de travail ...

Des activités relatives A L'ENTRETIEN du MATERIEL et sa VERIFICATION : commandes, communication avec le service de l'équipement, avec le service d'entretien ménager. 13

Comment calculer le temps requis ?

C'est un standard de temps fixé

PAR UNITE DE SOINS ET PAR SEMAINE

en fonction du NOMBRE DE PATIENTS DE L'UNITÉ DE SOINS.

Cf : Soins infirmiers et charge en travail - Ministère de la solidarité - 1987. Source E.R.O.S.. PRN 80. Page 176

Exemple de référence : "**Autres unités de soins - 21 à 40 bénéficiaires**"
standard de temps : 3214,5 minutes par semaine.(soit 13,30 minutes par malade et par 24 h).

II. L'ENTRETIEN MÉNAGER

L'entretien des locaux n'est pas inclus dans l'étude canadienne de charge en soins (et non en travail), car il est effectué par un service avec lequel on communique : " le Service d'entretien ménager".

Étant donné le mode de fonctionnement de l'Hôpital de Mazamet nous devons - ou non - inclure le temps de ménage " **hors de l'environnement direct du patient** " dans la charge en travail. **Temps fixe, évalué en minutes, par patient et par 24 h, en fonction des locaux.**

B - Calcul du personnel nécessaire dans l'Unité de Soins.

La somme des résultats individuels permet d'obtenir, en minutes, la charge en travail, pour l'ensemble de l'unité de soins et pour 24 h.

Ce travail va nécessiter pour être réalisé, du "temps-agent".

En se basant sur un temps de travail 1990 de 7 h 48 (448 mn) par agent et par 24 h on peut calculer l'effectif nécessaire pour 24 h (total-minutes / 448) 15

C - Nos appréciations d'utilisateurs... sur les multiples retombées d'un calcul de la charge en travail.

Le calcul de la charge en travail d'une unité de soins présente plusieurs intérêts :

Pour réaliser ces calculs des travaux préparatoires sont nécessaires qui, paradoxalement, améliorent la qualité du travail effectué par les acteurs du quotidien.

La réalisation d'un Plan de Soins Infirmiers écrit oblige à s'investir; modifie le regard porté sur le patient, sur les autres agents et sur soi-même car on évalue en groupe. Et d'autre part cette pratique apprend à s'intégrer dans une réunion ou d'en être le modérateur ; cultive une démarche organisée et organisante de la pensée. En somme, modification du comportement vers une responsabilisation assumée et reconnue 16 qui donne un sens au travail effectué. Différence entre être et avoir.

L'affirmation "on a des malades lourds" ne résiste pas souvent à l'analyse de la mesure de la charge en travail de ces malades. Cette analyse remet alors les pendules à l'heure, entre le réel et le ressenti subjectif de certains et crée un meilleur climat dans l'équipe soignante et entre les équipes par les surveillantes.

Les calculs de charge en travail débouchant sur une dotation en personnel nécessaire, permet des comparaisons précises entre les dotations des Unités de Soins, en fonction des patients présents; coupe court aux comparaisons subjectives; facilite le travail des responsables de planning qui, soumises à la pression de leur équipe, 17, peuvent, en réponse, se référer à l'unicité d'organisation des services.

L'infirmière générale chargée d'arbitrer entre les besoins en personnel des surveillantes, est toujours confrontée à la crainte de la prise de décision - ou de non décision - arbitraire, si elle n'a pas le tableau de bord de la charge en travail. Elle a besoin de bien connaître pour bien gérer.

Les Directeurs de CH, gestionnaires, confrontés aux "charges salariales du personnel égale 70 % du budget ", sont toujours dubitatifs et réticents devant toute demande de personnel supplémentaire. Ils doivent "produire la meilleure qualité au meilleur coût" car ils doivent justifier leur gestion. Aussi ont-ils besoin qu'une mesure de la charge en travail argumente une demande en personnel supplémentaire.

La mesure de la charge en travail doit permettre aux chefs de service de mieux accepter une organisation rationnelle de gestion du personnel s'ils ont le sentiment que cette gestion est le fruit d'un "état" et non le résultat d'un compromis d'influence avec la direction.

Ce qu'on ne peut pas mesurer ...

L'Occident est passé de la civilisation du travail pénible à la civilisation de la panne. Le vrai travail n'existe que lorsque la panne arrive. Et, le plus souvent, dans la vie quotidienne, on ne prend pas la peine de réparer : on jette et on change.

Il y a toutefois un domaine où on est resté dans la civilisation de la peine : l'aide à l'humain détérioré. S'il en est à ce stade, c'est qu'on a pas pu réparer la panne et, par éthique, on ne peut pas le "jeter". L'aide à cet handicap passe surtout par la main tendue, trait d'union avec le vivant; et par le sourire, main tendue du soleil dans la grisaille d'un cerveau embrumé.

Les générations imprégnées de la civilisation de la panne et de l'échange standard ont des difficultés mentales pour assumer la contrainte et l'astreinte de la panne chronique du détérioré, à réparer jour après jour.

Il faut donc s'attendre à une augmentation des placements de type "vieux non autonome, moralement "jeté", familialement "abandonné".

Leur famille sera l'Equipe Soignante. Avec ce que cela comporte d'échange de temps-affectif. Et aucune échelle ne pourra jamais mesurer un câlin qui permet de dormir sans médicament....

Dr Lucien Mias - septembre 1999

