



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**DIRECTEUR DES SOINS**

**Promotion 2004**

---

**Les indicateurs d'activités en soins  
infirmiers :  
outils de management stratégique  
pour un directeur de soins,  
MYTHE OU RÉALITÉ?**

---

**MARIE-CLAUDE GASTÉ**

---

# Remerciements

---

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apportée aide et soutien au cours de ce travail et en particulier, toutes les personnes qui ont bien voulu se prêter au jeu de l'entretien, mais aussi:

Christian Gouzes, praticien hospitalier, responsable d'un DIM

Jean Brizon, directeur des ressources humaines

Mustapha Kennouf, directeur d'hôpital

Catherine Dubois-fresney, directeur des soins

Odile Fima, directeur des soins

Aline Lafosse, cadre supérieur de santé

Sandy, Dominique, mes parents et tous ceux qui me sont chers.

---

# Sommaire

---

<b>AVANT PROPOS .....</b>	<b>1</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>PREMIERE PARTIE.....</b>	<b>3</b>
<b>1 LE CONTEXTE.....</b>	<b>3</b>
1.1 LES CONSTATS .....	3
1.1.1 <i>Le premier étant que le système de santé coûte cher à la société .....</i>	<i>3</i>
1.1.2 <i>Le deuxième constat porte sur l'historique des outils de mesure des charges de travail .....</i>	<i>4</i>
1.1.3 <i>Le troisième constat relève des textes officiels.....</i>	<i>5</i>
1.2 L'ENSEMBLE DE CES CONSTATS NOUS CONDUIT A NOTRE PROBLEMATIQUE .....	6
1.3 DE CE QUESTIONNEMENT, EMERGENT NOS HYPOTHESES .....	8
<b>2 LE CADRE CONCEPTUEL.....</b>	<b>9</b>
2.1 LE CONCEPT DU MANAGEMENT.....	9
2.1.1 <i>Généralités.....</i>	<i>9</i>
2.1.2 <i>Mais de quoi parle t-on? .....</i>	<i>10</i>
2.1.3 <i>En quoi consiste le management? .....</i>	<i>11</i>
2.1.4 <i>Il existe deux domaines du management.....</i>	<i>11</i>
2.1.5 <i>Pourquoi manager ? .....</i>	<i>12</i>
2.2 LE CONCEPT D'EVALUATION .....	13
2.2.1 <i>Mais, de quoi est-il question ?.....</i>	<i>13</i>
2.2.2 <i>Finalités.....</i>	<i>14</i>
2.2.3 <i>L'évaluation appliquée aux soins infirmiers .....</i>	<i>14</i>
2.3 LE CONCEPT DE GESTION .....	15
2.3.1 <i>Définitions .....</i>	<i>16</i>
2.3.2 <i>Pourquoi ?.....</i>	<i>16</i>
2.3.3 <i>La gestion du service infirmier.....</i>	<i>16</i>
2.4 LE CONCEPT DE DECISION .....	17
2.4.1 <i>Quelques définitions .....</i>	<i>17</i>
2.4.2 <i>Sur quoi repose la décision .....</i>	<i>17</i>
2.5 CONCLUSION SUR LE CADRE CONCEPTUEL.....	18

<b>3</b>	<b>LE CADRE JURIDIQUE POUR UNE LOGIQUE DE LA MAITRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ.....</b>	<b>18</b>
3.1	LE SYSTEME DE SANTE ET SON FINANCEMENT.....	18
3.1.1	<i>La régulation des dépenses hospitalières .....</i>	<i>19</i>
3.2	LA REFORME DE LA GESTION HOSPITALIERE.....	22
3.2.1	<i>La statistique annuelle des établissements (SAE).....</i>	<i>23</i>
3.2.2	<i>Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).....</i>	<i>23</i>
3.2.3	<i>La comptabilité analytique hospitalière (CAH) .....</i>	<i>24</i>
3.3	LES STRUCTURES DE L'EVALUATION .....	25
3.3.1	<i>Le département d'information médicale .....</i>	<i>25</i>
3.3.2	<i>L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).....</i>	<i>26</i>
3.4	CONCLUSION DE CETTE PARTIE ET RELATION AVEC LES SOINS INFIRMIERS .....	26
<b>4</b>	<b>LES INDICATEURS D'ACTIVITÉS : SIIPS ET PRN.....</b>	<b>27</b>
4.1	LES CARACTERISTIQUES DE CES DEUX OUTILS .....	28
4.2	CONCLUSION.....	29
	<b>DEUXIEME PARTIE .....</b>	<b>30</b>
<b>1</b>	<b>LA RECHERCHE SUR LE TERRAIN .....</b>	<b>30</b>
1.1	LE CADRE DE L'ETUDE .....	30
1.1.1	<i>La méthode.....</i>	<i>30</i>
1.1.2	<i>La préparation des entretiens .....</i>	<i>30</i>
1.1.3	<i>Les limites et remarques pédagogiques de l'enquête.....</i>	<i>31</i>
1.1.4	<i>L'organisation de l'analyse.....</i>	<i>31</i>
1.2	PRESENTATION DES SITES .....	32
<b>2</b>	<b>L'ANALYSE.....</b>	<b>33</b>
2.1	L'ANALYSE DES ENTRETIENS PAR GROUPE PROFESSIONNEL .....	33
2.1.1	<i>En ce qui concerne l'hypothèse 1 .....</i>	<i>33</i>
2.1.2	<i>En ce qui concerne l'hypothèse 2 .....</i>	<i>36</i>
2.1.3	<i>En ce qui concerne l'hypothèse 3.....</i>	<i>39</i>
2.2	LES ENJEUX D'UNE POLITIQUE D'EVALUATION.....	41
<b>3</b>	<b>VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES.....</b>	<b>42</b>
3.1	PREMIERE HYPOTHESE.....	42
3.2	DEUXIEME HYPOTHESE.....	42
3.3	TROISIEME HYPOTHESE .....	42
<b>4</b>	<b>CONCLUSION DE L'ÉTUDE DE TERRAIN .....</b>	<b>43</b>

<b>TROISIÈME PARTIE.....</b>	<b>44</b>
<b>1 PRÉCONISATIONS.....</b>	<b>44</b>
1.1 LE DS: ACTEUR PREPONDERANT DANS UNE POLITIQUE D'EVALUATION.....	44
1.1.1 <i>Une stratégie de communication interne au service du management.....</i>	<i>44</i>
1.1.2 <i>Un management opérationnel sur l'implication des personnels.....</i>	<i>46</i>
1.1.3 <i>Présentation schématique de la place du DS par rapport à la communication et l'implication des personnels dans le projet d'évaluation des soins.....</i>	<i>49</i>
1.2 LE DS : ACTEUR D'UN MANAGEMENT STRATEGIQUE DANS LE CONTINUUM DE L'ACTION 51	
1.2.1 <i>Le résumé de soins infirmiers et les préalables à sa mise en place.....</i>	<i>51</i>
1.2.2 <i>La gestion prévisionnelle des soins et la mise en œuvre.....</i>	<i>52</i>
1.3 L'OPPORTUNITE D'EVALUER PAR DES INDICATEURS EN SOINS INFIRMIERS EN RAPPORT AVEC LA TARIFICATION A L'ACTIVITE.....	55
1.3.1 <i>Quelle place pour la direction des soins dans la réforme de la tarification à l'activité?.....</i>	<i>56</i>
<b>CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>61</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AAS :	activités afférentes aux soins
ANAES :	agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AS :	aide-soignant(e)
ARH :	agence régionale d'hospitalisation
BG :	budget global
CAH :	comptabilité analytique hospitalière
CCAM :	classification commune des actes médicaux
CH :	centre hospitalier
CHU :	centre hospitalier universitaire
COM :	contrat d'objectifs et de moyens
CSS :	cadre supérieur de santé
DAC :	dotation annuelle complémentaire
DAF :	dotation annuelle de financement
DGF :	dotation globale de financement
DIM :	département d'information médicale
DRH :	directeur des ressources humaines
DS :	directeur des soins
DSS :	direction du service de soins
EPRD :	état prévisionnel de recettes et de dépenses
FINESS :	fichier d'identification national des établissements sanitaires et sociaux
GHM :	groupe homogène de malade
GHS :	groupe homogène de séjours
GPS :	gestion prévisionnelle des soins
HL :	hôpital local
IDE :	infirmier(e) diplômé(e) d'état
ISA :	indice synthétique d'activité
MCO :	médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC :	mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ONDAM :	objectif national des dépenses d'assurance maladie
OQN :	objectif quantifié national
PIB :	produit intérieur brut

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information  
PRN : projet de recherche en nursing  
RSI : résumé de soins infirmiers  
SICS : service infirmier de compensation et de suppléance  
SIIPS : soins infirmiers individualisés à la personne soignée  
TAA : tarification à l'activité  
SAE : statistique annuelle des établissements  
SROS : schéma régional d'organisation sanitaire

## AVANT PROPOS

J J Rousseau au début du discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes écrit : «Je conçois dans l'espèce humaine deux sortes d'inégalités, l'inégalité que j'appelle naturelle ou physique, parce qu'elle est établie par la nature et qui consiste dans la différence des âges, de la santé, des forces du corps et des qualités de l'esprit ou de l'âme, l'autre qu'on peut appeler morale ou politique parce qu'elle dépend d'une sorte de convention et qui consiste dans les privilèges dont quelques-uns jouissent au préjudice des autres...»

Cette vision sur les fondements de l'inégalité, nous fait penser à l'organisation hospitalière, qui se doit de répartir les moyens, notamment les ressources humaines, entre les différentes unités de soins. Cette organisation peut-elle entraîner des « privilèges dont quelques-uns jouissent au détriment des autres? » Comment s'assurer que les ressources humaines sont distribuées là où est objectivé le besoin correspondant ?

«Les sociétés occidentales connaissent de considérables fractures où disparaissent les solidarités naturelles que doivent remplacer des systèmes administratifs de solidarité institutionnelle. »<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> PRAX JY. Le guide de knowledge management. Edition Dunod. Préface Hervé SERIEYX.

## INTRODUCTION

Dans notre pratique professionnelle, nous avons pu repérer des conflits entre les cadres, les équipes, engendrés par des notions d'iniquité, de disparités d'effectifs, réelles ou ressenties. Les effectifs sont fréquemment pensés de façon empirique, comme étant insuffisants au regard d'une charge de travail estimée trop lourde.

Le Directeur des soins est alors sollicité pour trouver des solutions, pour justifier et argumenter la répartition de personnel. Mais sur quoi reposent ses arguments ? Sont-ils objectifs ? Par ailleurs, il est rare qu'un service se reconnaisse un effectif suffisant.

L'activité, l'architecture, la population reçue, l'organisation du service ou la particularité de la prise en charge, plus relationnelle ou technique, sont autant d'arguments évoqués. Tous ces points sont exposés, tant par les personnels, les cadres que par les médecins. Il semble alors difficile de s'y retrouver, d'autant plus que chaque demandeur met en avant sa spécificité qui le différencie des autres. Et un ressenti d'inégalité de répartition de moyens humains qui prévaut aux discussions entre professionnels contribue à parasiter les relations.

Le Directeur des soins propose les affectations du personnel dans les unités. Cependant, l'utilisation qu'il entend faire des moyens humains doit être justifiée par les besoins des services, qu'il se doit de mesurer. Etre confronté à la récurrence de discussions sensibles autour des effectifs, lui demande d'être vigilant sur les critères de répartition. La difficulté de cette problématique repose sur plusieurs items notamment : les conditions de travail, l'évolution des services, l'amélioration de la prise en charge, la perception des agents en ce qui concerne leur charge de travail. De plus, ces discussions se situent au cœur des revendications syndicales et médicales. Les cadres de santé, les médecins se mobilisent pour réclamer des effectifs supplémentaires. Ils avancent alors des arguments de charge de travail, d'activité, de sécurité et de qualité.

Le Directeur des soins doit pouvoir se situer dans cette situation difficile qui relève à la fois d'un positionnement stratégique, organisationnel et par là même, met en exergue la légitimité du management stratégique à l'hôpital. De fait, l'enjeu du management est mis en évidence, notamment par le rappel de données chiffrées, réglementaires et factuelles.

D'où, la nécessité d'évaluer par un indicateur d'activités la charge de travail afin d'arbitrer, d'argumenter la répartition des effectifs de manière objective.

De plus, du fait de la croissance des dépenses de santé et par conséquent d'une maîtrise de celles-ci, le Directeur des soins dans ses missions de responsable du service de soins, dans sa fonction managériale, membre de l'équipe de direction, ne peut ignorer les contraintes budgétaires qui touchent les hôpitaux depuis quelques années. Il est donc nécessaire d'évaluer ce que nous faisons afin de rendre compte. Nous disposons pour cela d'indicateurs d'activités en soins infirmiers, que de nombreux hôpitaux ont déjà mis en place.

Le but de ce travail n'est pas de savoir, en fonction des outils utilisés, quel est le «bon» ou le «mauvais», mais de connaître quels ont été leurs apports, dans un souci d'efficacité et d'efficience en terme de gestion des ressources humaines tant au niveau quantitatif que qualitatif.

# PREMIERE PARTIE

## 1 LE CONTEXTE

### 1.1 Les constats

Nous en relèverons trois :

#### 1.1.1 Le premier étant que le système de santé coûte cher à la société

Le système de santé coûte cher à la société, il faut trouver les moyens d'en contrôler la croissance et d'en maîtriser les coûts. Ainsi, les dépenses de santé ont très fortement augmenté ces quarante dernières années. Elles ont progressé plus vite que la richesse nationale : la consommation (les dépenses) de soins et de biens médicaux atteint 8,7% du Produit Intérieur Brut (PIB) en 2001 contre 4,2% en 1960 en France. Elle est désormais le quatrième pays industrialisé pour la part des dépenses de santé dans le PIB, derrière les Etats-Unis, l'Allemagne et la Suisse. Elle dépense plus que ses principaux partenaires européens. La croissance des dépenses de santé est un phénomène commun à la plupart des pays développés. Elle est en partie liée à des phénomènes structurels: progrès des techniques médicales, apparition de nouvelles pathologies, vieillissement de la population, élévation du niveau de vie... Ces considérations ont conduit à multiplier, depuis les années 1970, les politiques de maîtrise des dépenses de santé.<sup>2</sup>Cela se concrétise dans les années 1980 par la mise en place du budget global.

L'objectif de maîtrise des dépenses de santé recouvre en fait deux exigences : le respect d'un objectif de moyens alloués à ce secteur (maîtrise de la dépense globale), et la meilleure utilisation de ces ressources une fois qu'elles sont allouées (optimisation du service rendu.) La légitimité de la seconde exigence est incontestable et il apparaît incontournable de s'interroger pour savoir si le service rendu pourrait être amélioré. De ce point de vue, l'utilisation d'indicateurs ne peut plus être contestée. En tout état de cause, la demande de justification des pratiques de soins ne peut que se développer, sous la pression des régulateurs, mais aussi des consommateurs par l'exigence d'informations, de transparence de la qualité, de sécurité.

Cette volonté de rationalisation a conduit les pouvoirs publics à utiliser des outils d'analyses d'activité et de gestion, tels que le PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations), il présente l'intérêt de mieux connaître l'activité médicale des

---

<sup>2</sup> BUSSIERE C. La maîtrise des dépenses de santé. Regards sur l'actualité. N°288

établissements de santé et d'établir des coûts avec ventilation des dépenses par unités de soins, notamment des dépenses en personnel.

Cette volonté est affirmée par la loi n°748 du 31/07/1991, réaffirmée par l'ordonnance n°346 du 24/04/1996. Cependant, le PMSI, généralisé en 1991, n'est pas un indicateur de charge en soins. D'où la nécessité et la volonté de développer des outils adaptés.

Ainsi, des études de charges en soins et/ou de travail se sont développées dans les établissements de santé. Il en existe plusieurs.

### **1.1.2 Le deuxième constat porte sur l'historique des outils de mesure des charges de travail**

Bien avant que l'évaluation des activités devienne une obligation, les infirmières<sup>3</sup> se sont interrogées sur les soins dispensés aux malades, sur la classification possible de ces personnes. Nous pouvons ainsi remonter à :

1859-1885 : Florence Nightingale propose une classification des patients par des niveaux de gravité (léger/moyen/lourd) et prévoit de placer le malade "lourd" au plus près de l'infirmerie. Prenait naissance alors la première méthode organisationnelle et de pratiques infirmières.

Aux plus récents et connus :

1975 : Au Québec : La première version du PRN (Projet de recherche en nursing) permet une évaluation de la charge de travail, quantitative et qualitative à partir des soins requis pour le patient. C'est une méthode analytique et exhaustive.

1982 : En France, M.C Beaugheon : La première version des SIIPS (Soins infirmiers individualisés à la personne soignée) est une méthode synthétique et ciblée.

1995 : En France, le Pendiscan est un outil de mesure de l'état de la dépendance.

Ainsi, depuis de nombreuses années, les soignants sont dans une logique cherchant à faire savoir et valoir l'importance des activités de soins dispensés aux patients, dans un souci d'obtenir des informations fiables et objectives; concernant l'activité de l'hôpital, en matière de soins infirmiers dans le but d'une part, de mieux suivre et prévoir l'évolution des soins et des services, la gestion et la qualité de prise en charge, et d'autre part d'établir la productivité ainsi que les coûts. Aujourd'hui, nous savons que le PRN et les SIIPS sont les deux indicateurs reconnus par le Ministère de la Santé et les plus utilisés sur le territoire. La difficulté pour le Directeur des soins, n'est plus dans la conception ou dans l'intégration des outils, mais dans l'obtention des résultats, dans l'exploitation qui en est faite et dans l'utilisation effective de l'outil.

---

<sup>3</sup> Lire indifféremment infirmier / infirmière.

### 1.1.3 Le troisième constat relève des textes officiels

#### Dans le cadre législatif et réglementaire

La loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, dans les articles L.710-4 et L.710-5 nous précise ses objectifs d'évaluations et d'analyse d'activité : *“Les établissements de santé, publics ou privés, développent une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin d'en garantir la qualité et l'efficacité.” “ Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.”*

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, dans son article L.710-1-1 renforce la notion de prise en charge en indiquant : *«La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tous les établissements de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière. »*

L'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, indique que: *« L'amélioration de la qualité des soins et la maîtrise des dépenses sont l'affaire des professionnels de santé. Quant à la maîtrise des dépenses, elle passe par l'usage d'instruments tendant vers le “juste soin.” Ces instruments de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, et une meilleure organisation des soins permettront en effet de concilier la qualité et le respect des contraintes financières.”*

Décret n°550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des Directeurs de soins, indique : *« Il coordonne l'organisation et la mise en oeuvre des activités de soins, il participe [...] à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins, il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation, il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins [...] »*

Ainsi, évaluer est une obligation qui anime les Directeurs de soins, que ce soit pour améliorer la qualité de la prise en charge; pour justifier d'une activité; pour optimiser la gestion interne par une meilleure répartition des ressources humaines entre les unités de soins dans un souci d'équité; pour développer des compétences; pour obtenir des coûts par pathologie en complétant le PMSI ou pour argumenter des moyens. D'où la nécessité d'utiliser un indicateur d'activités en soins infirmiers.

### Dans le cadre des guides du service infirmier

Le Ministère des Affaires Sociales et de l'Emploi publie en 1987 le septième fascicule des guides du service infirmier qui a trait "aux soins infirmiers et à la charge de travail."

Dans la préface, Monsieur Philippe Seguin, alors Ministre des affaires sociales et de l'emploi, situait l'action des cadres infirmiers dans leur participation *"à l'effort général de restructuration et d'adaptation de nos structures hospitalières afin d'utiliser au mieux les moyens mis à leur disposition pour assurer des soins de qualité."*<sup>4</sup>

Cette assertion faite aux professionnels infirmiers arrivait dans un contexte économique difficile qui perdure encore aujourd'hui. L'enjeu était et est toujours, plus de vingt ans après, de *"maintenir la pérennité de notre système de soins auquel les Français sont légitimement très attachés, et de mieux maîtriser l'évolution des coûts hospitaliers compte tenu de la situation financière très préoccupante de l'Assurance Maladie."*<sup>5</sup>

Déjà, à cette période, Monsieur le Ministre envisageait le croisement des résultats de *"la mesure de la charge de travail avec l'estimation des coûts par pathologie dans le cadre du PMSI."*<sup>6</sup>

Ce Guide pose les principes et les raisons d'être de l'utilisation des indicateurs d'activités en soins infirmiers. Deux objectifs primordiaux sont déclinés : sortir d'une appréciation subjective et gérer la santé demain.

Le Directeur des soins se situe au carrefour de ces logiques avec des impératifs incontournables : il participe à une rigueur de gestion pour réduire les coûts, il cherche à optimiser les moyens humains et doit argumenter leur répartition ainsi que toute demande d'effectifs supplémentaires.

## **1.2 L'ensemble de ces constats nous conduit à notre problématique**

Nous sommes en mesure de dire que l'hôpital public a connu un état de grâce qui a duré trente ans. Aujourd'hui, il est dans une situation de turbulence, due entre autre à la complexité doublée de l'incertitude.

*« Lors du management triomphant l'hôpital était maître de sa politique. Or celui-ci est maintenant le lieu où s'élaborent des décisions essentielles et contraignantes pour le devenir de l'organisation. Celle-ci ne peut s'opposer mais seulement s'adapter à une législation, à un changement culturel. »*<sup>7</sup>

---

<sup>4</sup> Guide du Service Infirmier. n°2 série : Organisation et gestion du service infirmier. Préface p V

<sup>5</sup> Ibid

<sup>6</sup> Ibid

<sup>7</sup> NIZARD G. L'hôpital en turbulence. Edition Privat. 1994. page 8

L'environnement est turbulent à compter du moment où les ressources et les compétences dont dispose l'hôpital s'avèrent insuffisantes pour affronter avec succès les conditions qui lui sont nouvellement imposées.

Le dernier rapport public sur le système de santé, le rapport Soulié, appelé «Santé 2010», fait le constat que le système de santé est devant une bifurcation qui ouvre sur trois scénarios différents:

- un scénario tendanciel où le statu quo demeure. Les décisions fondamentales sont reculées.
- un scénario "tout technique" qui favorise la recherche et le soin de pointe... et qui délaisse l'équité et la solidarité.
- un scénario de la "santé organisée" où les régulations fondamentales réapparaissent parce que les questions majeures ont été posées et les choix clarifiés.

*“L'hôpital vit un conflit de rationalité entre quatre logiques difficilement compatibles.*

*En référence à une prestigieuse école, appelons ces quatre logiques : ENSP.*

- *E : logique d'entreprise,*
- *N : logique de nursing,*
- *S : logique scientifique,*
- *P : logique de service public.”<sup>8</sup>*

Dans ce contexte, comment se situe le Directeur de soins? N'est-il pas contraint à trouver un équilibre entre ces quatre logiques qui ne sont pas spontanément compatibles? Elles inspirent en permanence les projets et les pratiques, dans l'approche du malade-client, dans la maîtrise budgétaire, dans la volonté d'améliorer les conditions de travail, dans la définition des objectifs de services et l'évaluation des performances.

Nous disposons d'outils: des indicateurs d'activités en soins infirmiers. Peuvent-ils nous permettre de relever les défis dans un environnement complexe et concurrentiel en pleine évolution qui nous conduit à procéder à des choix, des arbitrages plus fréquents et plus délicats?

Nous pensons que la qualité de ces arbitrages repose pour une large part sur la disponibilité, la pertinence, la précision, la fiabilité des informations de gestion qui nous parviennent. Ces outils d'évaluation répondent-ils à de telles exigences?

---

<sup>8</sup> NIZARD.G. Ibid page 25

L'ensemble de ces questions sera probablement abordé lors de notre étude, car elles sont toutes en lien avec notre problématique, mais celle qui paraît correspondre le plus précisément à nos préoccupations est la suivante :

**En quoi l'indicateur d'activités en soins infirmiers peut-il être une aide à la décision dans la gestion des unités de soins? Peut-il être un outil de management stratégique pour le Directeur des soins?**

### **1.3 De ce questionnement, émergent nos hypothèses**

En l'absence de volonté affirmée des pouvoirs publics à voir se généraliser l'utilisation des outils de charge en soins, nous nous trouvons dans un contexte flou d'utilisation non formalisée. Dans cette situation informelle, naissent des convictions fortes de l'utilité ou non d'un indicateur infirmier.

Pour autant, des outils existent, nous émettons les hypothèses suivantes

↪ **Pour qu'un indicateur d'activités en soins infirmiers ait sa raison d'être, il doit pouvoir permettre de formaliser et d'objectiver les activités de soins,**

↪ **L'indicateur d'activités en soins infirmiers, pour justifier de son utilité, doit contribuer à la mise en adéquation des ressources nécessaires par rapport aux besoins des patients, dans un souci de qualité des soins et d'équité,**

↪ **De part les résultats obtenus par l'indicateur, ce dernier doit permettre de justifier et négocier les moyens en personnels auprès de la Direction des ressources humaines (DRH) pour les Directeurs de soins (DS); auprès de la Direction des soins pour les cadres supérieurs de santé (CSS).**

La cartographie montrant l'implantation des différents indicateurs sur le territoire, sans vouloir être exhaustive, indique qu'un certain nombre d'établissements utilisent un indicateur d'activités<sup>9</sup>, 158 les SIIPS, 44 le PRN. De quelle manière? De façon continue ou ponctuelle?

Pour tenter de répondre à ce type de questions et rentrer dans une démarche d'analyse compréhensive, nous allons aborder des points théoriques qui pourront nous servir de grille de lecture.

---

<sup>9</sup> Données obtenues auprès des présidents des Clubs utilisateurs.

Une partie sera consacrée à l'approche théorique, qui nous éclairera sur les différentes logiques auxquelles le Directeur des soins est confronté et notamment tout ce qui concerne :

↳ le management

- l'évaluation
- la gestion
- la décision

↳ le cadre juridique pour une logique financière de maîtrise des dépenses de santé

- le système de santé et son financement
- la réforme de la gestion hospitalière
- les structures de l'évaluation

↳ les indicateurs d'activités

- les SIIPS
- le PRN

Une autre partie portera sur une enquête faite sur le terrain. Nous analyserons les réponses apportées à ces questionnements à partir d'entretiens menés dans quatre établissements, auprès du DRH, du DS et d'un CSS.

Face à l'ampleur du sujet et tenant compte du temps qui nous est imparti pour réaliser ce travail de recherche, nous n'aurons pas la prétention d'obtenir une liste exhaustive d'informations, mais de récolter des résultats d'expériences qui pourront nous être utiles ultérieurement.

La troisième partie nous permettra de nous interroger sur le positionnement du DS et d'envisager des propositions et/ou des opportunités en regard de la mise en place de la tarification à l'activité.

## **2 LE CADRE CONCEPTUEL**

Dans un environnement socio-économique préoccupant, l'évaluation devient un enjeu stratégique, un axe majeur du nouveau management au même titre que la prise de décision, la gestion.

### **2.1 Le concept du management**

Nous nous attarderons particulièrement sur ce concept, qui nous semble aujourd'hui le concept prédominant et incontournable.

#### **2.1.1 Généralités**

Depuis deux décennies, le discours managérial, poussé par un contexte socio-économique en évolution continue, met l'accent sur la recherche de l'efficacité qui fait la

différence entre léthargie ou survie de l'organisation. Ainsi, la question du management dans le service public a évolué.

R.Sainsaulieu (1987) définit ainsi le thème du développement: *«Comment produire de la force sociale, de la ressource d'acteurs collectifs, de la sociabilité de travail, capable de prendre en charge le destin économique des entreprises? Tel est le problème majeur de l'époque. »*

*“Nous sommes passés dans l'ère du management holistique, c'est à dire adaptatif pour son environnement, et participatif pour son personnel. La survie de nos entreprises passe par l'excellence et la qualité de nos réalisations, liées elles-mêmes au développement des managers et des personnels.”<sup>10</sup>*

La désormais traditionnelle question de la légitimité du management dans le secteur public est posée, pour être ensuite dépassée.

L'enjeu du management public est aujourd'hui fondamental, dans la mesure où la plupart des organisations concernées sont interpellées par des défis nouveaux liés à la compétitivité, aux réglementations, aux exigences sociales, aux besoins multiformes des usagers, aux restrictions de moyens...

↳ L'origine du management

Max Weber a défini les modes de fonctionnement, d'organisations, de commandement et de contrôle des bureaucraties administratives. Il est considéré comme l'un des premiers théoriciens du management public. En effet comme le signale Jean-Pierre Nioche :

*«C'est Max Weber qui introduit en quelque sorte le ver organisationnel dans le fruit institutionnel.»<sup>11</sup>*

### **2.1.2 Mais de quoi parle t-on?**

*« Bien que d'origine latine, c'est en anglais que le sens actuel du terme est fixé définitivement pour désigner l'activité qui consiste à conduire, diriger un service, une institution, une entreprise. »<sup>12</sup>*

Le manager est donc celui qui sait utiliser les talents mis à sa disposition pour diriger au mieux. Si nous acceptons cette définition du management, nous constatons que chacun, quel que soit son rôle et son métier, est concerné par le management : comme responsable, comme membre d'un service.

---

<sup>10</sup> NIZARD G. Ibid. p 142.

<sup>11</sup> NIOCHE JP. Management public et analyse des politiques publiques. Revue Française d'Administration publique n°24 Décembre 1992 (Cité par A.BARTOLI. Le management dans les organisations publiques. Dunod. 1997. p10)

<sup>12</sup> ALECIAN S ; FOUCHER D. Le management dans le service public. Edition d'organisation. 2002. p9

Alors? Chacun ferait du management sans le savoir comme..... Monsieur Jourdain? Sans doute, mais nous convenons qu'il est préférable de manager en sachant ce que l'on fait. Le Petit Larousse 2003 définit le management comme un ensemble des techniques de décision, d'organisation et de gestion de l'entreprise.

### 2.1.3 En quoi consiste le management?

*“Le management est le métier qui consiste à conduire dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance.”<sup>13</sup>*

Ainsi, **le management est un métier**, c'est à dire une activité, une pratique qui regroupe un ensemble de savoir-faire technique et relationnel.

Il présente deux caractéristiques propres :

- il s'exerce avec et auprès d'autres personnes (collaborateurs, supérieurs hiérarchiques, collègues...), jamais solitairement;
- et de ce fait, il s'apprend sur le terrain. L'objet des formations en management est de prendre conscience de sa pratique et de gagner en technicité ou en savoir-faire relationnel ; elles ne sauraient remplacer la pratique.

☞ Le management consiste à “conduire”, “diriger”, “commander”, “coordonner”, “faire participer”, “animer”.

☞ Le management s'exerce dans un contexte donné ; il s'agit à la fois, de l'environnement économique, politique, social, de ses contraintes, de ses opportunités; de la culture, des mentalités, des traditions, de l'institution, du ministère, de l'établissement public.

De fait, le contexte est donné. Nous pouvons vouloir le faire évoluer, le modifier, mais en tout état de cause, il faut en tenir compte et adapter sa pratique managériale aux réalités dans lesquelles nous agissons.

Manager, c'est atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'institution.

### 2.1.4 Il existe deux domaines du management

Le management stratégique et le management opérationnel.

↳ Le management stratégique

Le management stratégique désigne la partie de l'activité d'un responsable qui consiste à élargir son horizon et à dépasser l'immédiat, pour “mettre en perspective” l'action de l'institution.

---

<sup>13</sup> ALECIAN S ; FOUCHER D. Ibid. p10

Marie-Agnès MORSAIN, dans son dictionnaire du management stratégique, édité en 2000, nous rappelle que la stratégie a d'abord été un terme de l'art militaire: *“Art de ne combattre qu'en position de supériorité.”* *“Dans le domaine du management, on définit la stratégie comme l'art de diriger un ensemble de dispositifs pour atteindre un objectif.”*

Nous trouvons là, la fonction centrale du Directeur des soins.

#### ↳ Le management opérationnel

Le management opérationnel se caractérise par son horizon à court terme. Il concerne le fonctionnement au quotidien de l'hôpital. Il doit, pour autant s'inscrire dans une perspective stratégique. Le management opérationnel constitue la base de tout management.

Par conséquent, tout responsable d'équipe doit assumer des tâches opérationnelles et stratégiques. Le management constitue donc une activité complexe dont la qualité dépendra de la cohérence que chaque dirigeant aura su établir entre ces différentes composantes.

### **2.1.5 Pourquoi manager ?**

Comme nous l'indiquent Serge Alécian et Dominique Foucher, il existe des raisons pour manager: *«Le service public demeure plus indispensable que jamais; mais il doit faire à nouveau la preuve de son efficacité et de son efficience; pour y parvenir, il a besoin de cadres managers pour conduire le changement requis; s'il ne conduit lui-même le changement, celui-ci risque de lui être imposé de l'extérieur.»*<sup>14</sup>

L'institution renferme en son sein des comportements et des valeurs pour s'appuyer dessus, et traverser en bon ordre la période de transition qu'il vit actuellement. Pour gérer cette étape, les managers que sont les Directeurs de soins doivent agir et prendre des décisions qui clarifient les missions, qui doivent repenser l'organisation et faire évoluer le mode de fonctionnement.

*«Les discours sur la nécessité de changer de valeurs sont inopérants. On manage par des actes, non par l'incantation..»*<sup>15</sup>

Pour cela, chaque manager doit respecter “la règle des quatre C du management: cohérence, courage, clarté, considération.

Dés lors, cela consiste pour le Directeur des soins, dans la période de turbulence que nous traversons, à “donner du sens”. C'est à dire donner de la “signification”, une “direction.”

---

<sup>14</sup> ALECIAN S, FOUCHER D. Ibid. p 25

<sup>15</sup> Ibid. p37

## 2.2 Le concept d'évaluation

*“Si nous évaluons, c'est que nous ne savons plus très bien : éducateurs, décideurs ou acteurs, ce que nous faisons et que, pourtant, nous voulons le savoir et le maîtriser.”<sup>16</sup>*

Dans un environnement socio-économique préoccupant, l'évaluation devient un **enjeu stratégique**. Elle peut-être quantitative et/ou qualitative. Pour l'entreprise comme pour l'hôpital, l'évaluation ne peut se définir seule, elle fait partie d'un tout, on ne peut évaluer sans préciser l'objectif.

### 2.2.1 Mais, de quoi est-il question ?

Evaluer ou Mesurer: ces mots sont souvent utilisés l'un pour l'autre.

Dans le Larousse, il est dit :

**Evaluer:** “c'est apprécier la valeur, le prix, l'importance d'une chose.”

**Mesurer:** “c'est déterminer une quantité par le moyen d'une mesure, évaluer l'importance de quelque chose.”

Ces termes sont tout à fait adaptés à la notion d'indicateur d'activités, car il est question de donner une valeur au "produit" qui est le soin, et cela ne peut se faire que par la mesure.

*“Evaluer est souvent assimilé à mesurer, calculer, comparer les performances, des efficacités, voire des rendements. Il peut-être considéré comme une attitude d'inquisition qui conduit au contrôle, à l'état de normes et au jugement de valeur.”<sup>17</sup>*

L'évaluation est un concept à la mode, mais aussi un concept difficile à définir, multiforme, recouvrant une réalité complexe. C'est dans les années 1970 que la nécessité d'évaluer les actions sanitaires est devenue impérieuse. *“Evaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes dans le but d'aider à la prise de décision. Par intervention, il faut entendre, l'ensemble des moyens (humains, financier, symbolique) organisé dans un contexte spécifique, à un moment donné pour produire des biens ou des services dans le but de modifier une situation problématique.”* « Toute évaluation entraîne l'appréciation des résultats qui consiste à se demander si les résultats observés correspondent à ceux attendus c'est à dire aux objectifs que l'intervention s'est proposée d'atteindre.”<sup>18</sup>

---

<sup>16</sup> BERGER G-« Les pièges de l'évaluation"- Edition Universitaire. Mesonance 1987- introduction

<sup>17</sup> LEBRUN T. SAILLY JC. L'évaluation en matière de santé. Décision Santé n°21

<sup>18</sup> SAILLY JC. LEBRUN T. L'évaluation en matière de santé. Journées d'études. SO.F.E.S.TEC Avril 1992. Introduction

## 2.2.2 Finalités

Ainsi, l'évaluation utilise la mesure mais la dépasse pour donner un sens à cette mesure afin de déboucher sur une aide à la décision. Car l'évaluation n'a de sens que si elle est tournée vers l'action. Poser la question de l'évaluation, c'est surtout s'interroger sur sa finalité qui doit concerner l'intérêt du patient et de la collectivité.

Jean-Claude HEURARD nous précise que: *“l'évaluation est un élément clé de la régulation des systèmes de soins et soulève un enjeu majeur qui est le maintien de l'autonomie des professionnels face à la normalisation des pratiques. Il s'agit pour eux d'accepter de participer à la gestion et d'utiliser des outils permettant de mesurer l'efficacité de leur pratique.”*<sup>19</sup>

## 2.2.3 L'évaluation appliquée aux soins infirmiers

L'évaluation médicale est incomplète; 70% des dépenses d'un établissement sont des coûts en personnels. Aussi ne peut-on pas dissocier l'évaluation médicale de l'évaluation en soins infirmiers.

Pour le Directeur des soins, l'évaluation représente des enjeux majeurs. L'évaluation est un axe central du management, qui doit rappeler en permanence la nécessité d'évaluer à tous les niveaux du processus organisationnel mais aussi de formaliser le résultat d'une évaluation tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif. L'évaluation est devenue, au cours de ces dernières années, un thème d'actualité. Elle permet ainsi d'aborder l'analyse des situations, des pratiques, des comportements et suppose, nécessairement, l'existence d'indicateurs et la définition de critères permettant de se situer par rapport à un projet, à des objectifs et d'en mesurer les écarts.

*“Chacun reconnaît aujourd'hui l'importance de l'évaluation en tant que levier de progrès au service de la performance globale de l'établissement hospitalier. Chacun a pris la mesure des enjeux que sont l'amélioration des performances, la qualité des soins qui en découle et la satisfaction des besoins des usagers.”*<sup>20</sup>

Elle permet de noter l'évolution dans le temps des actes de soins et de procéder aux corrections nécessaires. Il paraît donc essentiel d'accepter le concept d'évaluation afin de déterminer la valeur et le prix de son produit de soin.

**L'évaluation** est une mesure intéressée qui sert à agir. C'est donc une mesure dont l'objectif est d'agir sur les comportements, sur les pratiques et par conséquent il s'agit aussi d'une mesure du changement.

---

<sup>19</sup>HEURARD JC. L'évaluation: des mythes aux réalités. Actualité et dossier en santé publique. Décembre 1996

<sup>20</sup> ABBAD J. Organisation et management hospitalier. Edition Berger Levrault. Mai 2001. p 342.

L'évaluation de l'activité des soins permet au Directeur des soins la connaissance du milieu et la mesure des écarts entre normes établies et produits finis. Elle amène à l'amélioration de la qualité, à la maîtrise des coûts, à l'amélioration de la communication, à l'aide pour la prise de décision, à la connaissance de la population, au redéploiement des compétences du personnel. Elle est une pratique clé de l'adaptation. Pourtant si les vertus de l'évaluation sont évidentes, force est de constater cependant quelques résistances culturelles des personnels hospitaliers.

*“L'évaluation est un acte de modernisation de l'hôpital, mais aussi un acte de reconnaissance; elle valorise le travail fait. De ce fait, la démarche d'évaluation est au cœur du nouveau management. Elle est une des responsabilités essentielles de la fonction managériale.”<sup>21</sup>*

Nous terminerons sur ce concept, par une citation d'Edouard Couty: *“S'il y a consensus général à considérer que l'évaluation de nos activités et de nos pratiques est une nécessité, la mise en oeuvre des processus d'évaluation dans les différents domaines est le plus souvent perçue par les professionnels comme un contrôle.”*

L'analyse du thème de l'évaluation dans la loi hospitalière de 1991, renforcée par les ordonnances de 1996, illustre la volonté du législateur de dépasser cette contradiction.

Nous avons longuement évoqué le concept de management et d'évaluation qui sont des axes majeurs à prendre en compte dans et pour l'utilisation des indicateurs d'activités. Pour autant, nous percevons bien, à ce stade de la réflexion, que les concepts qui vont suivre, pour un management efficace, sont incontournables.

### **2.3 Le concept de gestion**

La plupart des organisations relevant de la fonction publique doivent faire face aujourd'hui à des contraintes nouvelles et sont conduites à se justifier de façon accrue devant les pouvoirs publics, qu'il s'agisse de qualité, d'équité, de transparence des coûts, d'efficacité à l'égard des objectifs qui leur sont fixés.

De plus, le contexte économique actuel a conduit vers de nouveaux comportements

- ☞ recherche de plus de rationalité économique,
- ☞ exigence d'objectivité dans les arbitrages budgétaires,
- ☞ concentration des moyens sur des priorités plutôt qu'éparpillement des ressources.

---

<sup>21</sup> ABBAD J. Ibid. p353

Tous ces facteurs amènent les politiques et les responsables de l'action publique à utiliser des outils stratégiques dont le contrôle de gestion fait partie.

### 2.3.1 Définitions

*“La gestion est l'ensemble des moyens mis en oeuvre par une organisation pour aider les responsables à vérifier en permanence qu'ils atteignent leurs objectifs en utilisant leurs ressources de façon optimale.”<sup>22</sup>*

Pour le Larousse, la gestion représente: *“une action ou une manière de gérer, d'administrer, de diriger, d'organiser quelque chose.”*

### 2.3.2 Pourquoi ?

Ainsi nous pouvons dire que la gestion est un processus spécifique consistant en une activité de planification, d'organisation, d'impulsion et de contrôle qui vise à déterminer et à atteindre des objectifs définis.

A cet égard, le contrôle de gestion permet de mieux évaluer, mesurer et comprendre les actions entreprises.

**La gestion** se traduit par une volonté de “savoir” et concrètement par l'évaluation des pratiques et des coûts. Elle exprime aussi un besoin organisationnel et de régulation.

Techniquement, cela suppose de disposer d'indicateurs d'activités afin de s'inscrire dans la meilleure maîtrise des coûts internes, l'amélioration des procédures, l'accroissement de la cohérence, l'évitement des dysfonctionnements, le développement des compétences.

La prise en charge médicale et infirmière des usagers forme la finalité de toute organisation hospitalière, donc de son système de gestion.

### 2.3.3 La gestion du service infirmier

La mission fondamentale du service infirmier est le soin. Ce service est responsable de la qualité des soins et de la mise en évidence de la pertinence de l'allocation et de l'utilisation des ressources humaines et matérielles.

Le Directeur des soins, responsable de ce service ne peut plus se contenter de données subjectives pour gérer ce dernier. Il doit s'appuyer sur des données fiables qui lui permettent de visualiser, de formaliser l'activité soignante afin de conjuguer et d'équilibrer d'une part les impératifs économiques de plus en plus pesants et d'autre part ceux d'une pratique soignante.

---

<sup>22</sup> ALECIAN S ; FOUCHER D. Ibid. p173

## 2.4 Le concept de décision

«Parler de décision est une manière des plus spontanées et des plus naturelles, de conférer du sens aux événements et aux situations. Ainsi l'idée de décision constitue-t-elle une "grille de lecture" majeure des phénomènes d'organisation : n'est-il pas justifié d'appréhender une entreprise comme un processus permanent de décision? Toute démarche, toute intervention, toute action dans une organisation ne peut-elle pas être vue comme une série de choix..»<sup>23</sup>

### 2.4.1 Quelques définitions

Le verbe décider vient du latin "decidere" qui signifie trancher, précise le dictionnaire. Choisir, opter, se déterminer, arrêter, fixer, résoudre, convaincre, entraîner, persuader, pousser, arbitrer, juger, se prononcer : telle est la liste de verbes auxquels renvoie la définition de décider.

Qu'est-ce que décider? La réponse fournie par Herbert Alexander Simon ( prix Nobel d'économie 1978, désigné comme "le père des sciences de la décision") indique que : *"Décider, c'est identifier et résoudre un problème"*, et propose un schéma comportant trois phases principales: *« identification du problème, conception de différentes solutions, choix d'une solution. »*

A partir de sa définition et de son schéma de la décision, Simon élabore une théorie générale du management et du "rôle du manager": *« si le management consiste à prendre des décisions, le talent primordial d'un manager est donc son aptitude à prendre des décisions. »* Il considère son schéma de la prise de décision comme le paradigme de l'essentiel des activités des managers.

**La décision** est donc un acte majeur du management. Il s'agit d'un acte difficile car il oblige à choisir une solution parmi plusieurs autres possibles, alors que, bien sûr, nous ne savons pas par avance si elle est "bonne". Elle fait appel au courage intellectuel et mental.

La décision est donc inséparable de la "prise de risques" car la complexité de l'institution et des procédures rend laborieuse toute prise de décision.

### 2.4.2 Sur quoi repose la décision

Le système de décision repose sur trois phases distinctes :

➤ la préparation de la décision doit, chaque fois que c'est utile et possible, faire l'objet d'un travail collectif,

---

<sup>23</sup> CARLIER B. Le processus de prise de décision. Décembre 2003. Cours ENSP

- la prise de décision est essentiellement un acte individuel. C'est celui qui prend la décision qui en assumera la responsabilité, c'est à dire qu'il en supportera les conséquences et devra en rendre compte,
- l'application de la décision est généralement collective, car il est rare qu'une décision ne concerne, pour son application, qu'une seule personne.

Le Directeur des soins, appelé à assumer ses responsabilités et éclairé uniquement par les éventuels apports théoriques scientifiques de l'évaluation des stratégies, doit statuer dans l'intérêt de l'institution.

## **2.5 Conclusion sur le cadre conceptuel**

Nous constatons à la lumière de ces concepts, qu'ils s'articulent autour de la finalité du produit qui est le soin.

Le Directeur des soins, par la place qu'il occupe au sein de l'équipe de direction et de l'organisation hospitalière est posé comme "homme" ou "femme" de management. Le service infirmier dont il est responsable, représente une part non négligeable de la production hospitalière. L'exercice efficace de la gestion de son service, et sa participation dans le système d'information par l'apport de données pertinentes liées aux soins infirmiers, justifie bien entendu, une connaissance des besoins et des activités soignantes, ce qui lui donne une occasion propice à développer sa fonction d'expert auprès des différents interlocuteurs. Cela suppose l'impulsion, la prise en compte de la dynamique de l'établissement dans la considération portée aux indicateurs d'activités en soins infirmiers.

## **3 LE CADRE JURIDIQUE POUR UNE LOGIQUE DE LA MAITRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ**

Dans un souci de plus grande efficacité du système de santé, dans l'objectif d'améliorer le rapport «coût/efficacité» et d'aboutir à une meilleure maîtrise des dépenses, les pouvoirs publics ont mis en place de nouveaux modes de régulation. Force est de constater que l'hôpital public s'est considérablement développé au cours des quatre dernières décennies, un hôpital à la pointe du progrès médical, doté de personnels spécialisés et compétents. Mais cette transformation de l'appareil sanitaire, et notamment la médicalisation et la technicisation qui la caractérisent, coûte cher et repose actuellement en grande partie sur un financement par la collectivité.

### **3.1 Le système de santé et son financement**

Dès lors qu'en matière de soins médicaux l'offre est en position d'influencer largement la demande, face à des usagers n'ayant pas à supporter directement le coût réel des soins,

limiter l'offre disponible est apparu très vite comme un levier essentiel. En tout état de cause, la demande de justification des pratiques de soins ne peut que se développer.

### **3.1.1 La régulation des dépenses hospitalières**

L'âge d'or de l'hôpital public a permis à la France de se doter de structures sanitaires performantes entre 1958 et 1985. Mais, avec le ralentissement de la croissance consécutive aux chocs pétroliers, les coûts croissants de la recherche médicale et le creusement des déficits des régimes sociaux, les pouvoirs publics ont utilisé, successivement ou concomitamment, différents outils pour encadrer la dynamique accélérée des dépenses d'hospitalisation et réformer les modes de financement des établissements hospitaliers publics et privés.

Les dépenses des hôpitaux publics augmentent constamment tout en représentant de loin la plus grande partie des dépenses de santé (de l'ordre de 50% des dépenses totales). La régulation par la planification des équipements (cartes sanitaires, schémas régionaux d'organisation sanitaire: SROS) et des moyens techniques est complétée par la mise en œuvre de la régulation des coûts. Cette politique se traduit essentiellement par la mise en place de la dotation globale de fonctionnement (DGF) pour les établissements publics, la tarification conventionnelle et l'objectif quantifié national (OQN) pour l'hospitalisation privée, introduit dans les années 1990.

#### **A) Le budget global de fonctionnement (BGF)**

En 1983, un système d'enveloppe globale est institué pour l'hospitalisation publique, la dotation globale de fonctionnement : cette enveloppe annuelle de dépenses, fixée a priori pour chaque hôpital, se substitue à la tarification au prix de la journée, jugée inflationniste. Inspiré du système de « globalisation » des budgets en usage aux Etats-Unis, ce principe a été introduit en France par la loi du 19 janvier 1983 et le décret du 11 août 1983. Le système de l'enveloppe dite « globale » oblige chaque hôpital à s'attacher avant tout à ne pas dépasser les crédits qui lui sont attribués par la caisse pivot dont il dépend.

La contraction de l'activité hospitalière qui en a résulté a généré une forte progression de l'activité des cliniques privées. Dès lors, pour contenir les dépenses de l'hospitalisation privée, a été instauré l'objectif quantifié national.

L'ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée jette les bases d'un nouveau système de contraintes. Elle instaure une régulation par les coûts fondée sur les lois annuelles de financement de la sécurité sociale et l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ainsi, la réforme de 1996 vise à l'harmonisation des modes de financement du secteur public et du secteur privé par la « maîtrise médicalisée des dépenses de santé » et par leur régionalisation. L'unification des compétences au sein des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), organisée

par l'ordonnance de 1996, tend à établir une comparaison du coût et des financements entre structures publiques et privées. Elle réalise l'unité de décision en matière d'organisation sanitaire et d'allocations de ressources.

En plaçant les hôpitaux en situation de compétition les uns par rapport aux autres, il s'agissait de les inciter à faire preuve d'une gestion plus serrée.

### ✓ **Le constat**

La réforme du financement des hôpitaux par le système de l'enveloppe globale n'est pas une méthode parfaite car aucune prévision fiable n'est possible en matière de demande de santé. Elle a cependant constitué une approche importante de la maîtrise des dépenses de santé hospitalières car elle a permis d'instaurer une certaine responsabilisation des médecins hospitaliers et des directeurs d'hôpitaux.

Depuis que la détermination des dotations individuelles s'effectue selon un cadrage national et régional, le dispositif a montré son efficacité pour éviter les dérapages des dépenses encadrés des établissements concernés. Mais son inconvénient fondamental est de ne pas être assis directement sur l'activité réelle, d'où la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) pour tempérer cet inconvénient.

**Avec le système du budget global, ce sont les moyens qui déterminent les recettes et les activités.**

Depuis la loi du 31 juillet 1991, les établissements de santé doivent procéder à l'évaluation et à l'analyse de leurs activités. Avec l'ordonnance de 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, s'affirme la volonté de rechercher l'harmonisation des règles de financement des établissements.

Si le renouveau ainsi suscité dans la procédure budgétaire des hôpitaux permet les comparaisons entre budgets réels et budgets théoriques, la persistance du clivage public-privé fait obstacle à la prise en compte de la réalité médicale.

Aussi, un consensus de plus en plus large se dégage pour considérer que le mode de tarification actuel mis en œuvre à l'hôpital a atteint ses limites. Trop rigide pour les établissements sous dotation globale, de plus en plus opaque dans le secteur privé sous OQN, il est ainsi appelé à être remplacé par un modèle unique, plus transparent et plus homogène.

Parmi les modes de tarification visant une meilleure prise en compte de l'activité médicale réelle et une rémunération adéquate des missions de service public, figure la tarification à l'activité (TAA).

### B) La tarification à l'activité

Dans son principe, le financement à l'activité consiste à **rémunérer les établissements en fonction de leur activité effective** et à retenir pour une prise en charge médicale

analogue, un prix identique quel que soit l'établissement, ceci dans des conditions de concurrence égale.

Les pouvoirs publics ont mis en place une réforme radicale pour une régulation des dépenses de santé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004. A l'inverse de la dotation globale, avec la tarification à l'activité, **ce sont les activités qui vont déterminer les recettes et générer les moyens**. Cette réforme ne se contente pas de changer le système, elle aligne aussi le privé sur le public, toujours dans une logique d'enveloppe limitative avec une régulation commune entre le public et le privé.

Ainsi, la TAA a pour but de fonder l'allocation des ressources aux établissements de santé publics et privés sur le volume et la nature de leur activité mesurée, pour l'essentiel, par le programme de médicalisation des systèmes d'information.

Cette réforme concerne tous les établissements publics et privés titulaires d'autorisations de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) et odontologie.

Le système de financement de l'activité en MCO est un système mixte reposant à la fois sur :

☞ une facturation à l'activité sur la base d'un tarif de prestation d'hospitalisation par séjour qui prend en compte :

- des tarifs par séjours : la première source de financement des établissements provient des prestations d'activité réalisées. L'activité est mesurée grâce à la répartition des cas traités dans des groupes homogènes de séjours (GHS), auxquels correspond un tarif,

- des tarifs par prestation : certaines activités non décrites par les GHS sont financées sur la base de tarifs de prestation spécifiques complétés le cas échéant par un forfait annuel.

☞ une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) : ces missions regroupent notamment l'enseignement et la recherche, l'innovation et le rôle de recours ; d'autre part, l'aide à la contractualisation, qui recouvre essentiellement l'accompagnement des contrats d'objectifs et de moyens (COM). Un décret fixera la liste des missions d'intérêt général pouvant donner lieu à un financement à ce titre.

Les autres activités, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation, ont également vocation à être financées à terme selon l'activité. Dans l'attente, elles restent financées sous forme d'une dotation forfaitaire appelée dotation annuelle de financement (DAF).

La réforme de la tarification induit pour les établissements financés par dotation globale des changements considérables tant en ce qui concerne les modalités de détermination des ressources que les procédures budgétaires et nécessite la mise en place de

nouveaux outils pour organiser les circuits d'information et le traitement des données. Toutes les adaptations nécessaires ne peuvent être mises en place sur un seul exercice, c'est pourquoi la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit une mise en œuvre progressive, étalée sur trois ans :

- en 2004, détermination des dotations des établissements pour partie sur la base de leur activité pour le court séjour dans le cadre budgétaire et selon la procédure actuelle ; le financement issu des tarifs de prestation d'hospitalisation représentant 10%, le montant de la dotation globale correspondante étant de 90%.
- en 2005, mise en place de la nouvelle procédure budgétaire. Pour accompagner ce changement fondamental qui placera l'évolution des recettes au premier plan de la construction budgétaire et rompra avec la logique actuelle qui repose avant tout sur la prévision de dépenses, le cadre budgétaire sera modifié pour remplacer la notion de budget par celle d'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD).
- à partir de 2006, les établissements factureront directement à l'assurance maladie l'ensemble des prestations concernées par la réforme.
- à titre transitoire, une partie des ressources des établissements leur sera accordée sous forme d'une allocation forfaitaire, appelée dotation annuelle complémentaire (DAC) et ira en diminuant jusqu'à une échéance fixée par la loi à 2012.

De cette réforme, plusieurs bénéfices sont attendus :

- une plus grande médicalisation du financement
- une responsabilisation des acteurs qui générera une incitation à s'adapter
- une équité de traitement entre les secteurs
- le développement des outils de pilotages médico-économiques (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés.

### **3.2 La réforme de la gestion hospitalière**

La loi du 31 juillet 1991, l'ordonnance du 24 avril 1996 et la généralisation du programme de médicalisation des systèmes d'information court séjour fournissent un nouveau cadre à la gestion du système hospitalier en matière de système d'information, de procédures de gestion internes et de procédures d'évaluation et d'accréditation.

Trois sources complémentaires forment l'architecture du système d'information sur l'hôpital et les cliniques.

### 3.2.1 La statistique annuelle des établissements (SAE)

La statistique annuelle des établissements est une procédure obligatoire pour tous les établissements publics et privés. Elle a pour objet de recenser l'activité et les personnels des établissements de santé ainsi que les moyens de production humains et matériels utilisés. Les variables enregistrées comprennent l'équipement (lits et équipements lourds), les activités en hospitalisation complète ou incomplète, les personnels médicaux et non médicaux, les actes produits et les données financières.

La SAE est une source d'informations importante pour le ministère; les données recensées sont publiques. Elle présente un aspect quantitatif mais aussi un aspect qualitatif.

Le fichier d'identification national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) recense l'ensemble des établissements et équipements sanitaires et sociaux autorisés et installés.

La SAE donne une photographie des établissements. **Elle est un élément comparatif.**

### 3.2.2 Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

Le programme de médicalisation des systèmes d'information porte sur l'analyse médico-économique de l'activité hospitalière.

Autorisé par une circulaire du 5 août 1986, le PMSI a, dans un premier temps, été conçu par les établissements de santé financés sous dotation globale comme un système d'information axé sur la description de l'activité de court-séjour. Depuis 1997, il est utilisé à des fins de modulation budgétaire et tarifaire et est étendu à tous les établissements d'hospitalisation privée. L'arrêté du 22 juillet 1996, définit le recueil et les modalités de traitement et de transmission des données.

L'indicateur d'efficience PMSI est utilisé notamment pour répartir l'enveloppe nationale hospitalière entre les régions.

#### A) L'historique

Le PMSI est le système qui permet une mesure médicalisée de la production hospitalière française, et l'adaptation de la rémunération des hôpitaux et des cliniques à ce produit. Il repose sur la nomenclature des Groupes Homogènes de Malades (GHM), qui est une adaptation de la classification américaine des *Diagnosics Related Groups* (DRG) élaborée par l'équipe du Professeur Robert Fetter (Université de Yale, Etats-Unis). Elle permet de classer les séjours hospitaliers dans des groupes présentant une double homogénéité en termes médical et économique.

Cela a permis de montrer la faisabilité d'une tarification fondée sur ce système, et a révélé d'importantes disparités d'allocations budgétaires entre les hôpitaux du secteur public et privé.

## B) Le PMSI et la réforme du système de santé

La réforme de la santé va permettre un réaménagement du paysage hospitalier français. Cette restructuration n'est pas seulement urgente pour participer à la maîtrise des dépenses de santé, avec les autres secteurs d'activité de la santé, mais aussi pour adapter l'hôpital aux nouvelles techniques et aux nouveaux besoins des malades.

Le coût de l'indice synthétique d'activité (ISA) qui permet de comparer les coûts des hôpitaux pour un acte donné, devient un élément essentiel.

Ainsi, le département d'information médicale des hôpitaux et des cliniques devient un poste stratégique afin de ne pas pénaliser les hôpitaux performants par une mauvaise utilisation de cet outil.

## C) Le PMSI : principes de bases

Le programme de médicalisation des systèmes d'information consiste en un recueil d'informations administratives (âge, durée de séjour....) et médicales (diagnostics, actes pratiqués...) sur chaque séjour de patient réalisé dans un établissement de santé. Ces informations sont codées ; les résumés de sortie anonymisés (RSA) transmis aux ARH sont répartis entre des groupes homogènes de malades (GHM) comportant des caractéristiques économiques (coût et durée de séjour) et médicales (motif médical du séjour, actes pratiqués...) proches. Un coût moyen, exprimé en points ISA, est calculé pour chaque GHM. Pour chaque région et pour chaque établissement, sont ensuite calculés le nombre de points ISA produits et la valeur moyenne du point ISA. Cette valeur est un indicateur global de productivité des établissements de santé.

Ainsi, pour l'essentiel, la **tarification à l'activité** est fondée sur le programme de médicalisation des systèmes d'information. Le GHM caractéristique du séjour qui détermine le Groupe Homogène de Séjour (GHS) est facturé (après groupage du Résumé Standardisé de Sortie : RSS descriptif du séjour).

L'évolution du mode d'allocation budgétaire vers la tarification à l'activité a une incidence majeure sur le développement de la comptabilité analytique à l'hôpital.

### 3.2.3 La comptabilité analytique hospitalière (CAH)

La comptabilité analytique est fondée sur l'analyse de la production hospitalière pour calculer les coûts de revient par pathologie (ou activité) et les comparer aux tarifs de rémunération appliqués par l'Etat.

C'est donc un outil de gestion pour connaître les activités et leurs coûts. Ainsi, elle a pour fonction de repérer le lieu de chaque dépense et la production qui en a découlé. Conjuguée à l'usage du PMSI, elle devrait permettre aux hôpitaux de repérer dans leur gestion interne l'origine des surcoûts qui affectent la valeur globale de leur point ISA. La

CAH permet en particulier, par différentes approches, de cerner les activités, les GHM, les services qui coûtent plus qu'ils ne sont rémunérés.

Plus que jamais, la comptabilité analytique se doit d'être réactive, intégrée aux systèmes de comptabilité réglementaire et articulée selon la logique du nouveau système de financement. Plus qu'un outil de suivi des coûts, la comptabilité analytique se positionne comme un système d'aide au pilotage et de support à la négociation avec les autorités de tutelles.

### **3.3 Les structures de l'évaluation**

#### **3.3.1 Le département d'information médicale**

La circulaire n°303 du 24 juillet 1989 définit le principe d'une nouvelle structure hospitalière, destinée à la gestion de l'information médicale: qu'il s'agisse d'un département ou d'un service d'information médicale, le sigle DIM est désormais consacré pour désigner cette nouvelle structure. Le DIM est l'un des éléments fondamentaux de la mise en place du PMSI dans un établissement.

↳ Les fonctions du DIM sont multiples :

- il a un rôle dans la production de l'information médicale , basée sur la production des GHM, à partir des RSS élaborés dans les services médicaux,
- il a un rôle dans la formation de l'ensemble des personnels de l'établissement concernés par la production et l'utilisation de l'information médicale,
- il a un rôle dans la gestion des dossiers médicaux. En effet, l'information médicale est largement dépendante de la qualité des dossiers médicaux et de leur disponibilité. Il est donc souhaitable que le DIM puisse assurer une gestion et une conservation centralisée de ces dossiers,
- il a de nécessaires obligations de transparence et de confidentialité. Il joue, à l'intérieur de l'établissement, le rôle d'un prestataire de services (activité transversale, au service des différentes unités cliniques ou médico-techniques de l'établissement). Le médecin responsable du DIM est garant du respect des règles de confidentialité des données médicales.

↳ Son organisation est définie :

- le DIM est dirigé par un médecin. Il peut s'agir d'un praticien de l'établissement. Il est nommé sur proposition de la commission médicale d'établissement (CME), après avis du conseil d'administration.

### 3.3.2 L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)

« Introduite au sein des établissements de santé par l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme hospitalière et précisée par le décret n°97-311 du 7 avril 1997, la procédure d'accréditation a pour objectif de s'assurer que les établissements de santé développent une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins délivrés aux patients. »<sup>24</sup>

Cette deuxième procédure d'accréditation, enrichie de l'expérience de la première, s'inscrit dans une demande de l'environnement :

- ☞ des usagers, pour une meilleure lisibilité des résultats de l'accréditation quant à l'appréciation de la qualité du service médical rendu ;
- ☞ des pouvoirs publics, souhaitant faire de la qualité des soins un élément de régulation du système de soins.

Elle prévoit dans le référentiel 1 : Politique et qualité du management, référence 9: « la direction et les instances favorisent le développement d'une culture de l'évaluation des procédures et des résultats, impliquant les acteurs. »

Dans le cadre des recommandations de bonnes pratiques et indicateurs associés, le manuel incite à l'utilisation des indicateurs qui portent sur différentes dimensions de l'activité : pratiques professionnelles, fonctionnement.

Nous constatons qu'un des axes prioritaires de la deuxième procédure d'accréditation est l'évaluation et l'amélioration du service médical rendu au patient; «médical» étant entendu au sens large du terme, ayant vocation de comprendre toute activité de soins, qu'elle soit réalisée par des médecins ou d'autres personnels soignants.

### 3.4 Conclusion de cette partie et relation avec les soins infirmiers

Comme mentionné précédemment, l'évaluation comprend deux critères: quantitatif et qualitatif. La consigne qui est donnée est d'offrir à la population des soins de qualité au moindre coût. Pour cela, quels budgets sommes nous prêts à investir?

L'évaluation des soins infirmiers reste encore complexe. Si l'aspect quantitatif du soin pose peu de difficulté, puisqu'il existe des instruments de mesure, l'aspect qualitatif est plus subtil et dépendant d'un grand nombre de variables comme: la relation soignant/soigné, le niveau de formation des personnels, les organisations de travail, les projets de service, la motivation. Il paraît souhaitable pour le service de soins d'opérationnaliser la notion d'évaluation pour adhérer au processus de changement et de maîtrise des coûts.

---

<sup>24</sup> Direction de l'accréditation : Manuel d'accréditation des établissements de santé. Version 2. Novembre 2003. p9

Il nous paraît opportun à ce stade de l'étude, de nous interroger sur les deux indicateurs d'activités en soins infirmiers évoqués.

## **4 LES INDICATEURS D'ACTIVITÉS : SIIPS ET PRN**

L'utilisation d'un indicateur d'activités doit pouvoir répondre au questionnement d'un DS.

Que voulons-nous mesurer? les effectifs, les dysfonctionnements, la charge en soins...

Quels intérêts? la recherche, la comparaison inter-service, l'efficacité, l'efficience, la valorisation, la qualité, l'équité...

Que voulons-nous réaliser? anticiper notre management face aux turbulences actuelles (économique, structurelle, culturelle...), favoriser la mobilité, transformer des postes...

Cependant, nous pouvons présager de la pérennité de l'outil à condition qu'il repose sur une philosophie et des valeurs (d'équité, de qualité, de sécurité...) en ce qui concerne les soins et la gestion, déterminées dans la politique de la direction des soins et dans son projet. Ceci afin d'être capable de mesurer les enjeux inhérents à la gestion des ressources humaines dans une réalité donnée, de se doter d'outils adaptés et faire les choix les plus pertinents.

Les objectifs de ces deux méthodes sont:

- ↳ au niveau pratique, évaluer la charge en soin infirmier et analyser l'activité; anticiper les conséquences des orientations d'activités retenues à l'heure des projets d'établissements,

- ↳ au niveau du coût du séjour, affiner les premiers résultats au vu du PMSI/TAA,

- ↳ au niveau de l'organisation interne d'un service, de l'hôpital, servir d'aide décisionnelle à la détermination des effectifs requis sur un plan qualitatif et quantitatif afin d'optimiser l'offre à la demande de soins, d'améliorer la qualité des soins et évaluer cette qualité.

## 4.1 Les caractéristiques de ces deux outils

Nous allons présenter ces caractéristiques sous forme d'un tableau comparatif :

INTITULÉ DE LA MÉTHODE	SIIPS SOINS INFIRMIERS INDIVIDUALISÉS À LA PERSONNE SOIGNÉE	PRN PROJET DE RECHERCHE EN NURSING
<b>DEFINITION ET OBJECTIFS</b>	Appréciation globale et synthétique des soins pour un séjour de malade à partir de la demande en soins du patient et fondée sur des critères classant. C'est un outil d'aide à la décision pour la gestion des ressources humaines.	Système de mesure de soins infirmiers requis par un patient sur une période de 24 heures dans une unité de soins donnée. C'est un outil d'aide à la décision pour l'attribution et la répartition des ressources humaines.
<b>ORIGINE</b>	1982- Hôtel Dieu de Paris -AP/HP 1992-validation de la méthode française - MC Beaugheon (AP/HP) - Club utilisateur	1969 au Canada 1980 en France - Canadienne (Québec) - M.Chagnon puis EROS, (Equipe de recherche opérationnelle de santé) - révision régulière de la méthode
<b>LOGICIEL</b>	SIIPS, SIIPS 2000 Vision modèle SIIPS	Passion S.SANOCOM 2000
<b>UTILISATION</b>	Recueil de données : - tous les 7 jours (court séjour) - tous les 15 jours (moyen et long séjours) - à la sortie du patient - s'appuie sur une grille de lecture des coefficients (annexe 2)	Recueil de données - 1fois/24h - s'appuie sur un guide de mesure (annexe 3)
<b>METHODE</b>	Evaluation globale des actes infirmiers et aides-soignants sur 24h et attribution d'un coefficient : 1,4,10,20, en regard des 8 groupes de soins répartis en 3 fonctions : Soins de base, Soins techniques, Soins éducatifs et relationnels.  1 point SIIPS=8mn20	Mesures de chaque acte infirmier par facteur (249) qui forment 8 catégories pouvant être regroupées en 3 types de soins : base, techniques, éducatifs et relationnels. Les 3 modules qui composent le système sont : les soins directs et indirects ; la communication au sujet du bénéficiaire ; les activités administratives, entretien et déplacements. Chaque facteur est évalué en point et correspond à un temps moyen : 1 point=5mn
<b>PRE REQUIS</b>	Définition d'un modèle conceptuel en soins Utilisation de la démarche de soins et du raisonnement diagnostique Outil de recueil des données : dossier de soins	
<b>LIMITES</b>	Méthode synthétique qui induit une place plus ou moins importante de la subjectivité. L'évaluation de la charge en soins doit obligatoirement être complétée par le calcul des activités afférentes aux soins (AAS) afin de déterminer l'activité soignante dans sa globalité.  Evaluation quantitative de la charge en soins : indicateur compris entre 3 et 60.	Méthode analytique, qui implique en amont une démarche de soins et une mise à jour quotidienne des informations. Des modifications ont été apportées par des établissements afin de simplifier ou de répondre à des objectifs spécifiques. De tels aménagements dénaturent la méthode et la rendent invalide. Evaluation quantitative du niveau de soins : adéquation entre la charge en soins et l'allocation des ressources.
	Les résultats peuvent être croisés avec d'autres données : âge, durée de séjour, phase de la pathologie, diagnostic médical, infirmier, interventions de soins, etc...  <b>LE DENOMINATEUR COMMUN DE CES INDICATEURS EST LE TEMPS.</b>	

## 4.2 Conclusion

Nous percevons l'intérêt que représentent ces deux indicateurs. Toutefois, chacune de ces méthodes doit être actualisée compte tenu des évolutions des techniques, des nouveaux protocoles. L'indicateur SIIPS doit impérativement être associé aux AAS (évaluation des soins indirects, qui varient peu en fonction de la pathologie du malade) pour représenter une charge de travail et être de ce fait comparable au PRN. L'exploitation des données ne peut s'envisager à terme que par l'informatisation du système.

La mesure des activités ne peut être exacte que si les soignants ont une juste appréciation de la demande en soins de chacune des personnes soignées; leur compétence est donc primordiale.

En montrant la variabilité, la diversité et parfois la reproductibilité des charges en soins, les indicateurs en soins infirmiers aident à prendre les décisions adaptées pour des soins de qualité.

La tarification à l'activité qui détermine l'allocation de ressources sur la base des activités, des informations médicalisées, notamment par les données du PMSI, est un véritable levier qui permet de penser que les méthodes d'évaluation par des indicateurs d'activités en soins infirmiers vont se développer dans les hôpitaux.

En effet les établissements de santé devront : (pour ceux qui ne sont pas encore dans cette démarche puisque nous savons qu'il n'y en a que 158 qui utilisent les SIIPS et 44 le PRN) d'une part, mettre en œuvre une analyse de l'activité soignante et son évaluation ; d'autre part, se positionner par rapport à une allocation forfaitaire par GHM, donc pouvoir ventiler les dépenses soignantes en fonction des soins réalisés.

La dernière enquête nationale réalisée pour identifier les établissements de santé utilisateurs d'une méthode d'évaluation remonte à 1990.

## DEUXIEME PARTIE

### 1 LA RECHERCHE SUR LE TERRAIN

#### 1.1 Le cadre de l'étude

A partir des éléments conceptuels, nous avons établi le cadre de la recherche sur le terrain. L'objectif poursuivi était de répondre à notre questionnement sur l'utilisation des indicateurs d'activités en soins infirmiers et de comparer les résultats observés à nos hypothèses. La préoccupation de connaître et de démontrer les activités des soignants est commune à un certain nombre d'établissements quelle que soit leur taille, centre hospitalier universitaire ou non, et quel que soit leur effectif. Nous avons fait le choix de réaliser cette recherche dans quatre établissements qui utilisent un indicateur d'activités de charge en soins. Par souci d'anonymat, les établissements sont nommés, respectivement A, B, C, D.

##### 1.1.1 La méthode

Le choix de conduire des entretiens auprès de personnes confrontées à l'utilisation d'un indicateur d'activités en soins infirmiers se justifie par l'objectif qualitatif de l'étude. En effet, notre intérêt dans cette démarche étant de repérer les changements apportés en terme de management et de gestion pour les différents utilisateurs. Nous avons défini la population auprès de laquelle nous ferions la recherche; les trois principaux acteurs choisis étant: le directeur des ressources humaines; le directeur des soins; le cadre supérieur de santé. Nous avons choisi d'utiliser l'entretien semi-directif pour favoriser la production d'un discours sur le thème défini.

##### 1.1.2 La préparation des entretiens

↳ La grille : cerne le sujet en délimitant trois thèmes qui portent sur les hypothèses émises et sur les perspectives d'évolution.

Pour travailler ces thèmes, nous avons défini quelques questions concernant différents aspects du sujet. Nous sommes partis d'une question générale, suivi de questions de relance. La grille est commune aux différents acteurs (annexe 1).

↳ L'organisation des entretiens : les rendez-vous ont été pris en précisant le contexte du travail, le thème traité et le fait que l'entretien serait enregistré. Les douze entretiens ont duré entre 1h30 et 2h.

L'analyse des résultats de l'enquête ne se veut pas un jugement de valeur, simplement un support à la réflexion professionnelle.

### **1.1.3 Les limites et remarques pédagogiques de l'enquête**

L'enquête réalisée sur quatre établissements, auprès de 12 personnes, n'a pas la prétention d'être d'une recherche exhaustive et scientifique. Il s'agit davantage d'une expérience, à partir de laquelle différents enseignements sont à retirer.

↳ L'exhaustivité des lieux de l'enquête : si les quatre établissements sont représentatifs de différents fonctionnements possibles, ils sont semblables quant à leur statut mais de dimensionnement différent. Cependant, il nous semble que pour répondre à notre interrogation de départ, l'utilisation des indicateurs d'activités en soins infirmiers ne résulte pas de l'identité de l'établissement, CH ou CHU ou HL mais bien d'une logique, d'une volonté et de déterminants liés aux acteurs de la structure elle-même.

↳ Des entretiens : le nombre de 12 entretiens seulement peut être considéré comme une limite de la représentativité de l'échantillon; tout autant que les propos de l'interviewé sont liés à la relation spécifique qui s'instaure avec l'interviewer.

Le choix de l'analyse thématique de ces entretiens est une limite nécessaire à la bonne gestion du temps imparti, même si l'extrême richesse des informations recueillies aurait pu donner lieu à une analyse plus complète des discours. Nous aurions pu aussi prendre en compte l'utilisation éventuelle des indicateurs existants dans les secteurs médico-technique et de rééducation.

↳ Le choix des personnes interviewées : les personnes rencontrées sont extrêmement ciblées et notamment, un administratif : le DRH et deux cadres soignants dont l'un, le DS positionné dans une dimension stratégique, le CSS étant plus dans l'opérationnalité.

Un recueil d'opinions auprès des médecins, des responsables de DIM mais aussi des agents du terrain aurait enrichi l'analyse.

### **1.1.4 L'organisation de l'analyse**

Nous avons cherché à extraire dans chaque entretien ce qui pouvait apporter des éléments dans l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, de leur système de valeurs, de leurs repères normatifs, mais aussi, dans l'analyse d'un problème précis (points de vue, enjeux...), et encore, la reconstitution d'expériences. Des éléments qui pourront nous éclairer quant à notre questionnement initial et aux concepts définis dans la première partie, notamment la notion de management, d'évaluation.

A travers les réponses obtenues, il nous est apparu intéressant de réaliser une analyse, à l'aide d'une grille de lecture, par corps professionnel, de repérer pour chaque thème traité les points de convergence et de divergence et d'identifier les perspectives d'évolution et/ou d'amélioration.

## 1.2 Présentation des sites

Établissement	Statut juridique	Nombre de lits	Outil utilisé	Date début de l'utilisation de l'outil	Date d'informatisation de l'outil	Mise en place et suivi inscrits dans le projet de soins	Choix de l'outil	Référent positionné sur le projet	Pool de suppléance
A	CHU Public	2845	SIIPS + AAS	1998	2001	oui	DS décision approuvée par équipe direction	oui	oui
B	CHU Public	1727	SIIPS	1999 (1 <sup>ère</sup> utilisation en 1993)	2002	non	idem	non	non
C	CHU Public	3089	SIIPS + AAS	1992	1993	oui	idem	oui	oui
D	CH Public	926	PRN	1993	1996	oui	CSS, puis validé par DS et équipe de direction	oui	oui

## 2 L'ANALYSE

### 2.1 L'analyse des entretiens par groupe professionnel

#### 2.1.1 En ce qui concerne l'hypothèse 1

↳ ***Pour qu'un indicateur d'activités en soins infirmiers ait sa raison d'être, il doit pouvoir permettre de formaliser et d'objectiver les activités de soins,***

##### A) Le point de vue des DRH

Nous retrouvons comme facteur essentiel l'historique de l'établissement. Tous évoquent les priorités médicales développées au cours des années, le plus souvent sans concertation avec les responsables administratifs, ni évaluation au préalable des effets induits.

Les modifications d'activités entraînent des pressions de la part des médecins et des cadres. Est cité en exemple «une charge de travail trop importante, alors à un moment donné on a affecté un moyen supplémentaire qui devient permanent», et cela de façon totalement empirique.

« Aujourd'hui, avec l'utilisation de l'indicateur, on peut facilement s'assurer en fonction des données récoltées des évolutions ou non des activités. »

Leur positionnement, de par leur fonction se situe à un niveau très institutionnel et politique. Pour autant, ils n'ont pas été directement impliqués dans le choix, ni initiateur de l'utilisation d'un tel outil, mais ont apporté leur soutien aux actions engagées par le DS, collaborateur qui fait partie de l'équipe de direction. Il est considéré comme un maillon essentiel dans la mise en œuvre d'un tel projet.

Deux DRH reconnaissent qu'ils ont une meilleure connaissance de la prédominance et de la typologie des soins réalisés dans les unités. Ils ont développé une relation de confiance avec le DS, qui est le référent d'un corps professionnel et en tire sa légitimité. L'un des deux autres DRH est informé par le DS de ces résultats, et il estime que cela reste un tableau de bord essentiellement au service de la DSS qui le renseigne si nécessaire. Enfin, un des DRH dit ne pas avoir connaissance des résultats.

Pour autant, ils sont tous d'accord pour dire que la connaissance des activités réalisées aujourd'hui s'exerce à partir de l'évaluation dans tous les domaines; «cela s'articule assez bien avec la nouvelle tarification (TAA) et il sera certainement nécessaire de s'enrichir de ces données pour justifier de manière plus objective des activités des hôpitaux. »

## B) Le point de vue des DS

Leur positionnement se situe à un niveau stratégique, et opérationnel en tant que manager des équipes para-médicales.

Chacun s'accorde à dire que l'évaluation de la charge en soins est une nécessité, une obligation pour mener un management de qualité et que l'utilisation de l'outil (3 utilisent le SIIPS avec pour 2, l'association aux AAS et 1 utilise le PRN), relève d'une véritable volonté, ténacité et d'une **réelle implication et adhésion des différents acteurs**. «Cela permet de disposer de tableaux de bord au service de la DSS, nous permettant de connaître ce qui se fait dans nos unités.» «Cela ne s'est pas fait sans mal, la mise en place a nécessité des formations, de faire respecter la méthode, de **développer la communication**, l'information à tous les protagonistes, d'identifier des référents susceptibles d'accompagner le projet et de conduire le changement. Surtout que dans les débuts de mise en œuvre, nous n'avions pas d'aide efficace du DIM.»

«Le premier résultat satisfaisant obtenu, a été l'amélioration du dossier de soins, dans la tenue, la pertinence des transmissions écrites».

Les médecins ont fait preuve d'une neutralité le plus souvent bienveillante.

1 dit avoir travaillé en partenariat avec le DIM dès la formalisation de la mise en œuvre. Les 3 autres expriment leurs difficultés à associer le DIM au projet au stade de l'implantation, reconnaissent qu'actuellement le partenariat est réel, mais pas toujours aisé.

Aujourd'hui, les DS sont en mesure de pouvoir identifier la production de soins, la variabilité des charges en soins en fonction des saisons, de connaître ce qui pèse le plus lourd dans les structures de soins (soins de base (SB), soins techniques (ST), soins relationnel et éducatif (SRE)) pour une unité de soins. Et ils précisent «nous savions avant l'utilisation de l'outil les services dans lesquels on réalisait le plus de SB ou de ST, mais de façon très empirique; actuellement nous pouvons l'afficher car nous avons des tableaux très explicites.» «Cela nous permet de pouvoir nous positionner le plus souvent vis à vis des médecins et mettre en évidence le travail réalisé dans leur unité. »

Trois DS affirment que l'analyse quantitative des résultats leur permet de mener une réflexion en matière d'organisation; notamment, organisation des activités entre les différents grades (infirmières (IDE), aides-soignantes (AS)), par l'analyse des fonctions de soins. Il s'agit pour eux, d'un véritable outil d'aide à la décision qui leur permet d'asseoir leurs objectifs d'amélioration et leur permet d'argumenter leurs choix.

«Il faut être convaincu de l'intérêt de cette démarche en terme d'objectivation, de formalisation des activités; d'optimisation des ressources pour arriver à convaincre l'encadrement qui sans leur adhésion ne nous permettrait pas de mener à bien nos projets. »

Avoir une connaissance plus pertinente des activités favorise les demandes adéquates en terme de ressource matérielle et permet une comparaison fine des différentes unités. Mais aussi la connaissance de la population soignée concernée ne peut que permettre de mieux adapter les réponses aux besoins. Cela oblige à tenir compte de la réalité conjoncturelle: évolution des pathologies, des prises en charge... et ainsi de donner une orientation spécifique au projet du service de soins de l'établissement rendant la structure plus attractive dans un environnement concurrentiel.

La TAA est une ouverture pour la reconnaissance de l'indicateur d'activités en soins qui présente des possibilités dans l'information des données.

#### C) Le point de vue des CSS

Un CSS sur quatre dit avoir participé au choix de l'outil. Le DS ayant donné des consignes simples du style: «faire le choix d'un outil simple d'utilisation, qui permette de récolter des données fiables, synthétiques, qui facilite la connaissance de nos secteurs dans le but de manager au mieux nos équipes et de développer la qualité de la prise en charge.» Nous voyons bien que le DS a une idée de l'outil qu'il souhaiterait voir utiliser, pour autant, il leur permet de se positionner, de choisir selon des critères, et de prendre connaissance des outils existants.

L'ensemble des CSS a travaillé avec la DSS pour la mise en place du projet dans les services, qui a demandé une forte implication. Les buts et objectifs étaient connus des acteurs. Ils ont tous été formés à l'utilisation du système et, pour le projet pilote des cadres et IDE se sont associés à eux. Ensuite ils ont répercuté la formation sur les personnels. Un CSS a été désigné pour être référent dans l'utilisation de l'outil, sauf pour un établissement.

Ils expriment aussi le fait que le système les a obligés à se remettre en question, notamment au niveau de leur exercice professionnel et à rompre avec les habitudes. Cela a engendré une grande réflexion commune.

Chacun s'accorde à penser que l'utilisation de l'outil leur a permis de visualiser l'activité soignante. L'exploitation des données (bien que faite manuellement dans la/les premières années), montre au personnel l'intérêt de l'évaluation de la charge en soins et les motive pour continuer. Cela leur permet d'analyser les fluctuations d'activités et d'avoir un aperçu quantitatif et qualitatif des malades, de leur prise en charge et du suivi effectué.

Le profil de l'unité est connu. Depuis l'informatisation de la méthode, ils obtiennent une visibilité de leur secteur de façon plus rapide, ce qui leur permet de manager leur cadre plus efficacement et de programmer et/ou se projeter sur un travail sur les organisations et les prises en charge des patients.

Ils ont pu discuter plus facilement avec les médecins lors de dysfonctionnements organisationnels et prendre des décisions argumentées.

Un CSS déplore le non-respect de la méthode qui risque à terme de démotiver les personnels.

Ils insistent toutefois pour préciser que l'apprentissage a demandé un investissement important de la part de tout le personnel, le temps de s'approprier l'outil.

#### D) Première conclusion

Nous retrouvons des discours presque identiques, qui tiennent compte des positionnements des différents corps professionnels.

Les DRH apprécient de connaître les activités si cela s'avère nécessaire, d'autant qu'ils sont soumis à la TAA depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Les DS sont particulièrement impliqués dans la démarche d'évaluation; nous ressentons leur volonté d'action et leur fierté de pouvoir préciser de manière objective les évolutions d'activités dans le temps et de pouvoir en faire l'analyse : changement de praticien, demandes de soins différentes de la population...

Ils s'interrogent sur l'utilisation et l'exploitation qui pourraient venir compléter le PMSI dans le cadre de la TAA.

Ils mettent l'accent sur le risque d'épuisement dû à l'implication nécessaire pour la mise en œuvre mais aussi pour faire vivre l'outil et en assurer le suivi.

Les CSS beaucoup plus dans l'opérationnel, sont aidés par l'outil d'évaluation pour leur management au quotidien, ils sont à même de pouvoir suivre les fluctuations d'activité.

Ils ont aussi évoqué la difficulté de mise en œuvre due à la résistance au changement, la nécessaire implication de l'encadrement pour pérenniser l'indicateur.

### 2.1.2 En ce qui concerne l'hypothèse 2

↳ ***L'indicateur d'activités en soins infirmiers, pour justifier de son utilité, doit contribuer à la mise en adéquation des ressources nécessaires par rapport aux besoins des patients, dans un souci de qualité des soins et d'équité,***

#### A) Le point de vue des DRH

Nous nous apercevons que les DRH sont beaucoup plus sensibles à cet item. Ils s'accordent pour dire que la gestion aujourd'hui s'exerce à partir de l'évaluation et doit relever d'une pertinence de démarche dévaluation et le DS s'en trouve directement lié. Ils reconnaissent que l'indicateur est un bon outil de gestion interne particulièrement bien utilisé par le DS. Cela favorise la mobilité des personnels et donc cela permet de répondre à des demandes ponctuelles de remplacement et de réfléchir sur les inadéquations en personnel.

Ils font confiance au DS sur les manœuvres de redéploiement et sur les propositions de transformation de postes dans l'objectif d'optimiser les moyens.

#### B) Le point de vue des DS

Ils expriment le fait qu'il ne suffit pas de mettre en place un tel outil, faut-il encore le suivre, s'intéresser aux résultats, les commenter et en tirer des conclusions avec l'encadrement et les communiquer aux équipes.

Trois d'entre eux disent rencontrer leurs cadres à ce propos, une fois tous les trimestres, afin de réaliser une gestion des effectifs de manière optimale. Ils estiment ces rencontres très importantes et incontournables car ils sont confrontés à la pénurie de personnels ;

« il est donc nécessaire de se concerter pour mener une réflexion sur les propositions d'affectation, mais aussi sur l'adéquation des moyens en tenant compte à la fois de la qualité des soins dispensés aux patients et d'équité. Les éventuelles transformations de postes peuvent s'envisager. Cela permet d'avoir une vision prospective notamment en ce qui concerne les redéploiements pour répondre aux absences prévisibles : congé de maternité, congés annuels... »

2 sur 4 disent ne pas se servir de l'outil pour calculer les effectifs. Ils estiment que l'outil n'est pas fait pour cela, et que lors de sa mise en place ils n'ont pas annoncé aux équipes cette possibilité. Les 2 autres sont en mesure de définir les effectifs en adéquation avec les besoins, mais cela leur demande toujours beaucoup d'énergie pour convaincre car les cadres ne sont pas tous favorables à ce mode de gestion, qui pourtant favorise la réflexion sur le dimensionnement d'une équipe.

3 sur 4 sont assez satisfaits d'avoir pu mettre en place une équipe de compensation et de suppléance, bien avant la mise en place des 35 heures qui a majoré les difficultés d'effectifs mais qui a permis de remettre à plat les organisations.

Pour autant, ils s'accordent pour signifier que l'analyse quantitative et qualitative des données donne une marge de manœuvre intéressante dans le sens où des décisions sont prises pour déterminer les qualifications des personnels dans tel ou tel service, ce qui permet d'avoir une action et un positionnement fort sur la qualité de la prise en charge

des patients (la bonne personne au bon endroit). Cela favorise aussi la réflexion quant à la gestion des emplois adaptés.

En référence à l'outil, ils peuvent se positionner par rapport aux chefs de services et arbitrer des choix selon les demandes et les pressions.

Par ailleurs, ils sont d'accord pour dire que l'outil a été une aide pour mettre en œuvre une mobilité des personnels entre unités du même secteur, c'est à dire par secteur de CSS. Il y a encore des résistances de la part des personnels pour une mobilité sur un autre secteur de CSS.

#### C) Le point de vue des CSS

Ils peuvent plus aisément depuis l'utilisation de l'indicateur avoir une action sur les organisations; et notamment cela leur permet de planifier les congés en tenant compte des variabilités d'activités et donc des charges de travail, mais aussi en fonction des fermetures de services. Cette visualisation des activités sur l'ensemble des unités sur plusieurs mois de l'année, ainsi que la détermination des profils de patients des différents secteurs permet de procéder à des redéploiements, pour répondre à des besoins ponctuels, mais aussi sur du plus long terme, voire même envisager des transformations de postes dans le souci de qualité des soins. Sur leur secteur d'activité, chaque CSS élabore une gestion prévisionnelle des effectifs, dans le sens où il se projette, en terme de fonctionnement, sur les absences prévisibles.

3 d'entre eux disent faire un point trimestriellement avec le DS concernant les effectifs, les affectations, le positionnement des agents en poste adapté. Ils ne rencontrent plus aucune difficulté quant à la mobilité des agents de leur secteur, par contre des négociations sont nécessaires pour renforcer les équipes d'un autre secteur d'activité. Il leur faut argumenter les décisions et pour cela les CSS disent s'appuyer sur l'outil et faire des comparaisons avec l'activité de leur propre secteur. « Le sentiment d'appartenance des personnels est assez fort; d'abord centré sur l'unité, puis sur le secteur; pour arriver à cette démarche, il a fallu de nombreux mois et des explications avec les organisations syndicales. » Face aux difficultés conjoncturelles de pénurie de personnel, les CSS sont amenés de plus en plus fréquemment à s'entre aider d'un secteur d'activité à l'autre.

Les agents ne sont pas prêts à s'inscrire dans un fonctionnement institutionnel. Il faudra certainement mener une politique de mobilité généralisée et formalisée sur l'ensemble de l'hôpital.

#### D) Conclusion sur ces points de vues

Nous avons conscience que cet item revêt un enjeu majeur pour le DRH, qui a tout intérêt à voir la gestion des effectifs se réaliser avec le plus de cohérence, d'efficacité et d'efficience (résultat optimal vis à vis des ressources prédéfinies ou limitées) au niveau

des unités d'une part, mais aussi de l'ensemble des secteurs d'autre part. En cela, ils trouvent utile de disposer d'un indicateur en soins pouvant favoriser les adéquations en personnels. Dans ce domaine, ils font une totale confiance aux DS qui représentent pour eux, de véritables collaborateurs, experts du terrain.

Les DS assurent leur responsabilité et raisonnent dans un souci de qualité des soins, d'équité, de rationalité. Nous les trouvons totalement positionnés à un niveau stratégique, optimiser les ressources humaines, et donc inscrits dans la démarche économique de rationalisation des moyens; mais aussi à un niveau très opérationnel, au plus près du terrain en travaillant en étroite collaboration avec l'encadrement pour que la gestion optimale et efficiente des effectifs soit en adéquation avec la qualité des soins, les conditions de travail des personnels. La communication des résultats aux personnels est faite par le biais des CSS de secteur. Le retour des informations est primordial pour éviter un épuisement des équipes.

Les CSS voient leur management facilité dans le sens où ils peuvent agir aisément sur leur secteur pour pallier les dysfonctionnements d'organisation, d'absentéisme... La gestion des effectifs au niveau des unités et du secteur leur paraît plus efficace et plus efficiente. Ils ont aussi le souci de la qualité des soins et assurent préserver cette notion importante pour l'ensemble des soignants d'autant qu'ils peuvent s'appuyer pour cela sur les résultats qualitatifs, ils connaissent les limites à ne pas dépasser afin que la qualité soit garantie.

### 2.1.3 En ce qui concerne l'hypothèse 3

↳ ***De part les résultats obtenus par l'indicateur, ce dernier doit permettre de justifier et négocier les moyens en personnels auprès de la Direction des ressources humaines (pour les DS), auprès de la Direction des soins (pour les CSS),***

A) Le point de vue des DRH

3 DRH sur 4 disent que le DS a utilisé les résultats pour justifier de besoins en personnels, arguant le fait qu'il existe une réelle modification des prises en charge, une évolution des pratiques médicales engendrant pour certains secteurs beaucoup plus de soins techniques.

1 DRH précise que le DS est dans la demande de moyens humains mais il ne fait pas référence aux résultats obtenus pour négocier.

1 des 4 DRH estime que les résultats présentés par l'outil mettent en évidence des sous dotations en personnels; en son sens, l'outil d'évaluation, basé sur des soins requis est trop inflationniste et n'est plus adapté à la conjoncture actuelle.

Ils sont unanimes pour préciser que malgré des données chiffrées, fiables et objectives, ils ne sont pas en mesure de répondre aux demandes, ce qui engendre de grandes discussions avec le DS. Pour autant, ils reconnaissent ne plus être sur des demandes totalement empiriques.

1 des DRH précise s'être appuyé sur les résultats pour argumenter des besoins en ressources humaines (RH) devant la tutelle pour l'ouverture d'un nouveau bâtiment.

#### B) Le point de vue des DS

3 sur 4 ont présenté leurs résultats aux DRH pour argumenter les demandes en RH. Ils sont d'accord pour dire que malgré ces présentations, ils n'obtiennent pas forcément satisfaction. La conjoncture actuelle, la pénurie d'IDE, les restrictions budgétaires font que les DRH, même s'ils ont une écoute attentive ne répondent pas forcément à leur demande, sauf dans les situations extrêmes: fort absentéisme associé à une augmentation importante de l'activité et après avoir prouvé que toutes les possibilités avaient été envisagées.

Il leur semble essentiel de faire savoir aux équipes, par le biais des CSS, que les demandes sont formalisées auprès des DRH, mais que les turbulences actuelles ne sont pas en faveur de recrutements.

#### C) Le point de vue des CSS

Leurs demandes se font auprès du DS. Ils détiennent l'ensemble des résultats. Ils argumentent auprès du DS les redéploiements et en terme d'organisation peuvent faire état des transformations de postes qu'ils souhaiteraient pouvoir réaliser. Ils justifient des mensualités d'été nécessaires au bon fonctionnement des services qui se font de plus en plus rares aujourd'hui et qui les obligent à négocier avec les agents pour maintenir un niveau de fonctionnement satisfaisant des unités et d'être dans l'information permanente pour rappeler les contraintes actuelles.

1 sur 4 dit fournir des éléments d'argumentation objectifs et éprouve quelque fois le sentiment d'être dérangeant et de n'être pas toujours écouté et suivi.

#### D) Conclusion sur ces points de vue

Les DRH sont confrontés à une restriction budgétaire sérieuse ainsi qu'à une pénurie d'IDE qui les obligent malgré des justifications et des argumentations très solides à ne pas toujours donner satisfaction et donc à ne pas recruter. «Cela crée de véritables tensions entre les DS et nous, qui même s'ils comprennent les contraintes actuelles sont dans le souci quotidien de la qualité de la prise en charge des patients et du bon fonctionnement des services. »

Les DS disent (3/4) être extrêmement conscients des difficultés budgétaires existantes, mais que pour autant, ils ne peuvent pas en tant que responsables des organisations et de la qualité ne pas faire état des besoins justifiés.

Les CSS ont le sentiment de tout réaliser, tout envisager, afin que les demandes soient faites avec le plus d'objectivité possible. Néanmoins ils comprennent que les marges de manœuvres sont de plus en plus restreintes, ce qui engendre des tensions voire des conflits au niveau des équipes qui elles, ne comprennent pas toujours les difficultés de recrutement et ont donc le sentiment que les CSS ne tiennent pas compte de leurs difficultés.

Au décours de ces entretiens, nous avons pu repérer que les DS utilisent l'indicateur comme outil d'évaluation, de management qui leur permet une meilleure gestion des effectifs et représente un outil d'aide à la décision qui facilite la communication auprès des agents par le biais du retour des informations. Cela peut permettre de développer des pistes de réflexions avec les personnels pour améliorer les prises en charge, les organisations. 3 sur 4 expriment la nécessité de s'engager dans un travail de réflexion sur le Résumé de Soins Infirmiers (RSI) et surtout sur la Gestion Prévisionnelle des Soins (GPS) avec pour outil le chemin clinique. Cela leur semble un objectif à atteindre dans un court terme, notamment avec la mise en place des pôles d'activités.

## **2.2 Les enjeux d'une politique d'évaluation**

Nous voyons cinq tendances se dégager, toutes fonctions confondues.

↳ Il faut objectiver l'utilisation d'un outil d'évaluation, donc d'un indicateur d'activités en soins infirmiers parce que cela devient un levier pour obtenir des moyens; les chiffres permettent des comparaisons.

↳ Il faut objectiver son utilisation car il permet un management stratégique.

↳ Il faut objectiver l'utilisation parce que nous avons le devoir de rendre comptes.

↳ Il faut objectiver l'utilisation pour développer une acculturation.

↳ Il faut enfin objectiver leur utilisation en rapport à l'obligation de dispenser des soins de qualité au moindre coût.

L'enveloppe allouée à la Santé coûte cher aux citoyens, il semble normal, mais aussi civique d'être en mesure d'expliquer son utilisation, d'autant, qu'avec la TAA nous devons être en mesure de démontrer les activités. Cela doit s'appliquer aussi bien en interne qu'en externe.

### 3 VÉRIFICATION DES HYPOTHÈSES

Rappelons que nos hypothèses reposent sur la question suivante : **«En quoi l'indicateur en soins infirmiers peut-il être une aide à la décision dans la gestion des unités de soins? Peut-il être un outil de management stratégique pour le Directeur des soins?»**

#### 3.1 Première hypothèse

↳ **Pour qu'un indicateur d'activités en soins infirmiers ait sa raison d'être, il doit pouvoir permettre de formaliser et d'objectiver les activités de soins.**

A l'unanimité, les personnes interviewées expriment leur satisfaction d'avoir une connaissance objective de ce qui se fait dans les secteurs dont elles ont la responsabilité. Nous pouvons donc déduire, avec les différents commentaires donnés qui corroborent l'affirmation, que l'indicateur d'activités en soins a sa raison d'être pour la formalisation et l'objectivation des activités de soins.

#### 3.2 Deuxième hypothèse

↳ **L'indicateur d'activités de charge en soins infirmiers, pour justifier de son utilité, doit contribuer à la mise en adéquation des ressources nécessaires par rapport aux besoins des patients, dans un souci de qualité des soins et d'équité.**

L'ensemble des personnes rencontrées lors des entretiens affirme trouver un intérêt majeur à l'outil qui favorise un management en terme de gestion des personnels, efficace et optimal, pouvant répondre au critère essentiel de qualité des soins.

Le résultat de notre enquête confirme l'hypothèse.

#### 3.3 Troisième hypothèse

↳ **De part les résultats obtenus par l'indicateur, ce dernier doit permettre de justifier et négocier les moyens en personnels auprès de la Direction des ressources humaines (pour les DS), auprès des DS (pour les CSS).**

L'établissement B témoigne d'une non utilisation des résultats pour argumenter des demandes en ressources humaines. Les établissements A, C, D quant à eux sont dans cette démarche. Ils affirment ne plus être dans des demandes empiriques, pour autant, la turbulence actuelle: contrainte budgétaire, pénurie d'IDE ...ne leur permet pas toujours d'obtenir une réponse favorable.

Ainsi, nous pouvons affirmer que l'outil est aidant pour la justification et la négociation des besoins en personnel et que donc l'hypothèse est validée. Néanmoins, un sentiment de frustration peut en découler puisque face à la conjoncture actuelle, l'outil d'évaluation, quel qu'il soit, n'a pas d'action sur cet état de fait.

Enfin, nous pouvons conclure en disant que les hypothèses sont validées, mais nous resterons nuancés sur la 3<sup>ème</sup> hypothèse qui, dans le contexte actuel, pose la question de sa réelle pertinence.

Nous avons pu apprécier la richesse de ces entretiens et des informations qui nous ont été apportées avec notamment les nécessités majeures d'obtenir **l'implication**, l'adhésion des différents acteurs et de développer pour ce faire la **communication** à l'hôpital, considéré comme une structure complexe.

## **4 CONCLUSION DE L'ÉTUDE DE TERRAIN**

L'évaluation des charges en soins, grâce à l'utilisation d'un indicateur d'activités en soins infirmiers, est facteur de satisfaction, de motivation, de part l'implication qu'il nécessite.

Elle est source de valorisation et de progrès.

De plus, une ouverture d'évolution vers une étude des coûts en soins infirmiers est souhaitable, avec la mise en place de la TAA. Des réflexions prospectives sont menées pour développer le RSI et la GPS ou le chemin clinique.

Les améliorations concrètes concernant la gestion des effectifs et les organisations, objectifs d'une démarche continue de la qualité, inscrites dans le manuel d'accréditation version 2, ne semblent pouvoir s'envisager que sur du moyen et long terme.

Nous constatons que les acteurs sont aujourd'hui conscients des enjeux liés à l'utilisation d'un indicateur d'activités en soins. La cohérence est un gage de qualité et de reconnaissance par ce qu'ils appellent «la tutelle», et l'évaluation est un outil incontournable pour l'atteindre.

En conséquence, l'équipe de direction d'un hôpital, ne pourrait-elle construire un projet de développement de l'utilisation de l'outil, en associant l'implication des DIM, des médecins, des soignants dans une démarche continue d'amélioration de la qualité?

La richesse des réponses obtenues au cours de l'enquête, associée à la théorie sur le management, l'évaluation, la gestion, la prise de décision, sont des matériaux pour l'élaboration d'un tel projet, que nous pourrions, en tant que directeur des soins membre de l'équipe de direction, présenter sous forme d'axes de propositions.

Tel sera l'objet de la troisième partie.

## TROISIÈME PARTIE

### 1 PRÉCONISATIONS

La construction de notre action dans cette partie, sera d'une part, de nous interroger sur le positionnement stratégique du DS dans la démarche de communication interne et d'implication des personnels, pour la pérennité de l'outil. D'autre part, de nous projeter afin de mettre en place le RSI ainsi que la GPS (ou chemin clinique) afin de pouvoir nous inscrire dans une démarche continue d'amélioration; et enfin, d'envisager autant que faire se peut, les opportunités en regard de la mise en place de la tarification à l'activité.

Alors, comment un directeur des soins qui utilise un outil d'évaluation peut-il s'assurer et maintenir la pérennité de la démarche, très interdépendante des acteurs, sans en effet, s'appuyer sur l'implication des personnels, et la communication?

#### 1.1 Le DS: acteur prépondérant dans une politique d'évaluation

##### **Le Directeur des soins : membre de l'équipe de direction**

La communication interne est un véritable support du management. Elle doit être définie par les dirigeants. Une politique de communication efficace doit découler de la politique générale de l'hôpital et être inscrite dans le projet d'établissement et le projet de soins.

##### 1.1.1 Une stratégie de communication interne au service du management

↳ Le Larousse 2003 désigne la communication comme étant une action; c'est le fait de communiquer, d'établir une relation avec autrui, mais aussi le fait de transmettre quelque chose à quelqu'un, son résultat; et encore, le fait pour une entreprise d'informer et de promouvoir son activité auprès d'un public, d'entretenir son image.

Nous pouvons considérer que la communication est un élément de la mobilisation des énergies, un enjeu majeur du management. *“C'est une activité fondamentale de la vie d'une organisation qui exige autant d'attention et de rigueur que les autres fonctions.”*<sup>25</sup> Elle consiste en un échange d'informations et de signes à caractère général entre les membres d'une même organisation. Elle est donc avant tout, une interaction, une participation, qui prend la forme d'un dialogue.

---

<sup>25</sup> NIZARD G. Ibid. p128

↳ Plusieurs raisons sont à l'origine d'un intérêt pour la communication :

- l'hôpital est en permanence sous le regard d'autrui, il est lui-même un média, par les flux d'informations qu'il engendre, diffuse, capitalise;
- pour le personnel, la communication est un vecteur d'identification et de motivation;
- elle répond au besoin de reconnaissance, à la fois de la réalité du travail effectué quotidiennement et des résultats obtenus.

Dans cette perspective, la communication interne se caractérise, à la fois comme :

- un outil de management, dans le sens en effet, que l'efficacité individuelle et collective passe notamment par une clarification des compétences, une responsabilisation des personnes, une information de la vie des services;
- c'est aussi un ferment de convivialité, favorisant l'ouverture horizontale des services les uns par rapport aux autres et assurant la meilleure intégration possible de chacun dans son travail;
- mais surtout, c'est un facteur de dialogue social, en facilitant une meilleure compréhension des attentes réciproques.

*“Ainsi le personnel attend-il à la fois des messages opératoires et de la communication intégrative. Expliquer, c'est se donner la chance de partager des références communes de comportement. Les termes en “co”, dont le premier est la communication: consensus, consultation, cohésion, convivialité... sont l'oxygène indispensable de la vitalité de l'organisation.”<sup>26</sup>*

#### ⇒ **Pour que la communication interne soit efficace**

Avant même l'élaboration du projet et jusqu'aux résultats, la communication en interne permet au DS d'informer les instances, les partenaires sociaux, les soignants et de recueillir les réactions, les interrogations, les résistances potentielles ou réelles, auxquelles des réponses ou réactions appropriées sont nécessaires.

Les outils de communications sont choisis en fonction du public concerné, ils doivent permettre d'être concret, de renforcer les valeurs, d'accroître la notion de confiance, de donner du sens et de la cohérence. Le plan de communication doit être arrêté en amont du projet. Il développe l'intérêt collectif et contribue à l'efficacité de l'équipe.

---

<sup>26</sup> NIZARD G. Ibid. p133

### 1.1.2 Un management opérationnel sur l'implication des personnels

Le terme «implication des personnels» a été mentionné à plusieurs reprises : en effet autant dans la démarche de mise en œuvre de l'indicateur que pour le suivi et la pérennité de l'outil, il est souhaitable que les acteurs s'impliquent. Aussi devient-il intéressant de définir ce à quoi peut correspondre ce concept pour mener un management opérationnel.

Nous appuierons notre réflexion sur le livre de Maurice Thévenet, «le plaisir de travailler, l'implication des personnes. »<sup>27</sup>

↳ La définition du concept de l'implication pose trois questions théoriques :

- existe-t-il une différence entre les concepts d'implication, de motivation, de satisfaction ?
- ce concept d'implication connu, a-t-il la même signification pour chacun ?
- l'implication a-t-elle des liens avec les pratiques de gestion de ressources humaines, de management ?

**La motivation** est une caractéristique individuelle, un moteur, une force qui pousse l'individu à agir, donc elle se situe en amont de l'action.

**La satisfaction** caractérise un état procuré par une expérience professionnelle, plutôt après l'action.

Pour ce qui concerne **l'implication**, elle met l'accent sur une relation tissée entre les personnes et leur travail, en temps réel. L'implication n'exclut ni la motivation, ni la satisfaction, la personne s'implique parce qu'elle trouve un intérêt dans son travail. Elle s'identifie pour l'individu à des buts et à des valeurs, l'engagement ou la volonté d'agir dans le sens de ces buts et de ces valeurs, la loyauté ou le désir de rester.

L'implication n'est pas une caractéristique personnelle, rien ne permet de dire que la personne peut ou ne peut pas s'impliquer. Elle résulte de la relation entre la personne et son contexte, relation qui loin d'être figée, devient œuvre de construction individuelle.

---

<sup>27</sup> THEVENET M. Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes. Collection de l'institut Manpower. Paris/ Jouve, 2001. 269p

↳ Des règles opérationnelles et des conditions de l'implication sont à évoquer. L'intérêt retrouvé dans l'implication est de constituer une ressource qui doit être actionnée, exploitée pour produire quelque chose. A priori tout le monde est impliqué mais la manière et l'intensité sont variables.

L'implication ne peut créer de performance si on ne dispose pas de produits et de matériels corrects, d'une bonne stratégie, d'une organisation adéquate et des compétences nécessaires.

**On ne peut impliquer les personnes, ce sont elles qui s'impliquent.** L'individu reste libre d'agir comme il veut, c'est lui qui fait ses choix pour se comporter.

Les actions à entreprendre pour créer de l'implication sont de l'ordre des stratégies d'implication, sans pour autant être garanti de succès, et reposent sur trois conditions :

- la cohérence entre les discours et les actions,
- la réciprocité: l'agent qui s'implique doit avoir le sentiment que la structure s'implique vis à vis de lui. La réciprocité se trouve dans les valeurs, dans le système de gestion (appréciation qualitative des performances, formation, organisation) et dans la relation managériale,
- l'appropriation : les personnes ont l'impression d'être en charge de ce qu'elles font et d'obtenir un soutien que si elles en ont besoin.

⇒ **Pour pérenniser l'implication le DS doit s'appuyer sur certains éléments**

L'implication peut être freinée par plusieurs éléments : la crise des institutions, l'investissement professionnel individuel plus qu'institutionnel et l'accroissement permanent des exigences. Toutefois, pour pérenniser l'implication, la cohérence, la réciprocité et l'appropriation doivent être respectées.

Il faut prendre garde à certaines approches, notamment, essayer de surmonter ou de supprimer les faiblesses plutôt que chercher à renforcer encore les forces ou vouloir changer une équipe qui gagne par crainte de reproduction des modes d'action sans laisser les individus aller jusqu'au bout des changements.

Dans le monde hospitalier, il est souhaitable de renforcer des valeurs fortes, celles qui fondent réellement les comportements, permettent d'assurer les actions à long terme,

d'où l'intérêt dans une démarche d'évaluation, de partager les finalités avant tout, plutôt que vouloir imposer vainement des modes de pensées différents.

La relation managériale est également à considérer dans la pérennité de l'action, l'exemplarité est une des qualités à attendre d'un DS. Celui-ci représente la personification des valeurs et des comportements dans le discours et dans les actes. Sa compétence humaine dans le savoir social est primordiale, elle doit lui permettre de fonctionner avec d'autres et d'adopter les comportements adaptés aux situations. Cette compétence se traduit dans ses capacités à exprimer à l'autre ses opinions, à comprendre les processus internes aux groupes, à investir le rôle qui lui est attribué dans une organisation, à contribuer à l'efficacité d'une équipe, à fonctionner avec loyauté, à agir dans une organisation c'est à dire être un leader visionnaire, à négocier, à mobiliser.

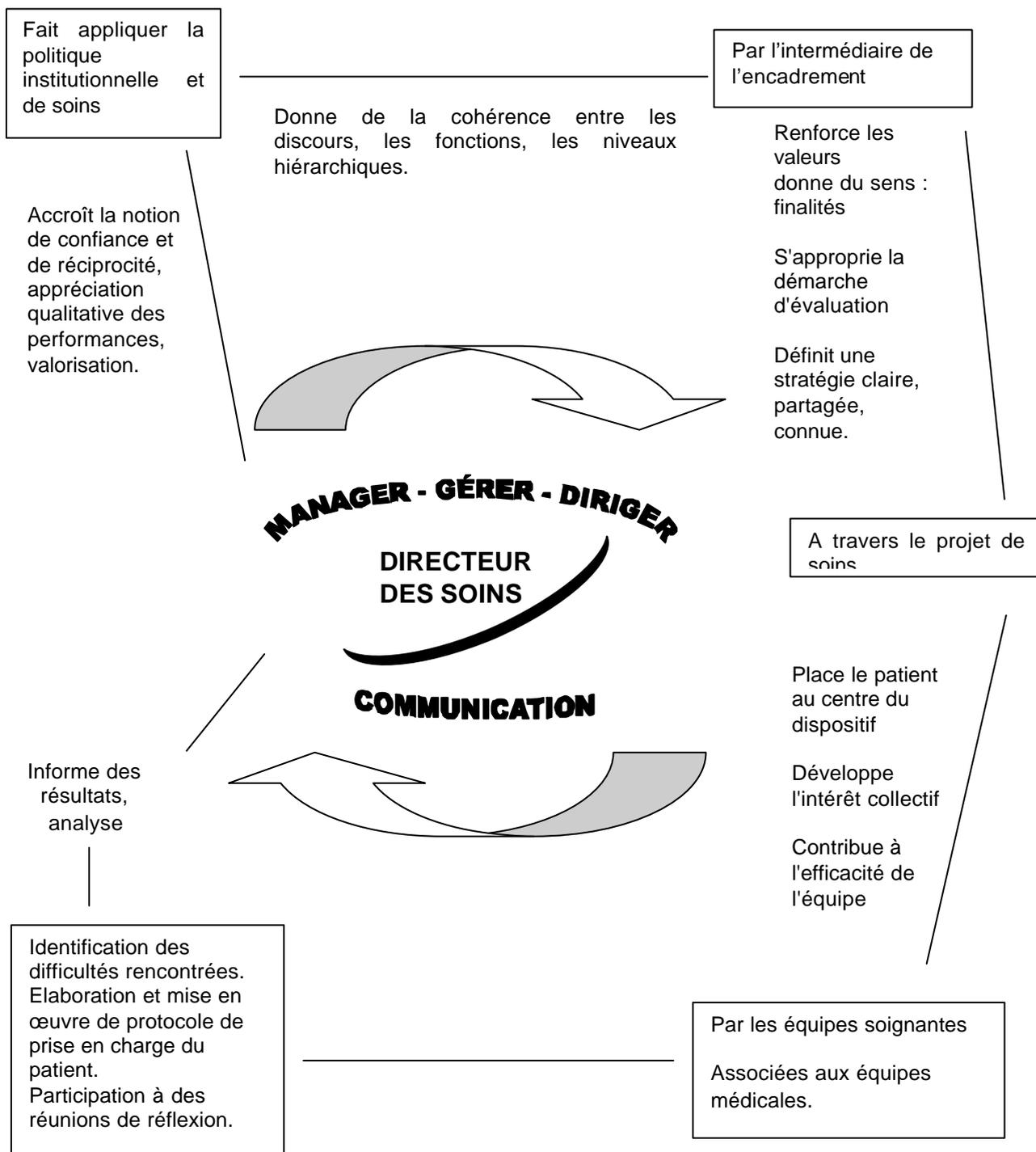
Pour développer ces compétences humaines, il faut travailler en s'interrogeant sur ses comportements, leurs raisons et leurs conséquences sur le cours des choses. Il faut accepter le principe de rendre les personnes encore plus responsables, il faut donner du temps et de la durée.

En conclusion, nous pouvons dire que l'implication est de plus en plus nécessaire à l'hôpital. Nous savons qu'il n'y a pas de recette de l'implication, seule la personne choisit de s'impliquer. Toutefois, **comprendre pourquoi et comment les personnes s'impliquent, doit nous aider à créer les conditions qui favorisent l'implication**, dans le quotidien des stratégies, des systèmes et surtout des comportements individuels.

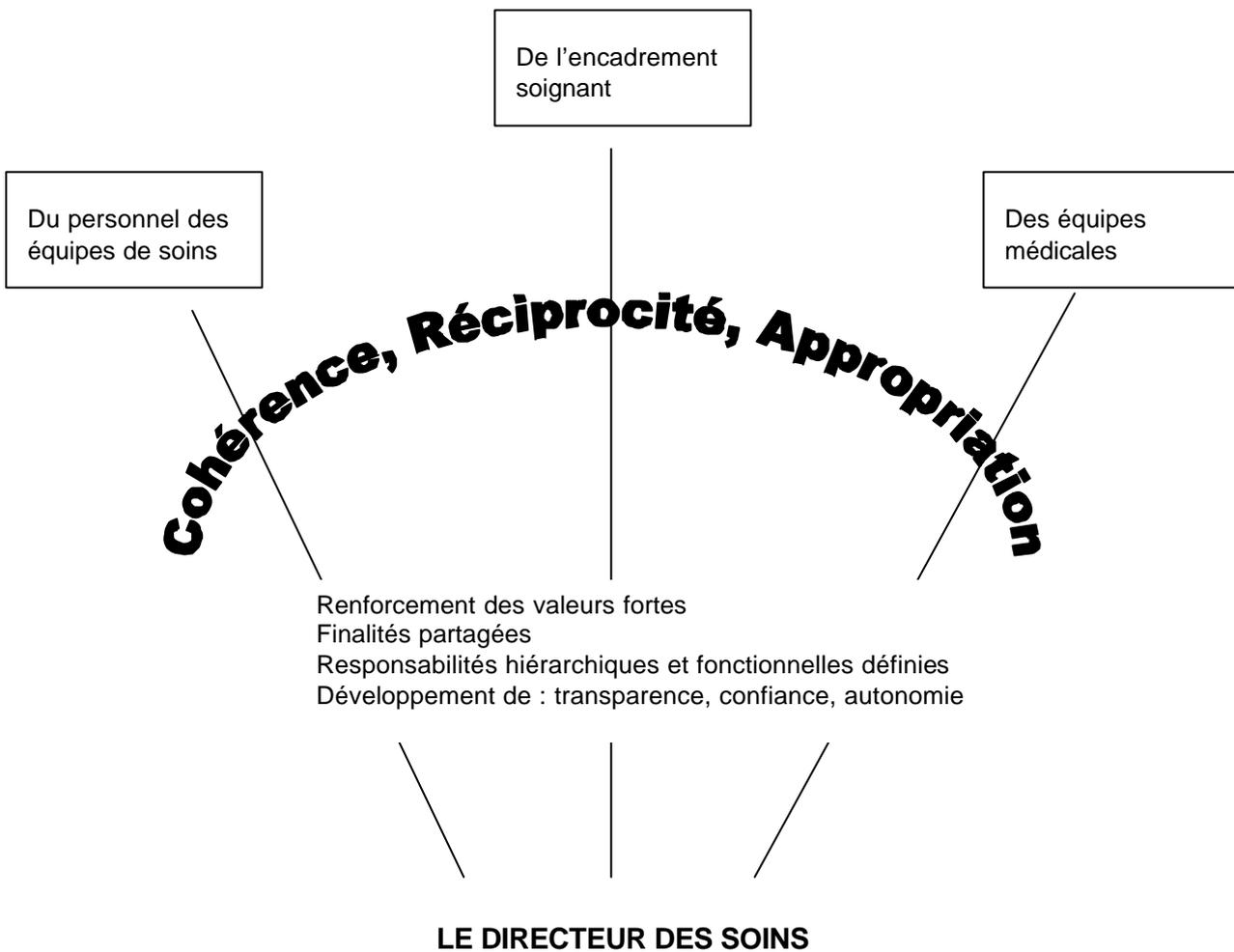
***«S'unir est un début.  
Rester uni est un progrès.  
Travailler ensemble est un succès. »  
H. FORD***

### 1.1.3 Présentation schématique de la place du DS par rapport à la communication et l'implication des personnels dans le projet d'évaluation des soins

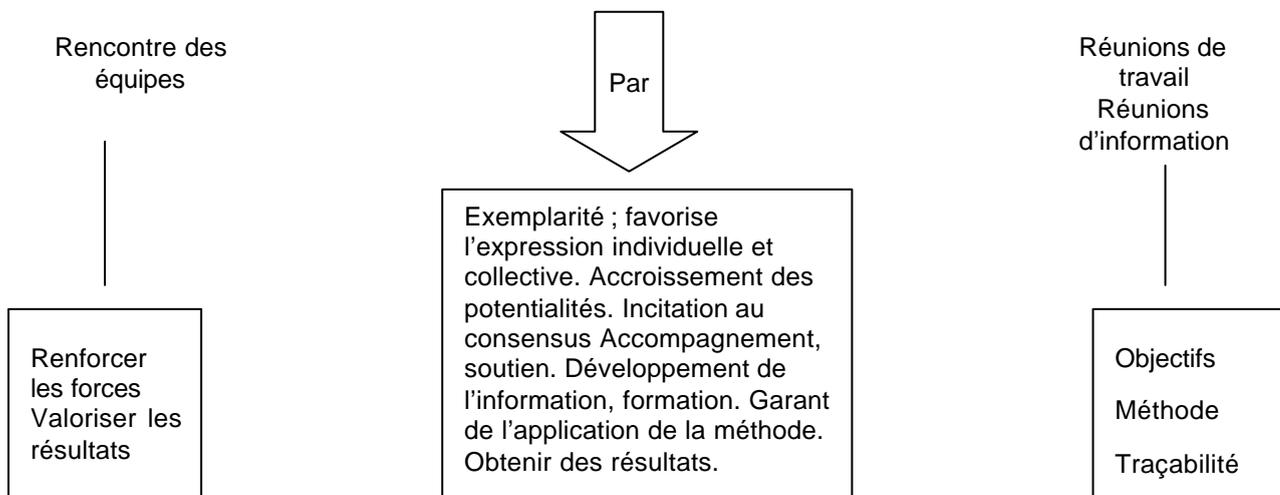
A) Le Directeur des soins et la communication dans la démarche d'évaluation intégrée au projet de soins



B) le directeur des soins et l'implication des personnels



**Favorise l'Implication**



## **1.2 Le DS : acteur d'un management stratégique dans le continuum de l'action**

### **Le Directeur des soins : coordonnateur des activités paramédicales**

Le management stratégique est contextuel. Nous pouvons nous poser la question de savoir dans quel contexte nous nous situons? «Maintenant», «Pour demain»?

Notre position de «dirigeant» nous place dans une dimension prospective, de vision globale du système de santé. Nous conduirons notre réflexion dynamique sur le continuum de l'action: «saisir le présent pour engager l'avenir», et bâtir le projet de l'utilisation d'outils tels que le Résumé de Soins Infirmiers (annexe 4) et la Gestion Prévisionnelle des Soins (annexe 5).

#### **1.2.1 Le résumé de soins infirmiers et les préalables à sa mise en place**

L'évaluation qualitative des soins suppose la mise en place des résumés de soins infirmiers. L'évaluation vise alors à mesurer à la fois le degré de satisfaction des objectifs poursuivis et la qualité des réponses techniques et relationnelles apportées aux demandes et aux besoins des patients.

Une de ses composantes essentielle est la recherche de l'efficacité, compte tenu du défi que représente l'accroissement de la demande de soins.

Le «Résumé des Soins Infirmiers» est un concept qui date de 1987.

Si nous sortons des frontières françaises, nous constatons que d'autres tentent de le traduire dans la réalité.

Depuis 1988, chaque unité de soins belge a l'obligation légale de produire un «résumé infirmier minimum» quatre fois par an. Il est un ensemble minimum et significatif d'interventions infirmières permettant de connaître le profil en soins infirmiers des unités de soins qu'il est possible d'exploiter à des fins d'analyse et de comparaison.

Au USA, principalement depuis 1985, des recherches sont menées en vue de définir et mettre en place un «Nursing minimum data set» (ensemble minimum d'éléments infirmiers).

Le RSI repose sur quatre éléments constitutifs : le dossier de soins, les interventions infirmières, l'intensité des soins, les résultats des soins.

En France, comme en Belgique et aux USA, le concept de RSI est né de la même problématique:

- ✓ mieux formaliser les données infirmières dans un contexte d'évaluation et de maîtrise des dépenses de santé,
- ✓ mieux faire connaître et reconnaître l'apport spécifique des soins infirmiers dans le domaines de la santé.

L'idée d'un RSI en France s'est développée avec le PMSI et le RSS (résumé de sortie standardisé); ce dernier ne contient que des données médicales.

Le RSI est un document synthétique permettant de visualiser, sous forme standardisée, les informations clés relatives au séjour du patient.

L'adoption du RSI est certainement une des étapes importante pour l'essor des soins.

#### ⇒ **Les préalables à la mise en place**

- ✓ Avoir un projet de soins cohérent avec le projet d'établissement
- ✓ Créer la motivation, l'implication
- ✓ Développer la communication autour du projet
- ✓ Prévoir un projet de formation et d'accompagnement
- ✓ Redonner un sens aux outils (dossier de soins, évaluation de la charge en soins...)

Pour ce faire, les moyens requis sont:

- ✓ Une équipe de référents
- ✓ Un plan directeur informatique: des logiciels adaptés et en interface.

Les composantes du RSI reposent sur le choix de deux variables : volume et intensité des soins ; diagnostics infirmiers, interventions de soins, résultats.

### **1.2.2 La gestion prévisionnelle des soins et la mise en œuvre**

La GPS est un renouvellement profond de la manière de concevoir la distribution des soins. Elle contribue à se centrer réellement sur les besoins et les problèmes habituels des patients. Améliorant la coordination des soins par l'approche interdisciplinaire qu'elle nécessite, la GPS vise l'efficacité de la prise en charge par un questionnement sur les prestations et l'efficacité des actions qu'elle mesure par le biais des résultats.

#### ↳ **La GPS : définition et généralités**

La GPS est la mise en œuvre d'un modèle de gestion des soins interdisciplinaires centré sur un groupe de patients présentant des caractéristiques cliniques communes.

Ce modèle, orienté vers les résultats, permet de conjuguer clinique et gestion, approche qualité et maîtrise des coûts, en partenariat avec la personne soignée et son entourage.

Le but des systèmes de gestion prévisionnelle est de repérer, définir les éléments critiques et indicateurs clés qui sont attendus à chaque jour ou étape de la prise en charge.

Les outils sont construits en fonction de la durée de séjour, de la spécificité clinique, du diagnostic médical, du type de la structure de soins.

#### ↳ **La GPS au cœur de toutes les problématiques hospitalières**

➤ **La GPS et la politique de santé en France.** Depuis la réforme de 1996, les établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés s'investissent dans le processus d'accréditation et par là même dans une démarche qualité. Nous rappellerons que cette procédure « vise à s'assurer que les conditions de sécurité et de qualité des soins et de la prise en charge du patient sont réunis. » Il faut par ailleurs noter que « l'accréditation s'intéresse en premier lieu au parcours du patient et à la coordination des soins au sein de l'établissement et du réseau de soins » et que, l'amélioration continue de la qualité est « obtenue grâce à l'amélioration systématique des processus, la réduction des dysfonctionnements et l'implication des personnes. »

La nouvelle gouvernance, « hôpital 2007 », oblige les établissements à créer des pôles d'activités.

Nous voyons là, l'opportunité pour un DS de répondre à ces exigences par la mise en place de la GPS.

➤ **La GPS et l'économie de la santé.** La réforme de 1996 a renforcé la nécessité pour les établissements de santé de participer à la maîtrise des dépenses de santé. Pour cela, l'utilisation des données issues du PMSI, la TAA permettront de cerner les activités des établissements. Il appartient aux structures hospitalières de s'interroger sur l'utilisation des ressources qui leurs sont dévolues et des prises en charge qui sont réalisées au sein des services en terme de rapport qualité/coût.

Ainsi, nous pensons que la GPS offre des solutions pour mieux gérer certaines prises en charge de patients touchés d'une pathologie dite coûteuse, sur lesquelles il serait opportun de faire un effort de « rentabilisation. » Elle favorise une meilleure planification et traçabilité de l'action.

➤ **La GPS et la communication interdisciplinaire.** Plusieurs sociologues, dont M. Crozier, ont dénoncé le cloisonnement, la non-communication, l'absence de dialogue et d'échanges au sein des établissements.

Aussi, nous paraît-il important de repartir sur ce qui est le fondement même de cette communication, à savoir la mission de soins de l'établissement, et donc la nécessaire « communication au bénéfice du patient », de l'ensemble des professionnels. En tout état de cause, il n'est plus possible de soigner sans inscrire l'action de soins dans le cadre d'un projet de soins interdisciplinaire concerté qui permettra de mener la réflexion sur les modalités de prises en charge d'un groupe de patients donnés.

### ↳ **Le chemin clinique**

Il est l'outil de base qui constitue la planification d'un parcours-type pour un groupe de patients défini, porteurs de la même pathologie.

Il articule les problèmes de santé habituels de ce groupe et les résultats escomptés en fonction d'une durée de séjour déterminée, et met en parallèle les actions de l'ensemble des professionnels face à ces problèmes.

⇒ **Les modalités de la mise en œuvre**

Il nous faut concevoir :

➤ le choix du groupe de patients sur lequel va pouvoir être établi un chemin clinique est primordial. Sont prioritaires les prises en charge les plus significatives en terme de volume, car leur amélioration apportera une plus-value importante et rapide. Les sources habituelles pour ce choix sont le PMSI et les GHM.

➤ la constitution d'un groupe de travail interdisciplinaire sur la GPS est essentielle pour réaliser un chemin clinique. L'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge choisie y participera d'une manière permanente (médecins, infirmière, cadre...) ou en fonction des besoins (diététicienne, ergothérapeute, rééducateur, assistance sociale...). Le groupe aura pour mission:

- faire le bilan du processus actuel de prise en charge, le décrire, recenser les problèmes habituels des patients et les différentes prestations déjà réalisées;
- analyser les dysfonctionnements et redéfinir un processus optimal, définir les résultats escomptés, et valider, enrichir et reprogrammer les activités;
- réviser les outils complémentaires;
- mettre en œuvre le dispositif.

En conclusion, nous pourrions dire que la mise en œuvre de la GPS nécessite un partenariat entre tous les professionnels de santé acteurs de la prise en charge du patient, dans le but d'assurer une plus grande qualité et sécurité des soins, en réduisant les dépenses de santé et en responsabilisant à la fois les professionnels, mais également le patient, voire ses proches dans le déroulement des interventions de soins.

De plus, cela constitue un système d'information majeur qui s'inscrit totalement dans le projet de la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles d'activités par la contractualisation interne ainsi qu'avec la TAA qui s'attachera à l'examen des organisations telle que le processus de prise en charge des patients (la TAA rémunère un séjour, c'est à dire un processus «réussi»).

Selon H.Mintzberg, le travail du dirigeant s'exerce sur trois niveaux: l'information, le contact avec les personnes et l'action.

**«Ce n'est pas la fonction qui honore l'homme,  
mais l'homme qui honore la fonction»...**

**Louis Pasteur**

### 1.3 L'opportunité d'évaluer par des indicateurs en soins infirmiers en rapport avec la tarification à l'activité

Aujourd'hui, que signifie «bien gérer un hôpital»? Les éléments qui fondent la gestion, c'est à dire qui la rendent possible, sont juridiques, financiers, statutaires et stratégiques. Cela suppose que les établissements de santé se dotent d'un système d'informations performant permettant le recueil et le traitement de données des activités médicales (au sens large) ainsi que la transmission d'informations issues de ce traitement. (Arrêté du 31/12/03).

Avec la TAA, il va falloir changer de logique car le gestionnaire devra tenir compte de plusieurs éléments concomitants: activité, recette, dépenses, contrôle de processus...

**La gestion hospitalière, fondée jusqu'alors sur une logique de moyens entre dans une logique de résultats.**

En ce qui concerne la gestion interne, la TAA va porter directement sur deux éléments fondateurs: les ressources et leur utilisation. Bien utiles à connaître pour un fonctionnement par pôles d'activités, où, le chef de pôle (médecin), le cadre soignant et administratif auront à gérer des recettes «vraies» c'est à dire liées à l'activité réelle. Dès lors, ils devront faire en sorte que l'activité soit **déclarée** en temps et heure.

Nous voyons là, une opportunité majeure de l'utilisation d'un indicateur d'activités en soins infirmiers et notamment un levier essentiel qui sera le travail en partenariat avec le médecin qui, nous pouvons l'espérer, sera plus attentif aux outils utilisés par la direction des soins. En effet, la TAA repose essentiellement sur les données du PMSI, mais elle est aussi basée sur le volume de l'activité développée par l'établissement et sur la nature de cette activité. Concernant ces points, les établissements qui utilisent un indicateur en soins sont en mesure d'apporter des informations pertinentes. Le «gestionnaire médecin» devrait trouver là une aide importante pour la valorisation la plus fine de l'activité du pôle.

Nous savons que les deux modes de nomenclature des actes médicaux ont été refondus la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) et le CDAM (catalogue des actes médicaux), en une nouvelle nomenclature, la CCAM (classification commune des actes médicaux.) Elaborée par l'Assurance Maladie et la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), en étroite collaboration avec les sociétés savantes, la CCAM constitue une liste d'actes codés, commune aux secteurs public et privé. Elle est utilisable dans le cadre du PMSI.

A terme, nous pouvons espérer que sera constitué un thésaurus d'actes par service et que cela pourra concerner l'ensemble des professions de santé ce qui permettra:

- de garantir la cohérence des systèmes d'information;
- de satisfaire les professionnels par l'utilisation d'un seul outil;
- de rationaliser la maintenance de cet outil.

Ce nouveau référentiel traduit la volonté de l'Assurance Maladie et des pouvoirs publics de moderniser le système actuel devenu inadapté.

Mais, comment introduire les actes infirmiers dans cette nomenclature pour obtenir des résultats totalement fiables? Rendre compte par des actes codifiés?

Nous pensons que l'utilisation d'un seul indicateur d'activités serait un élément favorisant à la prise en considération des données recueillies par les pouvoirs publics.

Le médecin responsable de la mission TAA, conduit la réflexion dans cette orientation. Cela laisse augurer de l'intérêt de l'utilisation d'un indicateur d'activités et entraîne la crédibilité de ces outils.

### **1.3.1 Quelle place pour la direction des soins dans la réforme de la tarification à l'activité?**

Comme nous avons pu le voir, le nouveau mode de financement est propice au développement d'un indicateur d'activité en soins infirmiers dans les établissements de santé. Puisqu'il y a obligation d'analyse et de gestion d'activité, la TAA va demander à être plus performant pour une logique de mesure des moyens mis en œuvre et de paiement à l'activité, renforcée par la Nouvelle gouvernance, «Hôpital 2007» concernant la contractualisation interne des hôpitaux et la mise en place des pôles d'activités.

La TAA prévoit le paiement au forfait par groupe homogène de séjour à partir du PMSI. L'implication des directions des soins est évidente et doit permettre d'intégrer la charge de travail en soins infirmiers. L'action des directions de soins devra porter sur le recentrage du temps de travail des personnels dédiés aux soins des malades pour alléger la charge financière en personnel qu'implique un séjour de patient. Cela nécessite du DS de se projeter sur l'amélioration des actions infirmières et de la prise en charge des patients, avec la mise en place d'outils tels que le RSI et la GPS.

La TAA se fonde sur le PMSI et devra intégrer deux dimensions: la qualité du service rendu et donc prendre en compte l'évaluation des pratiques professionnelles; intégrer l'ensemble des évaluations notamment celles réalisées par les indicateurs d'activités, afin de valoriser les actes faits et mettre en exergue la professionnalisation des acteurs.

Pour un DS être capable d'évaluer la charge en soins, c'est avoir le souci de l'équité, de la qualité, de la sécurité, de la rationalisation des dépenses de santé.

C'est la volonté de s'inscrire dans une démarche plus rationnelle.

Toutefois, nous sommes conscients que l'utilisation d'un indicateur est interdépendante du DS.

L'hôpital public est en pleine évolution. L'un des enjeux des directions des soins et de tous les cadres sera de bien identifier leurs responsabilités professionnelles de manière à les assumer pleinement et notamment, intégrer la dimension économique de ces activités.

L'opportunité n'a de sens que si elle est portée par le niveau supérieur (National), avec en plus une volonté des Directions générales des structures hospitalières.

Nous sommes là confrontés à une logique éminemment politique.

Nous pouvons penser que la nouvelle tarification à l'activité est une véritable opportunité pour un DS dans l'utilisation d'un indicateur d'activités.

Mais ne soyons pas dupes, le chemin à parcourir est encore long...

## CONCLUSION

Dans le contexte économique actuel, les restrictions budgétaires sont une réalité et le monde de la santé n'échappe pas aux effets de la pénurie. La seule intime conviction des besoins ressentis par les soignants d'une nécessité de personnels, de matériels, de techniques et de locaux ne suffit plus à convaincre ceux qui ont le pouvoir d'accéder à la demande.

La gestion à l'hôpital devient l'affaire de tous. La maîtrise des dépenses et les impératifs de la nouvelle tarification à l'activité, obligent tous les acteurs à une réflexion globale sur les finalités, les résultats et les limites de leurs actions. S'opère actuellement une véritable acculturation. La réflexion sur les améliorations, les transformations ne pourra se faire qu'en étroite association avec le corps médical.

Les efforts sont recentrés autour des résultats pour une gestion plus rationnelle et un management stratégique plus efficace afin que l'hôpital, structure complexe, soit efficient. Le soin reste la vocation première de l'hôpital. L'utilisation d'un indicateur d'activités en soins infirmiers comme outil de management stratégique, permet d'une part d'objectiver la production de soins, de la considérer comme une chaîne de prestations en relation avec le processus de prise en charge de chaque patient. Nous voyons là un levier de management intéressant avec la mise en place de la TAA; et la possibilité d'autre part, de dégager les grandes tendances pour évoluer vers des choix et des priorités, d'évaluer le travail et d'apprécier la connaissance de celui-ci.

Ainsi, l'enjeu premier pour un Directeur des soins est dans la capacité de pouvoir rendre compte d'une manière claire, de donner du sens à l'activité soignante, mais aussi de son efficacité et de son efficience.

Un défi est à relever, faire la preuve que la Direction des soins va apporter un plus à l'organisation des soins et aux malades. Cette Direction ne devra-t-elle pas être axée sur le futur et se focaliser sur des objectifs, sur une planification stratégique, être favorable à l'innovation, à de nouveaux développements, à dépasser la logique de service pour développer l'interdisciplinarité (être bons ensemble, pour le patient)?

Cette politique repose sur une conception des soins qui s'inscrit dans la politique de l'établissement.

Le directeur des soins doit assurer le «leadership» de la profession avec une influence sur des questions importantes dans le domaine de la santé, en tant qu'acteur social, politique et économique.

L'objectif de la réflexion menée dans ce mémoire était de fournir un éclairage à une situation jugée complexe, à laquelle nous serons confrontés en tant que directeur de soins. Les lectures nous ont enrichis d'un point théorique et nous aident à construire notre propre pensée et nous conduirons dans un avenir tout proche à répondre aux exigences de notre fonction et de l'environnement.

Alors, le management stratégique par l'utilisation d'indicateurs d'activités en soins infirmiers : Mythe ou Réalité?

Nous avons envie de répondre : les deux.

↳ **Réalité**, car le «terrain» et le contexte environnemental nous montrent que les indicateurs sont nécessaires à plus d'un titre.

↳ **Mythe**, dans une acception large, exprime des modèles de conduite, en même temps qu'il donne du sens.<sup>28</sup>

**« Le pessimisme est humeur, l'optimisme est volonté. »**

**Alain**

---

<sup>28</sup> CABIN P. Les mythes de l'entreprise. Sciences Humaines n°32, Octobre 1993.

---

## Bibliographie

---

### Textes législatifs et réglementaires :

Décret n°550 du 19 avril 2002 portant statut particulier des Directeurs de soins.

Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière : Articles L.710-4, -5.

Manuel d'accréditation des établissements de santé. Version novembre 2003

Ordonnance n°345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Ordonnance n°346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

### Ouvrages :

ABBAD J., *Organisation et management hospitalier*. Edition Berger Levrault, Mai 2001. 411p.

ALECIAN S., FOUCHER D., *Le management dans le service public*. Edition d'organisation, 2002. 446p.

BARTOLI A., *Le management dans les organisation publiques*. Dunod, 1997. 281p.

BERGER G., *Les pièges de l'évaluation*. Edition Universitaire-Mesonnance, 1987. 291p.

BERTHIER N., *Les techniques d'enquête en science sociale*. Armand Colin, 1998. 235p.

CARYN M., *La régulation hospitalière*. Edition Médica, 2000. 275p.

CLEMENT JM., *Les pouvoirs à l'hôpital*. Berger Levrault, 1995. 189p.

COCA E., *L'ISA et le PMSI: Comment gérer les établissement hospitaliers*. Berger Levrault, 1998. 253p.

CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*. Inter édition 1992 ; 315P ;

CROZIER M., FRIEDBERG E., *L'acteur et le système*. Essais point, 1997. 500p

HART J., MUCCHIELLI A., *Soigner l'hôpital, diagnostic de crise, traitement de choc*. Lamarre, 2002. 167p.

NIZARD G., *L'hôpital en turbulence*. Edition Privat, 1994. 183p.

NOGUES M., *Gestion hospitalière et régulation des dépenses de santé: la fin d'un conflit*. PUF, 2001. 126p.

PRAX JY., *Le guide du knowledge management*. Edition Dunod, 1998. 230p.

THEVENET M., *Le plaisir de travailler, favoriser l'implication des personnes*. Collection de l'institut Manpower, Paris: Jouve, 2001. 269p.

SAINSAULIEU R., *L'entreprise une affaire de société*. Presse de la fondation des sciences politiques, 1992. 350p.

ZARIFIAN P., *Travail et communication*. Sociologie d'aujourd'hui. Presse universitaire de France, 1996. 209p.

### **Revue/Périodiques :**

BONNEAU S. «La production des soins, un enjeu managérial». *Gestion hospitalière*, Février 1998, n°373, pp.95.

BUSSIERE C. «La maîtrise des dépenses de santé». *Regard sur l'actualité*, Février 2003, n°288, pp. 5.

CABIN.P. «Les mythes de l'entreprise». *Sciences Humaines*, Octobre 1993, n°32,

COURRAY TARGE S. «Les données du PMSI à visée stratégique». *Journal d'économie médicale*, 2001, n°7-8, vol.19, pp. 463-471

DUSSART E. «Le budget global à l'hôpital». *Entreprise moderne*, 1992, pp.11.

GUIDE du service infirmier. n°2. «Organisation et gestion du service infirmier», 1987, pp.5.

HEURARD JC. «L'évaluation, des mythes aux réalités». *Actualité et dossier en santé publique*, Décembre 1996,

LASCOL S. «Tarification à la pathologie». *Entreprise santé*, Avril 2003, n°44, p.36.

LEBRUN T, SAILLY JC. «L'évaluation en matière de santé». *Décision santé*, 1992, n°21.

MATHIEU M. «Soins infirmiers individualisés. Etude de charge, quelles motivations, quels enjeux?» *Soins*, 1996, n°20, p47.

POINDRON JY. «Dossier: qualité des soins: les outils confrontés à la pratique». *Espace social européen*, Février 1999, n°45, pp15-19.

POLTON D. «La maîtrise des dépenses de santé». *Le concours médical*, 1999, n°23, p1874.

SIOUFF P, MALLET M. «Evaluation de charge en soins». *Gestion hospitalière*, Janvier 2001, n°402, p26.

### **Mémoires:**

FIMA O. «La mesure en soins infirmiers». Fin d'études des infirmiers généraux. 1993.

LAISNAY G. «PRN, indicateur d'activité pour la gestion des soins infirmiers». Fin d'études des infirmiers généraux, 1994.

SERVAT M. «La détermination des effectifs soignants dans les établissements hospitaliers. Intérêt des études de charge en soins». Fin d'études des médecins inspecteurs en santé publique. 1992.

### **Cours ENSP:**

CARLIER. B. Le processus de prise de décision. Cours ENSP. Décembre. 2003

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 :

Grille d'entretien commune

Annexe 2 :

Grille de lecture des coefficients SIIPS

Annexe 3 :

Guide de mesure du PRN

Annexe 4 :

Exemple d'un résumé de soins infirmiers

Annexe 5 :

Exemple d'un chemin clinique

ANNEXE 1

Etablissement:

Personne interviewée (fonction dans l'institution)

**Question ouverte**

Pouvez-vous m'expliquer pourquoi vous utilisez un indicateur d'activités en soins infirmiers?

**Questions de relance**

Que retirez-vous de cette expérience?

Qu'est ce que l'utilisation de l'outil vous a apporté?

Quelles projections faites-vous pour l'avenir?

# Grilles de lecture des coefficients

Grille de lecture des coefficients S.I.I.P.S. (court séjour)

Fonction de soins	Coefficient 1	Coefficient 4	Coefficient 10	Coefficient 20
<b>Soins de base</b> Groupe de soins <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentation</li> <li>• Locomotion/mobilisation</li> <li>• Elimination</li> <li>• Hygiène et confort</li> </ul>	<b>Autonomie</b>	<b>Dépendance modérée</b> Dans au moins 2 groupes de soins <b>Aide ponctuelle</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Installation – Incitation</li> <li>• Petits soins d'hygiène</li> </ul>	<b>Dépendance majeure</b> Dans au moins 2 groupes de soins <b>Aide permanente ou réalisation de la quasi-totalité des soins</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boissons fréquentes</li> <li>• Aide pour le lever, la marche, la mise au fauteuil</li> <li>• Prévention d'escarres</li> <li>• Toilette</li> </ul>	<b>Dépendance totale</b> Dans au moins 2 groupes de soins <b>Suppléance totale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alitement permanent</li> <li>• Changes fréquents</li> <li>• Changements de position fréquents</li> <li>• Enfant de 0 à 3 ans</li> </ul>
<b>Soins techniques (prédominance de soins)</b>	<b>Soins légers</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prélèvements ou injections <math>\leq</math> 4/24 h</li> <li>• Surveillance des constantes <math>\leq</math> 4/24 h</li> <li>• Médicaments per os : distribution et aide à la prise</li> <li>• Tubage</li> <li>• Pose de Holter</li> <li>• Soins de bouche</li> <li>• Instillation oculaire</li> <li>• E.C.G.</li> </ul>	<b>Soins courts</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prélèvements ou injections : 4 à 6/24 h</li> <li>• Perfusion simple</li> <li>• Cathétérisme veineux</li> <li>• Surveillance des constantes 4 à 8/24 h</li> <li>• Surveillance de drains</li> <li>• Surveillance de sonde</li> <li>• Surveillance d'irrigation</li> <li>• Aérosol</li> <li>• Soins pré-opératoires</li> <li>• Aide pour ponction-biopsie</li> <li>• Pose de sonde vésicale</li> <li>• Pansement simple</li> </ul>	<b>Soins lourds</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irrigation continue</li> <li>• Aide dans :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– cathétérisme cardiaque;</li> <li>– trachéotomie;</li> <li>– plasmaphérèse;</li> <li>– ponction complexe.</li> </ul> </li> <li>• Pansement complexe</li> <li>• Extension pour fracture</li> </ul> <b>Soins légers et courts répétés</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance constantes &gt; 8/24 h</li> <li>• Injections répétées &gt; 6/24 h</li> </ul>	<b>Soins très lourds</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusion lourde + diurèse</li> <li>• + surveillance constantes /heure</li> <li>• Pansements lourds et/ou répétés &gt; 3/24 h</li> <li>• Aspirations itératives</li> <li>• Assistance continue</li> </ul>
<b>Soins relationnels et éducatifs (personne soignée et/ou la famille)</b>	<b>Autonomie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information succincte et ponctuelle</li> <li>• Instruction sur un problème de santé, un régime</li> <li>• Observation des comportements</li> </ul>	<b>Dépendance modérée</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reformulation et explications</li> <li>• Informations d'aide contre :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– l'angoisse;</li> <li>– la solitude;</li> <li>– la vie hospitalière.</li> </ul> </li> <li>• Relation d'aide à la vie quotidienne</li> </ul>	<b>Dépendance majeure</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide dans les situations et relations difficiles comme la dépression, angoisse majeure</li> <li>• Stimulations fréquentes pour reprise de conscience</li> <li>• Apprentissage de nouveaux comportements, d'auto-soins à la personne soignée ou à la famille.</li> </ul>	<b>Dépendance totale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accompagnement en situation de crise :               <ul style="list-style-type: none"> <li>– désorientation;</li> <li>– agitation extrême;</li> <li>– décès...</li> </ul> </li> </ul>

Grille de lecture des coefficients en S.S.R.

Fonction de soins	Coefficient 1	Coefficient 4	Coefficient 10	Coefficient 20
<p><b>Soins de base</b> Groupe de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentation</li> <li>• Locomotion</li> <li>• Elimination</li> <li>• Hygiène et confort</li> </ul>	<p><b>Autonomie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information succincte et ponctuelle</li> <li>• Instruction sur un problème de santé, un régime</li> <li>• Observation des comportements</li> <li>• Entretien</li> <li>• Conseils et explications des gestes élémentaires d'hygiène</li> <li>• Instructions sur un problème de santé</li> </ul>	<p><b>Dépendance modérée</b> <b>Dans au moins 2 groupes de soins de soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide ponctuelle ou occasionnelle</li> <li>• Pose étui pénien 1/24 h</li> <li>• Contrôle de l'élimination</li> <li>• Installation – Incitation</li> <li>• Petits soins d'hygiène</li> <li>• Soins de l'apparence (maquillage, coiffure)</li> <li>• Pesée fréquente avec 2 aides</li> </ul>	<p><b>Dépendance majeure</b> <b>Dans au moins 2 groupes de soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide permanente ou réalisation de la quasi-totalité des soins</li> <li>• Boissons fréquentes</li> <li>• Aide pour le lever, la marche, la mise au fauteuil</li> <li>• Prévention d'escarres</li> <li>• Toilette complète</li> </ul>	<p><b>Dépendance totale</b> <b>Dans au moins 2 groupes de soins</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Suppléance totale *</li> <li>• Alitement permanent</li> <li>• Changes fréquents</li> <li>• Changements de position fréquents</li> <li>• Aide pour le lever, la marche, la mise au fauteuil (2 aides)</li> <li>• Enfant de 0 à 3 ans</li> </ul>
<p><b>Soins relationnels et éducatifs (personne soignée et/ou la famille)</b></p>	<p><b>Autonomie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information succincte et ponctuelle</li> <li>• Instruction sur un problème de santé, un régime</li> <li>• Observation des comportements</li> <li>• Entretien</li> <li>• Conseils et explications des gestes élémentaires d'hygiène</li> <li>• Instructions sur un problème de santé</li> </ul>	<p><b>Dépendance modérée</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incitation à l'expression et écoute</li> <li>• Prise en charge de : l'angoisse, la solitude, de l'avenir, resocialisation</li> <li>• Aide à la pratique de ses croyances</li> <li>• Incitation à prendre soin de son apparence</li> <li>• Expliciter la vie pratique dans la structure</li> <li>• Relation d'aide à la vie quotidienne</li> <li>• Surveillance des comportements</li> <li>• Conseil d'éducation sexuelle</li> <li>• Réapprentissage de la socialisation, de l'intégration dans un groupe</li> <li>• Aide à la formation, à la culture générale</li> <li>• Surveillance d'auto-soin 1/24 h</li> <li>• Apprentissage des aides techniques</li> </ul>	<p><b>Dépendance majeure</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstitution de l'image de soi</li> <li>• Difficultés majeures de communication avec prise en charge (réexplications, reformulations)</li> <li>• Accompagnement du dépressif</li> <li>• Guidance du patient (espace, temps, troubles cognitifs)</li> <li>• Soins compliqués par troubles mineurs du comportement (opposition)</li> <li>• Reconditionnement urinaire et fécal</li> <li>• Réapprentissage d'une vie sexuelle en tenant compte des déficiences</li> <li>• Apprentissage des auto-soins &lt; 4/24 h</li> <li>• Surveillance auto-soin &gt; 1/24 h</li> </ul>	<p><b>Dépendance totale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Communication non verbale : stimulation verbale et/ou gestuelle pour reprise de conscience</li> <li>• Accompagnement majeur (soins palliatifs)</li> <li>• Fugueur</li> <li>• Soins face au refus du handicap</li> <li>• Soins compliqués par des troubles majeurs du comportement</li> <li>• Impossibilité de comprendre la situation</li> <li>• Prise en charge totale en l'absence d'un tiers</li> <li>• Apprentissage auto soins &gt; 4/24 h</li> </ul>

Grille de lecture des coefficients en S.S.R. (suite)

Fonction de soins	Coefficient 1	Coefficient 4	Coefficient 10	Coefficient 20
<p><b>Soins techniques</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prélèvements ou injections I à 4/24 h</li> <li>• Surveillance des constantes &lt; 3/24 h</li> <li>• Médicaments per os : distribution et aide à la prise</li> <li>• Pose de Holter</li> <li>• Soins de bouche</li> <li>• Lavage d'oreilles</li> <li>• Instillation oculaire</li> <li>• Pose de stimulateur électrique musculaire ou antalgique</li> <li>• E.C.G.</li> </ul>	<p><b>Soins courts</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prélèvements répétés &gt; 4/24 h</li> <li>• Injections : 4 à 6/24 h</li> <li>• Perfusion simple</li> <li>• Cathétérisme veineux</li> <li>• Surveillance des constantes 4 à 8/24 h</li> <li>• Surveillance de drains, de sonde</li> <li>• Surveillance d'irrigation</li> <li>• Aérosol</li> <li>• Soins pré-opératoires</li> <li>• Aide pour ponction-biopsie</li> <li>• Pansement simple</li> <li>• Soins de bouche complexes (difficulté d'ouverture de la bouche, risque de fausse route)</li> <li>• Pose d'une S.A.D.</li> <li>• Sondage vésical évacuateur difficile (obésité, spasticité)</li> <li>• Aide à la prise de médicaments chez une personne difficile</li> <li>• Prélèvement chez un enfant</li> <li>• Surveillance d'urétérostomie et de cystocath</li> <li>• Soins périnéaux</li> <li>• Evaluation du résidu post-mictionnel</li> </ul>	<p><b>Soins lourds</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Irrigation continue</li> <li>• Cathétérisme cardiaque</li> <li>• Trachéotomie</li> <li>• Plasmaphérèse</li> <li>• Ponction complexe</li> <li>• Pansement complexe</li> <li>• Extension pour fracture</li> <li>• Installation de surveillance de patients en assistance respiratoire</li> <li>• Sondes naso-gastriques &gt; 4/24 h</li> <li>• Aide à EEG, fibroscopie, ponction pleurale</li> <li>• Pose de produits sanguins</li> <li>• Pansements complexes</li> <li>• Poses d'attelle de posture, d'orthèse ou prothèse complexes répétées et surveillance</li> <li>• Lavages vésicaux répétés</li> <li>• Evacuation manuelle des selles</li> </ul> <p><b>Soins légers et courts répétés</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surveillance constantes &gt; 8/24 h</li> <li>• Injections répétées &gt; 6/24 h</li> <li>• Hétéro-sondages &gt; 5/24 h</li> </ul>	<p><b>Soins très lourds</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfusion lourde + diurèse</li> <li>• Surveillance constantes/heure</li> <li>• Pansements lourds et répétés &gt; 3/24 h</li> <li>• Aspirations itératives</li> <li>• Assistance continue</li> <li>• Rééducation mictionnelle</li> <li>• Soins liés à la sexualité</li> </ul>	

**FORMULE DE MESURE DU NIVEAU  
DE SOINS INFIRMIERS REQUIS**

RESPIRATION	
Humidification de l'air inspiré.....	1
Exercices respiratoires..... Guider et diriger.....	2
Exercices respiratoires..... Prés.const. 1-6 fois.....	4
Exercices respiratoires..... Prés.const. 7 fois ou +.....	12
Exercices physio- respiratoires..... Prés.const.1-2 fois.....	4
Exercices physio- respiratoires..... Prés.const.3-6 fois.....	12
Exercices physio- respiratoires..... Prés.const. 7 fois ou +.....	21
Aérosiothérapie..... Guider et diriger 1-3 fois.....	4
Aérosiothérapie..... Guider et diriger + de 3 fois.....	6
Aérosiothérapie..... Présence constante.....	12
Aspiration des sécrétions..... 1-6 fois.....	3
Aspiration des sécrétions..... 7-19 fois.....	6
Aspiration des sécrétions..... 20-47 fois.....	13
Aspiration des sécrétions..... 48 fois ou +.....	24
Soins au patient trachéotomisé..... Guider et diriger.....	1
Soins au patient trachéotomisé..... Aide partielle ou complète.....	4
Soins au patient intubé..... 1-2 fois.....	2
Soins au patient intubé..... 3 fois ou +.....	7
Ventilation manuelle..... 1-11 fois.....	3
Ventilation manuelle..... 12 fois ou +.....	7
Oxygénothérapie..... Sonde nasale/masque/funette.....	3
Oxygénothérapie..... Hood/incubateur/cloche O <sup>2</sup> .....	6
Ventilation assistée.....	15

ALIMENTATION	
Alimentation et hydratation per os.nouv.-né/nour. aide part.....	10
Alimentation et hydratation per os.nouv.-né/nour. aide compl.....	19
Alimentation nouveau-né/hourrisson cond. part.....	40
Alimentation et hydratation per os.Patient autonome.....	2
Alimentation et hydratation per os.Aide partielle.....	5
Alimentation et hydratation per os.Aide complète.....	15
Hydratation per os.....	3
Expression de lait..... Guider et diriger.....	2
Expression de lait..... Aide complète.....	10
Alimentation et hydratation entérale.Gav. en perm.avec pompe.....	4
Alimentation et hydratation entérale.Gav. en perm.sans pompe.....	6
Alimentation ..Gavage en perm sans pompe (néonate).....	10
Alimentation et hydratation entérale.Gavage intervalles 1-6 fois.....	6
Alimentation et hydratation entérale.Gav. intervalles 7 fois ou +.....	10
Alimentation et hydratation entérale.Gav.intervalles prés.const.....	14
Alimentation.Gavage en continu..... par nutripompe réfrigérée.....	10

ELIMINATION	
Urinal..... 1-3 fois.....	1
Urinal..... 4-7 fois.....	2
Urinal..... 8 fois ou +.....	4
Bassin de lit ou Urinal pour femmes..... 1-3 fois.....	2
Bassin de lit ou Urinal pour femmes..... 4-7 fois.....	5
Bassin de lit ou Urinal pour femmes..... 8 fois ou +.....	9
Assistance aux toilettes..... 1-2 fois.....	2
Assistance aux toilettes..... 3 fois ou +.....	5
Soins d'incontinence..... 1-3 fois.....	3
Soins d'incontinence..... 4-7 fois.....	6
Soins d'incontinence..... 8 fois ou +.....	11
Couches/culottes (0-4 ans).....	6
Soins externes de sonde vésicale/étui pénien.....	2
Entretien de stomie..... 1 stomie.....	6
Entretien de stomie..... 2 stomies ou +.....	15
Soins de colostomie..... 1 fois.....	6
Soins d'iléostomie..... 1 fois.....	9

HYGIENE	
Soins d'hygiène aux nourrissons nouveaux-né..... 1 fois.....	3
Soins d'hygiène aux nourrissons nouveaux-né..... 2 fois ou +.....	6
Soins d'hygiène..... Pat. aut. 1 fois.....	2
Soins d'hygiène..... Pat. aut. 2 fois ou +.....	4
Soins d'hygiène..... Aide partielle 1 fois.....	4
Soins d'hygiène..... Aide partielle 2 fois ou +.....	7
Soins d'hygiène..... Aide complète(lit) 1 fois.....	7
Soins d'hygiène..... Aide complète(baignoire) 1 fois.....	9
Soins d'hygiène..... Aide complète(baign/lit) 2 fois ou +.....	16
Soins d'hygiène avant hydrothérapie.. Brûlé prép. du patient.....	8
Soins d'hygiène et hydrothérapie..... Brûlé prés.const. 1.....	11
Soins d'hygiène et hydrothérapie..... Brûlé prés.const. 2 fois.....	19
Soins d'hygiène préventifs..... 1-3 fois ou +.....	1
Soins d'hygiène préventifs..... 4 fois ou +.....	2
Hygiène buccale..... 4-11 fois.....	1
Hygiène buccale..... 12 fois ou +.....	3
Rasage de barbe ou soins de beauté.....	2
Lavage de tête..... Lavage simple.....	3
Lavage de tête..... Lav. simple et coupe cheveux.....	6
Lavage de tête..... Extraction d'adhérences.....	9
Aide à l'habillement.....	3
Aide à l'habillement..... Clientèle dysfonctionnelle.....	5

METHODES DIAGNOSTIQUES		
Observation minimale.....	1-11 fois.....	1
Observation modérée.....	12-39 fois.....	2
Observation fréquente.....	40-59 fois.....	5
Observation importante.....	60-99 fois.....	10
Observation intensive.....	100 fois ou +.....	19
Observation constante exclusive.....	24h/24h.....	48
Observation psychiatrique constante.....	24h/24h.....	72
Signes vitaux.....	1-3 fois.....	1
Signes vitaux.....	4-14 fois.....	3
Signes vitaux.....	15-30 fois.....	8
Signes vitaux.....	31 fois ou +.....	18
Signes vitaux (T.A.d/a.C.).....	1-6 fois.....	3
Signes vitaux (T.A.d/a.C.).....	7 fois ou +.....	7
Signes neurologiques.....	1-11 fois.....	2
Signes neurologiques.....	12 fois ou +.....	6
Signes vasculaires.....	1-7 fois.....	3
Signes vasculaires.....	8 fois ou +.....	12
Ligne artérielle périphérique.....		4
Pression veineuse centrale.....	1-11 fois.....	4
Pression veineuse centrale.....	12 fois ou +.....	10
Lignes pulmonaire artérielle.....	1-18 fois.....	10
Lignes pulmonaire artérielle.....	19 fois ou +.....	19
Mesure du débit cardiaque (technique Swan Ganz).....	1-8 fois..	7
Mesure du débit cardiaque.....	9 fois ou +.....	17
Ballon intraortique.....		13
Mesure de pression intracrânienne.....		14
Evaluation : coeur foetal ou contractions utérines.....		2
Evaluation : coeur foetal avec ou sans stimulation.....		8
Dosage entrées et sorties.....	1-19 fois.....	1
Dosage entrées et sorties.....	20-65 fois.....	4
Dosage entrées et sorties.....	66 fois ou +.....	8
Pesée ou mensuration.....	1 intervenant.....	1
Pesée ou mensuration.....	2 intervenants ou +.....	2
Collecte de 24 heures : selles ou expectorations.....		1
Collecte de 24 heures : urine.....		2
Prélèvement : sécrét./urine/selles.....	1-5 fois.....	1
Prélèvement : sécrét./urine/selles.....	6 fois ou +.....	2
Prélèvement : culture d'urine.....	Guider et diriger.....	2
Prélèvement : culture d'urine.....	Aide compl. 1-2 fois.....	2
Prélèvement : culture d'urine.....	Aide compl. 3 fois ou +.....	5
Prélèvement et ensemencement des sécrétions oculaires.....		3
Prélèvement : sang.....	1-3 fois.....	2
Prélèvement : sang.....	4-8 fois.....	6
Prélèvement : sang.....	9 fois ou +.....	13
Test simple sur place.....	1 - 8 fois.....	2
Test simple sur place.....	9 fois ou +.....	6
Mesure de la PO <sup>2</sup> ou PCO <sup>2</sup> cutanée.....		3
Surveillance respiratoire.....	1 - 4 fois.....	1
Surveillance respiratoire.....	5 fois ou +.....	4
Assister : examen ou Rx.....	1-2 fois.....	2
Assister : examen ou Rx.....	3 fois ou +.....	4
Assister : procédure médicale.....	1 fois.....	8
Assister : procédure médicale.....	2 fois ou +.....	16

MOBILISATION		
Lever ou mobiliser avec aide.....	1-2 intervenants.....	4
Lever et mobiliser avec aide.....	1-2 intervenants.....	6
Lever et/ou mobiliser avec aide.....	3 intervenants ou +.....	9
Friction et installation (4 fois ou +).....	1-2 intervenants.....	7
Friction et installation (4 fois ou +).....	3 intervenants.....	16
Exercices musculaires (passifs ou actifs) Présence constante.....		4
Exercices musculaires structurés(P ouA) Présence constante.....		10
Moyens de protection physique.....		4

COMMUNICATION		
Communication de soutien.....		3
Collecte de données : Collecte intermittente.....		3
Collecte de données : Entrevue initiale ou évaluation spécifique.....		9
Enseignement au patient et/ou aux proches.....	1 fois.....	3
Enseignement au patient et/ou aux proches.....	2-3 fois.....	7
Enseignement au patient et/ou aux proches.....	4 fois ou plus.....	10
Relation d'aide : minimale.....	Moins d'une heure.....	6
Relation d'aide : modérée.....	1-2 heures.....	12
Relation d'aide : intense.....	Plus de 2 heures.....	24

TRAITEMENT		
Médicaments : préparation des trait.gérés quotid./le patient...	2	
Médicaments : PO/IR/Ovu/Ong/Gttes.1-4 fois.....	1	Soins de varices oesophagiennes ou gastrique..... 8
Médicaments : PO/IR/Ovu/Ong/Gttes.5-14 fois.....	3	Irrigation gastrique avec de l'eau glacée (4000 cc)..... 24
Médicaments : PO/IR/Ovu/Ong/Gttes.15-24 fois.....	4	Irrigation de colostomie..... 4
Médicaments : PO/IR/Ovu/Ong/Gttes.25 fois.....	5	Irrigation de colostomie..... présence constante ..... 7
Médicaments : IM/SC/ID..... 1-3 fois.....	1	Rasage ..... 1-20%..... 3
Médicaments : IM/SC/ID..... 4-7 fois.....	3	Rasage ..... 21-65%..... 6
Médicaments : IM/SC/ID..... 8 fois ou +.....	6	Rasage ..... 66% ou +..... 12
Médicaments : IV..... 1-3 fois.....	2	Préparation aseptique de la peau..... 1-20%..... 2
Médicaments : IV..... 4-10 fois.....	5	Préparation aseptique de la peau..... 21-65%..... 4
Médicaments : IV..... 11-15 fois.....	9	Préparation aseptique de la peau..... 66% ou +..... 8
Médicaments : IV..... 16-30 fois.....	15	Traction, prothèse, bas..... 1-2 fois..... 2
Médicaments : IV..... 31 fois ou +.....	24	Traction, prothèse, bas..... 3 fois ou +..... 4
Médicaments : IV préparés..... 1-5 fois.....	2	Combinaison à pression pneumatique (MAST)..... 4
Médicaments : IV préparés..... 6-9 fois.....	4	Vessie à glace cryogel ou tunnel réfrigéré ..1-2 vessie..... 2
Médicaments : IV préparés..... 10 fois ou +.....	7	Vessie de glace..... 3 vessies ou +..... 6
Perfusion IV ou SC : Installation .....1installation.....	4	Couverture hypo ou hyperthermique(lampe, incubateurs...)..... 5
Perfusion IV ou SC : Installation ..... 2 installations ou +.....	7	Mèche ou pansement à enlever..... 1
Perfusion IV en permanence..... 1 perfusion.....	4	Point ou plâtre à enlever..... 3
Perfusion IV en permanence..... 2 perfusions.....	8	Plaie à l'aire/lampe..... 1-8 fois..... 2
Perfusion IV en permanence..... 3-6 perfusions.....	14	Plaie à l'aire/lampe..... 9 fois ou +..... 6
Perfusion IV en permanence..... 7 perfusions ou +.....	19	Pansement sec ou humide ..... 1-2 fois..... 2
Perfusion : sang et dérivés..... 1-2 transfusions.....	6	Pansement sec ou humide..... 3-6 fois..... 5
Perfusion : sang et dérivés..... 3 transfusions ou +.....	15	Pansement sec ou humide..... 7 fois ou +..... 8
Alimentation parentale total.....	8	Pansement : plaie avec écoulement..... 1-2 fois..... 3
Soins externes de ventriculostomie( délivration LCR externe).....	5	Pansement : plaie avec écoulement..... 3-6 fois..... 9
Dialyse péritonéale ambulatoire.....	20	Pansement : plaie avec écoulement..... 7 fois ou +..... 24
Dialyse péritonéale intermittente ..... 1/17 cycles.....	32	Onguent..... 30% ou +..... 8
Dialyse péritonéale intermittente ..... 18 cycles et +.....	70	Onguent avec enveloppement..... 30% ou +..... 17
Hémodialyse.....	21	Pansement : régénération de la peau..... 1-2 fois..... 7
Hémofiltration.....	39	Pansement : régénération de la peau..... 3 fois ou +..... 18
Sonde ou cathéter : Installation..... 1-2 fois.....	3	Débridement de plaie..... 6
Sonde ou cathéter : Installation..... 3 fois ou +.....	6	Greffe cutanée..... 6
Sonde(s)/tube(s) : ouvrir /fermer ou inst. du tube.....	1	Onguent : brûlé..... 1-20%..... 10
Drainage libre..... 1-2 tubes.....	1	Onguent : brûlé..... 21-45%..... 22
Drainage libre..... 3 tubes ou +.....	2	Onguent : brûlé..... 46-70%..... 42
Drainage sous l'eau(circuit fermé)..... 1 flacon.....	3	Onguent : brûlé..... 71% ou +..... 72
Drainage sous l'eau(circuit fermé)..... 2 flacons ou +.....	6	Pansement : brûlé..... 1-14%..... 10
Drainage avec aspiration..... 1-2 flacons.....	3	Pansement : brûlé..... 15-26 fois..... 20
Drainage avec aspiration..... 3-4 flacons.....	6	Pansement : brûlé..... 27-45 %..... 36
Drainage avec aspiration..... 5 flacons ou +.....	8	Pansement : brûlé..... 46-70%..... 72
Manipulation de drains thoraciques.....	3	Pansement : brûlé..... 71% ou +..... 98
Irrigation : toutes sortes..... 1-2 fois.....	2	Technique de précautions : limitée..... 3
Irrigation : toutes sortes..... 3-6 fois.....	4	Technique d'isolement : étendue ou protectrice..... 10
Irrigation : toutes sortes..... 7-12 fois.....	6	Technique d'isolement : Total et stérile..... 20
Irrigation : toutes sortes..... 13-19 fois.....	8	
Irrigation : toutes sortes..... 20 fois ou +.....	14	

## ANNEXE 4

### RÉSUMÉ DE SOINS INFIRMIERS (R.S.I.)

Unité de Soins : Pneumologie  
Code UF : ...0002...

#### ÉTIQUETTE

Nom : R.....  
Prénom : B.....

Date d'entrée : 14/03/1996

Durée du séjour : 8 Jours

Date de sortie : 22/03/1996

#### DIAGNOSTICS ET INTERVENTIONS INFIRMIÈRES

DIAGNOSTICS INFIRMIERS (1)	Date	INTERVENTIONS (2)
1. Risque d'atteinte à l'intégrité de la peau	15/3/96	1. Accueil
2. Incapacité totale / effectuer autosoins	15/3/96	2. Administration de médicaments par voie parentérale / Perfusion - injections
3. Anxiété	15/3/96	3. Aide aux soins personnels : hygiène
4. Altération de la communication verbale	15/3/96	4. Soutien psychologique
5. Risque de fausse route	15/3/96	5. Soutien famille

#### INTENSITÉ DES SOINS : S.I.I.P.S.

	1 à 7 j	8 à 14 j	15 à 21 j	22 à 28 j	TOTAL
Soins de Base	20	20			20
Soins Techniques	4	4			4
Soins Éducatifs et Relationnels	10	10			10
	Total /60				34

#### DIAGNOSTICS MÉDICAUX

- B.P.C.O. (Broncho PneumoPathie Chronique Obstructive)
- A.V.C. (Accident Vasculaire cérébral) le 15/3/96

(1) Taxonomie NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) / AFEDI (Association Francophone Européenne de Diagnostics Infirmiers).

(2) Classification des interventions J.C. Mc Closkey et G.M. Bulechek.2

ANNEXE 5

CHEMINEMENT CRITIQUE: INFARCTUS DU MYOCARDE SANS COMPLICATION DRG 122  
(6 JOURS OU 8 JOURS)

Date	Jour 0	Jour 1	Jour 2	Jour 3	Jour 4	Jour 5	Jour 6	Jour 7	Jour 8	
PRÉVÈNEMENTS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Labo d'admission</li> <li>• CK-MB q 8 x 48 h</li> <li>• Bilan lipidique</li> <li>• PT-PTT si héparine</li> <li>• Protocole STK ou RTPA</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E'</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E'</li> <li>• Enzymes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• +/- E'</li> <li>• Planifier pour PCA ou PTCA, s'il y a lieu</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• +/- ECG</li> <li>• EESM ou MIDI (ou Th. effort)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• +/- ECG</li> <li>• +/- ECG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• +/- ECG</li> </ul>		
EXAMENS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG</li> <li>• Ix pour bilan</li> <li>• Céduler écho ▼, VIR coron. EESM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eupnéique</li> <li>• Poumons clairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG</li> <li>• Echo possible</li> <li>• Coron. possible</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECG</li> <li>• VIR et/ou écho</li> </ul>						
PROTOCOLE ET TRAITEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L.N. 2L/mh x 24 hrs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérer thrombolytique</li> <li>• Nitro I.V. (Protocole)</li> <li>• Héparine I.V. (Protocole)</li> <li>• B-Bloc, ASA</li> <li>• Tylnol, Colace</li> <li>• Accès I.V. (T.V.O)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eupnéique</li> <li>• Poumons clairs</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considérer sauvages</li> <li>• Transf. étage</li> <li>• Planification de la suite du séjour</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cesser I.V.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congé à domicile (si sur 6 jours)</li> <li>• Guide médication départ remis</li> <li>• Date prochain r.-v. donné</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congé à domicile (si sur 8 jours)</li> <li>• Guide de médication départ remis</li> <li>• Date prochain r.-v. donné</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congé à domicile (si sur 6 jours)</li> <li>• Guide médication départ remis</li> <li>• Date prochain r.-v. donné</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congé à domicile (si sur 8 jours)</li> <li>• Guide de médication départ remis</li> <li>• Date prochain r.-v. donné</li> </ul>	
ÉVALUATION DES SIGNES ET SYMPTÔMES CLINIQUES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniteur ▼</li> <li>• Contrôle arythmies</li> <li>• S. Neuro inchangés</li> <li>• Évaluation douleur</li> <li>• Stabilité hémodynamique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniteur ▼</li> <li>• Pas arythmies majeures</li> <li>• Ø DRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniteur ▼</li> <li>• Contrôle DRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Moniteur ▼</li> <li>• Pas arythmies majeures</li> <li>• Ø DRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Télémétrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Télémétrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• +/- Télémétrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• +/- Télémétrie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• +/- Télémétrie</li> </ul>	
CONSULTATION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cardiologie</li> </ul>									
ACTIVITÉS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Repos au lit</li> <li>• Bain complet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étape 2</li> <li>• Aïds partielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étape 3</li> <li>• Aïds partielle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étape 4</li> <li>• Autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étape 5</li> <li>• Autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étape 6</li> <li>• Autonomie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Étape 7</li> <li>• Autonomie</li> </ul>			
DIÈTE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logé modifiée en gras et sans sel dans plateau</li> <li>• Limite liquidienno &lt; 2000 mL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modifié en gras et Ø sel dans plat.</li> <li>• Limite Liq. &lt; 2000 mL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S. social PRN (évaluation retour à domicile)</li> <li>• Aïds</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement 1<sup>er</sup> étape</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement 2<sup>e</sup> étape</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement complet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement complet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement complet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseignement complet</li> </ul>	
PSYCHO-SOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Appareillage hospitalisation (retour à l'U.C.)</li> <li>• Réponse émotionnelle à l'infarctus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussion du chem. crit. et plan de TX</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suggérer stratégies pour contrôle du stress</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire verbaliser sur retour à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amener à pratiquer techniques de relaxation</li> <li>• Famille avisée date prob. congé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conflant face au retour à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigné par cardiologue sur conduite auto</li> <li>• retour travail</li> <li>• technique prise du pouls</li> <li>• Révision de méd. de départ</li> <li>• Vérifier l'attente des résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigné par cardiologue sur conduite auto</li> <li>• retour travail</li> <li>• technique prise du pouls</li> <li>• Révision de méd. de départ</li> <li>• Vérifier l'attente des résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigné par cardiologue sur conduite auto</li> <li>• retour travail</li> <li>• technique prise du pouls</li> <li>• Révision de méd. de départ</li> <li>• Vérifier l'attente des résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigné par cardiologue sur conduite auto</li> <li>• retour travail</li> <li>• technique prise du pouls</li> <li>• Révision de méd. de départ</li> <li>• Vérifier l'attente des résultats</li> </ul>
ENSEIGNEMENT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• S'assurer que connaît raison d'admission</li> <li>• Sensibiliser à signaler rapidement DRS à l'infirmière</li> <li>• Expliquer la reprise graduelle des activités</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation des connaissances</li> <li>• Remise du doc. d'enseignement</li> <li>• Renseigner sur examens cédulés</li> <li>• Début enseignement</li> <li>• Physiologie du cœur</li> <li>• Infarctus (développement, prédictif)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suite enseignement</li> <li>• Cœur</li> <li>• Infarctus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'amener à trouver des moyens pour contrôler ses facteurs de risque</li> <li>• Signes et symptômes angine vs infarctus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire verbaliser sur retour à domicile</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amener à pratiquer techniques de relaxation</li> <li>• Famille avisée date prob. congé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigné par cardiologue sur conduite auto</li> <li>• retour travail</li> <li>• technique prise du pouls</li> <li>• Révision de méd. de départ</li> <li>• Vérifier l'attente des résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigné par cardiologue sur conduite auto</li> <li>• retour travail</li> <li>• technique prise du pouls</li> <li>• Révision de méd. de départ</li> <li>• Vérifier l'attente des résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigné par cardiologue sur conduite auto</li> <li>• retour travail</li> <li>• technique prise du pouls</li> <li>• Révision de méd. de départ</li> <li>• Vérifier l'attente des résultats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renseigné par cardiologue sur conduite auto</li> <li>• retour travail</li> <li>• technique prise du pouls</li> <li>• Révision de méd. de départ</li> <li>• Vérifier l'attente des résultats</li> </ul>
PT/FAMILLE										