Zeitschrift: La Croix-Rouge suisse
Herausgeber: La Croix-Rouge suisse
Band: 80 (1971)
Heft: 7

Artikel: Étude pilote sur les besoins des malades en soins infirmiers
Autor: [s.n.]
DOI: https://doi.org/10.5169/seals-683637

Nutzungsbedingungen
Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation
L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use
The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Etude pilote sur les besoins des malades en soins infirmiers

A l'instigation de l'Association suisse des infirmières et infirmiers diplômés (ASID) et en collaboration avec l'OMS, la Commission consultative de l'Etude des soins infirmiers travaille depuis plus de cinq ans pour tenter de trouver des solutions à la pénurie de personnel paramédical. En octobre 1967, nous avions déjà fait part à nos lecteurs d'une première enquête menée dans divers hôpitaux. La Commission consultative a publié, en mars 1971. un compte rendu d'une deuxième recherche qui a eu lieu en 1969:

«*Il s'agit*», lit-on dans l'introduction de cette étude pilote, «*d'une analyse des activités du personnel soignant permettant de déterminer sur des bases statistiques l'emploi du temps du personnel soignant et la répartition des tâches entre les catégories de ce personnel.*»

Pendant quatre mois, cette enquête a porté sur 4 unités de soins (2 unités de soins intensifs et 2 unités de type traditionnel) des services de médecine de deux hôpitaux universitaires, soit sur un total de 630 malades ou de 3738 journées d'hospitalisation.

Les malades ont été classés en trois catégories:

— *la catégorie 1 représente les malades pratiquement indépendants des soins et autres prestations;*
— *la catégorie 3 représente les malades totalement dépendants des soins et dans un état grave ou critique;*
— *la catégorie 2 représente les malades semi-dépendants, situés entre les deux extrêmes.*

L'introduction ajoute: «*Cette méthode de classification des malades apporte des bases utiles pour*

— *l'estimation des besoins des malades en soins,*
— *la dotation de l'unité en personnel soignant,*
— *l'établissement d'un plan de travail favorable au système des soins donnés en équipe,*
— *l'établissement de plans de soins individuels pour chaque malade,*
— *le rassemblement de données pouvant être utiles à d'autres recherches.*»

Cette méthode a cependant des *limitations* qu'il faut signaler; par exemple, elle ne permet pas de fixer ou d'estimer:

— «*la qualité des soins et le bien-être du malade,*
— *la satisfaction du malade ou du personnel en relation avec les soins,*
— *la relation entre la dotation de l'unité de soins en personnel et la qualité des soins,*
— *les besoins psycho-sociaux des malades,*
— *l'efficacité de la gestion d'une unité de l'hôpital (system-analysis).*»

Voici les considérations et les conclusions de l'étude pilote, suivies de suggestions.

1. Adaptation de la méthode aux conditions suisses

Le but principal de cette étude était de chercher à adapter une méthode de classement quotidien des malades selon leur dépendance des soins et de mesure de la durée des soins directs dans 4 unités de médecine de deux hôpitaux. Cette méthode permet de classer les malades en trois catégories de dépendance et démontre qu'il y a une relation directe entre le degré de dépendance et le temps pris par les soins. Il est donc possible de calculer la dotation quotidienne d'une unité de soins en personnel soignant sur la base de ce classement. Ce dernier donne aussi des éléments utiles pour l'estimation du poste du personnel soignant dans le budget et pour l'évaluation des soins directs.

Cette expérience menée durant quatre mois dans 4 unités de soins nous permet de constater que la méthode est applicable aux conditions de nos services hospitaliers. Quelques modifications devraient être apportées entre autres à la formule servant au classement quotidien des malades et à la liste de classement des prestations utilisée dans l'observation continue; en outre, le relevé quotidien devrait être fixé à un moment mieux adapté à l'horaire de travail.

2. Responsabilité de l'hôpital à l'égard des soins aux malades

a) Les soins hospitaliers tels que le malade les reçoit

Le volume et la nature des soins directs donnés au malade sont mis en évidence grâce à l'observation continue centrée sur le malade. Ainsi, l'on obtient des informations intéressantes sur les soins hospitaliers tels que le malade les reçoit au cours d'une journée de 12 heures de toute l'équipe hospitalière chargée de l'ensemble du traitement, par exemple:

— le grand nombre d'heures où le malade est laissé à lui-même et le nombre de services routiniers de brève durée grignotant les heures de repos;
— la priorité accordée aux soins routiniers par rapport aux soins individualisés donnés au malade en tant que personne avec ses propres problèmes;
— le nombre de personnes diverses auxquelles le malade doit s'accoutumer en cours de journée et la difficulté qu'il éprouve à identifier celle qui est responsable de lui et à qui il peut s'adresser en toute occasion.

b) Information et instruction du malade

Ce genre d'enquête fournit des renseignements sur les affections dont les malades sont atteints et sur leurs autres problèmes de santé (malades à plusieurs diagnos-

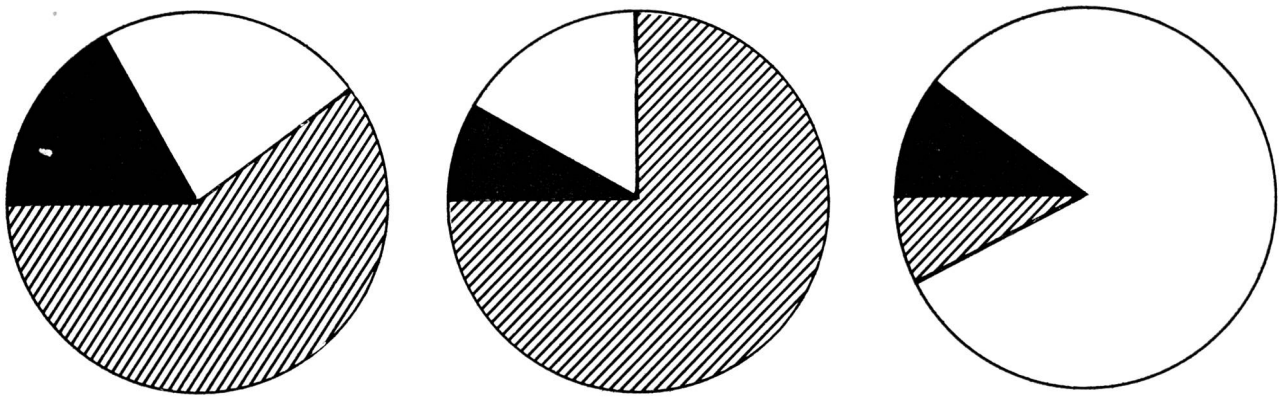
tics). Elle permet aussi d'obtenir des indications sur le temps consacré à l'information et à l'instruction du malade concernant sa maladie, son traitement, ses possibilités de guérison. Il ressort des résultats que ce temps est extrêmement restreint. Si le malade reçoit si peu d'informations de la part du médecin ou de l'infirmière, on est en droit de se demander comment il peut participer activement à son traitement, en vue de sa guérison et de son retour à la vie normale.

c) Malades de catégorie 1 (indépendants)
Durant les quatre mois de l'étude pilote, on a trouvé dans deux des unités de soins étudiées un nombre de malades de catégorie 1 assez élevé. On se demande pourquoi ces malades qui, pratiquement, ne demandent pas ou que peu de soins occupent un lit d'hôpital et quelle est l'influence des journées d'hospitalisation de catégorie 1 sur la liste d'attente de l'unité de soins. On peut aussi se demander si les ressources de l'hôpital en personnel et en matériel, limitées et coûteuses, sont judicieusement utilisées. La présence de malades totalement indépendants dans une unité de soins augmente la charge du travail du personnel et prend inutilement du temps aux dépens des autres malades exigeant des soins. On se demande, enfin, pourquoi des malades exigeant si peu de soins ne sont pas admis ambulatoirement, comme «malades de jour», retournant à leur domicile pour la nuit. Une unité ne fournissant qu'un minimum de soins ou une «unité de diagnostic», que l'on organiserait et doterait en personnel de façon différente, serait peut-être une autre solution à ce problème; elle permettrait sans doute de réaliser une économie tout en hébergeant la clientèle des grands hôpitaux dont la zone de recrutement dépasse souvent les frontières cantonales.

d) Buts de l'hôpital et qualité des soins
Aucun essai d'apprécier la qualité des soins n'a été fait au cours de l'étude pilote. Cependant, comme dans bien d'autres pays, on se demande aujourd'hui quel doit être le volume des soins directs contribuant à assurer des prestations qualitativement adéquates.
C'est en définitive le niveau des soins auquel vise l'hôpital et la manière dont les services sont organisés pour atteindre ce but qui permettront de mieux déterminer le temps à consacrer aux soins. Aussi apparaît-il désirable que les buts de l'hôpital à cet égard soient précisés et que des directives relatives aux normes de soins exigées du personnel soient élaborées d'entente entre les responsables des services infirmiers, médicaux et administratifs. De telles normes et les moyens mis en action pour les appliquer peuvent varier selon le but de l'hôpital. Tel établissement, vu sa nature et sa dimension, visera à centrer les soins sur les maladies à la phase aiguë. Dans ce cas, l'on insistera surtout sur la précision dans l'exécution des soins techniques. Tel autre visera à fournir des soins individualisés, ce qui implique la connaissance des besoins spécifiques des malades, l'estimation de leurs ressources physiques et mentales particulières, face aux problèmes de la maladie et aux chances de guérison. Dans ce cas, les efforts seront axés sur l'assistance à l'individu et les directives de l'hôpital viseront à répondre aux besoins individuels des malades.

3. Responsabilité du personnel soignant à l'égard des malades

L'impression générale que l'on retire des résultats de l'étude pilote est que le personnel soignant travaille au mieux de ses possibilités et cherche à exécuter correctement les ordres médicaux. L'étude pilote dévoile cependant des lacunes dans les soins. Bien que la qualité des soins n'ait pas été appréciée, quelques réflexions s'imposent à cet égard quant à l'observation du malade par le personnel soignant. On constate que le temps consacré à cette activité, pour les malades dans un état critique (catégorie 3), est relativement court et que cette dernière se concentre surtout sur le contrôle et la lecture du monitor. Le monitor, certes, joue un rôle important, car il augmente la capacité du médecin ou de l'infirmière de juger de l'état du malade. L'observation, cependant, exige l'utilisation de tous les sens des personnes responsables du malade afin de dégager une impression de synthèse de son état.
Si l'on examine les besoins d'ordre psychique du malade, il semble que ceux-ci ont été relativement peu remarqués. Cependant, une assistance apparaît comme indispensable à l'égard du malade angoissé, qu'il s'agisse de l'angoisse d'être plongé dans un milieu insolite ou de l'angoisse de l'avenir. Ce manque de perception peut s'expliquer du fait que le personnel soignant est trop absorbé par les soins d'ordre technique, mais il est aussi possible que la capacité du personnel de déceler les besoins psychiques du malade et d'y répondre soit insuffisante; il s'agirait alors d'une lacune dans sa formation de base.
L'examen du contenu des communications verbales avec le malade révèle qu'elles sont réservées surtout à un échange d'informations nécessaires au déroulement du traitement. Mais, en fait, peu de temps est consacré à des explications ou une instruction permettant au malade de prendre une part active à ses soins et à son traitement général. Beaucoup d'activités accomplies auprès du malade ont d'ailleurs un caractère purement routinier, comme par exemple le relevé du bilan hydrique, et l'intérêt que le malade pourrait en retirer pour son



	catégorie 1	catégorie 2	catégorie 3
infirmière diplômée :	22,4 %	17,1 %	83,6 %
élève :	61,3 %	75,1 %	6,8 %
aide:	16,3 %	7,8 %	9,6 %

Répartition en pour-cent selon les catégories de personnel soignant des soins directs donnés durant l'observation continue (moyenne par malade de chaque catégorie de dépendance)

information et son régime de vie en vue de l'avenir ne semble pas être suffisamment pris en considération.

D'une façon générale, l'examen des formules d'observation continue ne donne pas l'impression que les soins (mis à part certains soins aux malades de catégorie 3) sont administrés en relation directe avec les besoins particuliers des malades. Cette situation démontre la nécessité d'une formation complémentaire du personnel soignant qui devrait augmenter sa compréhension du comportement humain et son aptitude à établir un contact plus efficace avec chaque malade individuellement. Il serait désirable en outre d'entraîner le personnel à mieux identifier les problèmes posés par les besoins des malades au point de vue psychique et somatique, comme par exemple les problèmes en relation avec les besoins de sécurité, le sommeil, le repos, l'alimentation, l'élimination, la mobilisation, etc.

4. La situation de l'élève en stage

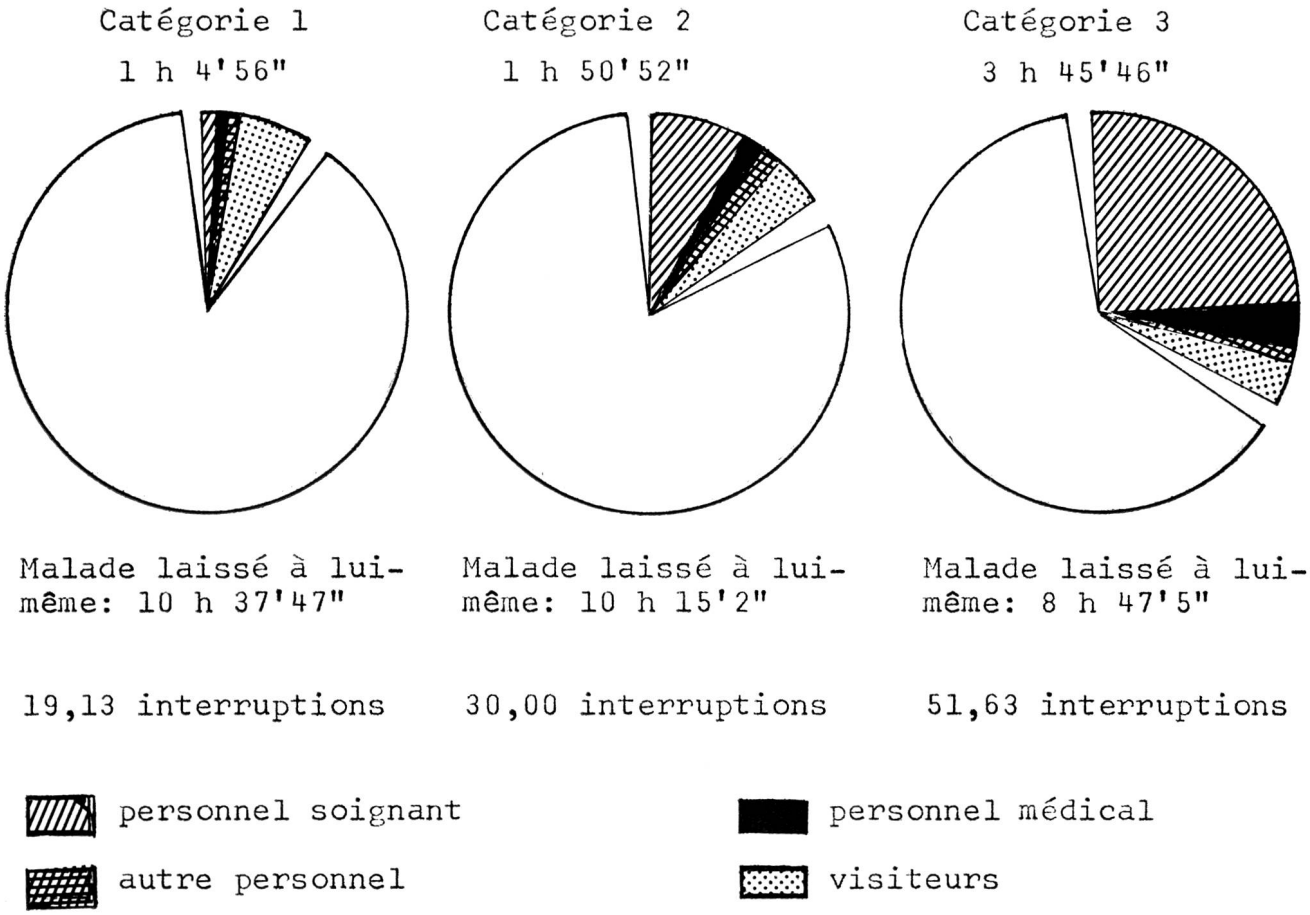
De même que l'étude de l'utilisation du personnel soignant dans les services de malades, l'étude pilote sur les besoins des malades en soins infirmiers met en lumière la situation particulière de l'élève en stage. Cette dernière, en dépit de son statut d'étudiante, est très évidemment utilisée comme une force de travail et assume diverses responsabilités. Une étude faite aux Etats-Unis [1] révèle que plus le nombre des élèves est élevé dans un hôpital, plus bas est le poste des dépenses relatives aux soins infirmiers. Cet aspect économique discutable devrait retenir l'attention des responsables des hôpitaux et des écoles.

En outre, l'examen du type de responsabilités remises à l'élève est aussi révélateur. L'élève est responsable, pour le 75 % de leurs soins, des malades de la catégorie 2, semi-dépendants. Il faut relever que ces malades par rapport aux malades de catégorie 3, dans un état critique, requièrent relativement peu de soins techniques. Par contre, ils exigeraient l'assistance d'une personne compétente pour les instruire et pour les stimuler à participer activement à leur traitement et à leur réadaptation. On se demande si cet aspect-là des soins, aujourd'hui si peu développé, peu valorisé et monotone, par rapport aux soins dits techniques et plus spectaculaires, ne décourage pas l'élève de rester dans une profession pourtant choisie en raison de l'attrait des soins aux malades.

Cette situation doit aussi être mise en regard de la structure de la profession. En effet, les postes de la hiérarchie infirmière comportent actuellement essentiellement des responsabilités dans l'administration et dans l'enseignement et non dans le domaine des soins aux malades proprement dits.

Ces considérations rejoignent celles déjà exprimées dans l'étude de l'utilisation du personnel soignant dans les services de malades: tous les milieux touchés par ce problème devraient, de concert, revoir fondamentalement non seulement la formation de l'élève-infirmière, mais aussi

[1] *Ingbar, Mary, et al.,* Differences in the Costs of Nursing Services: A Statistical Study of Community Hospitals in Massachusetts. American Journal of P. H., Ctc. 1966, *56;* 1699-1755.



Durée des soins et temps où le malade est laissé à lui-même avec nombre d'interruptions selon la catégorie de dépendance (moyenne par malade)

la valeur relative et intrinsèque des diverstypes de soins aux malades ainsi que les possibilités de promotion à l'intérieur de ce domaine. En attendant, tous les efforts faits pour mieux intégrer l'élève au sein d'une équipe soignante devraient être encouragés.

Bien que l'étude pilote présente des limitations, il paraît opportun d'émettre un certain nombre de suggestions basées sur cette expérience.

1. Méthode

L'expérience a prouvé que la méthode de classement des malades en catégories de dépendance des soins peut être appliquée dans nos services hospitaliers. Il serait donc utile de continuer à l'utiliser tout en la perfectionnant. Il faudrait inclure dans les critères des données complémentaires relatives aux besoins psycho-sociaux du malade et à ses besoins en instruction et réadaptation.
La méthode devrait en outre être appliquée dans d'autres types de services (chirurgie, pédiatrie, etc.), afin que l'hôpital ait ainsi pour chaque service les bases pour la dotation en personnel soignant et l'établissement de plans de soins pour chaque malade.

2. Directives de l'hôpital relatives aux soins

Les soins devraient être reconsidérés et réadaptés aux besoins des malades; ils devraient être administrés de façon plus individualisée et moins routinière ou fonctionnelle.
L'hôpital devrait établir des directives reflétant les buts de l'établissement au sujet des normes de soins désirés. Chaque unité de soins pourrait alors définir les moyens d'appliquer ces directives en fonction de sa situation propre.

3. Information et instruction du malade

L'information et l'instruction du malade devraient être davantage prises en considération dans l'instauration et le déroulement du traitement; d'autre part les compétences et les responsabilités respectives des médecins et des infirmières à cet égard devraient être précisées et délimitées. Cela n'est qu'un aspect d'un problème très actuel, qui pourrait être examiné avec profit, à savoir: la responsabilité de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire chargée des soins hospitaliers et la contribution de chaque discipline à ces soins.

4. Réadaption du malade et continuité des soins

La réintégration du malade dans la vie normale doit être prise en considération dès le jour de son admission à l'hôpital. Dans le déroulement du traitement, le malade devrait pouvoir jouer un rôle actif. De même il est important que dans le plan général de traitement on prévoie la continuité des soins au-delà de la sortie de l'hôpital afin d'éviter des rechutes entraînant une réhospitalisation.

5. Malades de catégorie 1

Considérant le nombre de malades de catégorie 1 hospitalisés en vue de l'établissement du diagnostic, d'une expertise ou autre but, il serait souhaitable

— de poursuivre des études semblables dans d'autres unités ou services pour déterminer la proportion de ces malades dans l'ensemble de l'hôpital;
— d'étudier, en relation avec l'utilisation des services hospitaliers pour cette catégorie de malades, des facteurs déterminants, tels que le système de couverture des frais par les assurances-maladie ou le mode de demande d'hospitalisation;
— de rechercher d'autres moyens moins coûteux, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital, de soigner cette catégorie de malades (soins à domicile, etc.).

6. Perfectionnement en cours d'emploi

Un perfectionnement continu en cours d'emploi permettrait de compléter et de tenir à jour les connaissances théoriques et pratiques du personnel soignant. Cela garantirait des soins de qualité adéquats et permettrait au personnel de faire face à des exigences toujours nouvelles.
Une attention particulière devrait être portée aux aspects suivants des soins:

— l'estimation des soins nécessaires compte tenu des besoins psycho-sociaux des malades;
— l'établissement de plans de soins propres à chaque malade et l'évaluation des soins donnés;
— l'information, l'instruction, la réadaptation du malade.

7. Formation de l'élève-infirmière

La situation de l'élève en stage devrait être clarifiée. Il faudrait examiner en particulier le rapport entre la charge de travail qui lui incombe aujourd'hui et le déroulement logique d'une expérience pratique visant essentiellement à sa formation. Cela implique une revision et une réforme de la formation professionnelle dans son ensemble.

8. Revalorisation des soins

Les soins aux malades proprement dits devraient être réexaminés dans leur ensemble, revalorisés et reconsidérés dans une perspective plus dynamique. Il s'agit là, pour le personnel soignant, d'exploiter toutes les possibilités de contribuer de façon spécifique au traitement du malade; de plus, il s'agit de redonner un attrait et des raisons de satisfaction à cet aspect-là de la pratique professionnelle. Enfin, il y a là un champ ouvert à une carrière où la promotion pourrait s'effectuer selon les degrés de responsabilité, «à l'horizontale».

9. Normes de dotation en personnel soignant

La méthode de classification des malades selon leur degré de dépendance des soins infirmiers peut être utilisée comme moyen de calcul pour la dotation des services en personnel soignant.
Cependant, avant d'entreprendre une étude générale de ce genre, il semble nécessaire d'améliorer les soins dans le sens des suggestions formulées plus haut. Rien ne sert en effet d'établir des normes de dotation en personnel soignant pour nos services hospitaliers si l'on n'a pas précédemment défini le niveau de la qualité des soins désirés.

Perspectives d'avenir

L'étude de l'utilisation du personnel soignant dans les services de malades et l'étude pilote sur les besoins des malades en soins infirmiers ont permis de mettre à jour certaines déficiences dans l'emploi du personnel soignant et dans les soins aux malades des services hospitaliers.
A la suite de ces deux études, une phase expérimentale va être entreprise afin de mettre en pratique certaines suggestions que l'on peut en retirer. Nous nous réjouissons que quelques hôpitaux aient accepté de mettre à disposition une de leurs unités en vue de cette expérience. Nous espérons que les résultats obtenus seront utiles à ces hôpitaux comme à d'autres établissements.
Le problème de la qualité des soins doit rester une préoccupation constante de tous ceux qui, à un titre ou à un autre, participeront à l'activité de l'Etude, dans les étapes futures. Car la recherche visant à rationaliser l'emploi du personnel soignant doit garder comme but corollaire la garantie de soins adéquats.