

Organisation du travail et revalorisation des pratiques

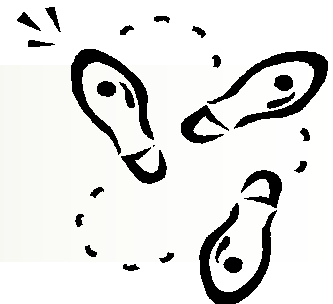


Les rôles des membres de l'équipe de soins en CHSLD

Direction des soins infirmiers

CSSS-IUGS

25 octobre 2010



RÉORG-NOUVEAU RÔLE INFIRMIÈRE-489
REORG-NOUVEAU RÔLE INFIRMIÈRE AUXILIAIRE-490
REORG-NOUVEAU RÔLE PAB-484

REMERCIEMENTS

Le contenu de ce document de formation a été rendu possible grâce à la collaboration de plusieurs personnes engagées à différents niveaux dans ce projet d'organisation du travail et revalorisation des pratiques.

Cette implication témoigne de l'intérêt manifesté par tous concernant la qualité des soins et services aux personnes âgées dans notre établissement.

RÉDACTION

Annie Grégoire, inf., B.Sc.
Conseillère en soins infirmiers

Michel Levesque, inf., M.Sc., D.S.A., L.L.M. (candidat)
Directeur des soins infirmiers

Dominique Proulx, inf., M.Sc.
Conseillère clinicienne en soins infirmiers

COLLABORATION

Marie-Josée Béliveau, inf.
Conseillère en soins infirmiers

Lise Brisson, inf., B.Sc.
Conseillère cadre en soins infirmiers

Carole Brousseau inf., B.Sc.
Conseillère cadre en soins infirmiers

Marie-France Fournier, inf., L.L.M.
Conseillère clinicienne en soins infirmiers

CONCEPTION ET MISE EN PAGE

Linda Breton
Technicienne en administration

PRODUCTION

**La Direction des soins infirmiers du Centre de santé et de services sociaux -
Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke**

DANS CE DOCUMENT :

Le genre masculin désigne aussi bien les femmes que les hommes.
Le terme «infirmière» a valeur générique et s'applique aux professionnels des deux sexes.
L'acronyme «PAB» est utilisé pour désigner le ou la préposé(e) aux bénéficiaires.
Le terme «résident» est utilisé pour désigner la personne hébergée en soins de longue durée et le terme client ou usager est exprimé dans le texte lors de citations.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives du Canada, 2010

ISBN : 978-2-923738-37-6 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923738-38-3 (version PDF)

**La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation écrite ou verbale des auteurs.
Pour toute information, communiquez avec Linda Breton au 819 780-2220, poste 46351 ou par courriel à l'adresse suivante : lbreton.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca**

© Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke, 2010

AVANT-PROPOS

Ce cahier de formation a été créé dans le cadre du projet paritaire d'organisation du travail et de revalorisation des pratiques en soins de longue durée au CSSS-IUGS. Le document se veut un outil de référence pour toute l'équipe de soins dans l'actualisation de leur rôle au quotidien. Cohérent avec les valeurs qui guident nos actions, soit l'harmonisation, le travail d'équipe, la communication et la collaboration, le cahier de formation est le reflet de notre préoccupation d'harmoniser nos façons de travailler d'une unité de soins à l'autre, en soins de longue durée. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il n'y a qu'un seul cahier de formation pour l'ensemble des membres de l'équipe de soins, infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires. À travers une définition des champs de compétences complémentaires, cet outil de formation et de soutien permettra à tous les membres de l'équipe de bien comprendre leur rôle et responsabilités au sein de l'équipe, ainsi que celui des autres.



TABLE DES MATIÈRES

CONTEXTE	5
OBJECTIFS DU PROJET ET DE LA FORMATION.....	6
INTRODUCTION	7
1. LES ASSISES LÉGALES.....	11
2. QUELQUES ASSISES CLINIQUES.....	17
2.1 Des nouveaux rôles pour les soins infirmiers.....	17
2.2 La clientèle âgée	18
2.3 Les signes vitaux gériatriques	19
2.4 Le rôle de l'infirmière en CHSLD.....	20
3. LES RÔLES ET FONCTIONS SPÉCIFIQUES	21
3.1 Infirmière principale.....	23
3.2 Infirmière auxiliaire.....	26
3.3 Préposé aux bénéficiaires.....	27
4. INTÉGRER LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)	28
5. LES NOTES D'ÉVOLUTION	30
6. LE PLAN DE SOINS ET DE TRAITEMENTS INFIRMIERS (PSTI)	31
7. LE PLAN DE TRAVAIL	32
8. MODALITÉS PARTICULIÈRES AU CSSS-IUGS	33
9. LE TABLEAU DE BORD DE L'INFIRMIÈRE PRINCIPALE	36
10. LE PRINCIPE DE LA CONTINUITÉ 24 HEURES / 7 JOURS	37
11. LE CONTEXTE DE REMPLACEMENT	39
12. LE LEADERSHIP.....	41
13. LA COLLABORATION ET LA COOPÉRATION	44
14. L'INTERDISCIPLINARITÉ	47
15. LE PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION « AGIR »	49
16. LE RÉSIDENT ET SA FAMILLE.....	51
17. UN MILIEU DE VIE POUR LES RÉSIDENTS EN CHSLD	53
18. LES SOINS EN FIN DE VIE.....	56
19. LE VOCABULAIRE ET LA COMMUNICATION	58
20. LES RENCONTRES HEBDOMADAIRES D'ÉQUIPE	59
21. L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ.....	62
CONCLUSION	63

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE I	Rôles et fonctions spécifiques de l'infirmière principale.....	64
ANNEXE II	Rôles et fonctions spécifiques de l'infirmière auxiliaire.....	71
ANNEXE III	Rôles et fonctions spécifiques du préposé aux bénéficiaires.....	76
ANNEXE IV	Principes de collaboration et de coopération au sein de l'équipe.....	81
ANNEXE V	Structurer efficacement ses observations.....	83
ANNEXE VI	Grille de préparation à la rencontre hebdomadaire d'équipe.....	85
ANNEXE VII	Grille d'auto-appréciation d'équipe.....	87

CONTEXTE¹

Le 17 juin 2008, le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) lançait une stratégie ministérielle sur la main d'œuvre en soins infirmiers. Cette stratégie comporte neuf leviers, dont l'organisation du travail comme premier levier d'action. La présentation du projet d'organisation du travail au CSSS-IUGS a été faite le 6 octobre 2008 et approuvée le 17 novembre 2008. L'intention première du ministère de la Santé et des Services sociaux et de l'Agence de santé et services sociaux de l'Estrie est d'assurer une organisation du travail efficace et performante, prioritairement en soins de longue durée.

Le projet du CSSS-IUGS vise donc à identifier et mettre en œuvre des stratégies novatrices quant à l'organisation du travail, en collaboration avec différents acteurs internes et externes. De plus, nous entendons rehausser le rôle des équipes de soins et nous souhaitons soutenir les gestionnaires dans leurs efforts d'amélioration des modes d'organisation du travail. Ce rehaussement tiendra compte des opportunités et des leviers offerts par la loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé, L.Q. 2002, c.33, ci-après loi 90 : <http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/docs/PDF/Loi90-adoptee.pdf>

Une seconde intention du MSSS est d'assurer la mise en place d'une culture de partenariat entre employeurs et syndicats dans la mise en place des stratégies de main d'œuvre dont font partie les actions terrains portant sur la révision de l'organisation du travail.

Au CSSS-IUGS, outre la mise en place du nouveau plan d'organisation, le développement du plan stratégique, la planification de la main d'œuvre qui représente des facteurs facilitant à la réorganisation du travail, la révision de l'organisation des lits de SLD en unité de 72 lits est certainement une démarche presque finalisée qui facilite une révision en profondeur des rôles et responsabilités du personnel en soins infirmiers. De même, l'expérimentation de l'infirmière primaire à l'unité 46 au centre d'hébergement D'Youville, les travaux réalisés par Monique Bourque dans le cadre du projet St-Joseph, le projet pilote au centre d'hébergement D'Youville, en complément avec l'apport des expériences au CSSS Vieille-Capitale (Québec Nord) ainsi que des travaux de Philippe Voyer, nous donne l'opportunité d'utiliser les retombées positives de ce projet dans les autres centres d'hébergement.

¹ DSPPAPA (janvier 2009). Organisation de travail et rehaussement des pratiques en soins de longue durée. Manuel d'organisation de projet (MOP).

LES OBJECTIFS DU PROJET

Le projet d'organisation du travail et la revalorisation des pratiques en soins de longue durée vise notamment à :

- ✓ **Assurer le maintien de la qualité** des soins en SLD à travers les nouveaux rôles de chacun;
- ✓ **Améliorer la qualité de vie** des résidents et contribuer à l'actualisation des orientations ministérielles sur le milieu de vie;
- ✓ **Développer** une culture et une vision commune des soins en hébergement dans l'ensemble de l'établissement;
- ✓ **Rehausser les compétences** du personnel à l'aide d'outils, de la formation continue et du soutien clinique;
- ✓ **Assurer** une utilisation optimale des ressources et compétences;
- ✓ **Créer** une alliance avec le résident et sa famille en favorisant l'utilisation de leur potentiel et de leurs compétences.

LES OBJECTIFS DE LA FORMATION

La présente formation vise notamment à :

- ✓ **Comprendre** l'application des obligations légales;
- ✓ **Comprendre** le rôle de l'infirmière principale;
- ✓ **Comprendre** le rôle de l'infirmière auxiliaire;
- ✓ **Comprendre** le rôle du préposé aux bénéficiaires;
- ✓ **Comprendre** la contribution de chaque membre au sein de l'équipe de soins;
- ✓ **Comprendre** les modalités de soins intégrés dans le cadre du nouveau mode de distribution des soins infirmiers;
- ✓ **Comprendre** comment intégrer le plan thérapeutique infirmier (PTI) dans sa pratique courante comme membre de l'équipe ;
- ✓ **Comprendre** les modalités et situer sa contribution dans les rencontres hebdomadaires d'équipe;
- ✓ **Intégrer** les principes de collaboration et de coopération;
- ✓ **Acquérir** des compétences de leadership;
- ✓ **Actualiser** le milieu de vie dans le mode de distribution des soins infirmiers.

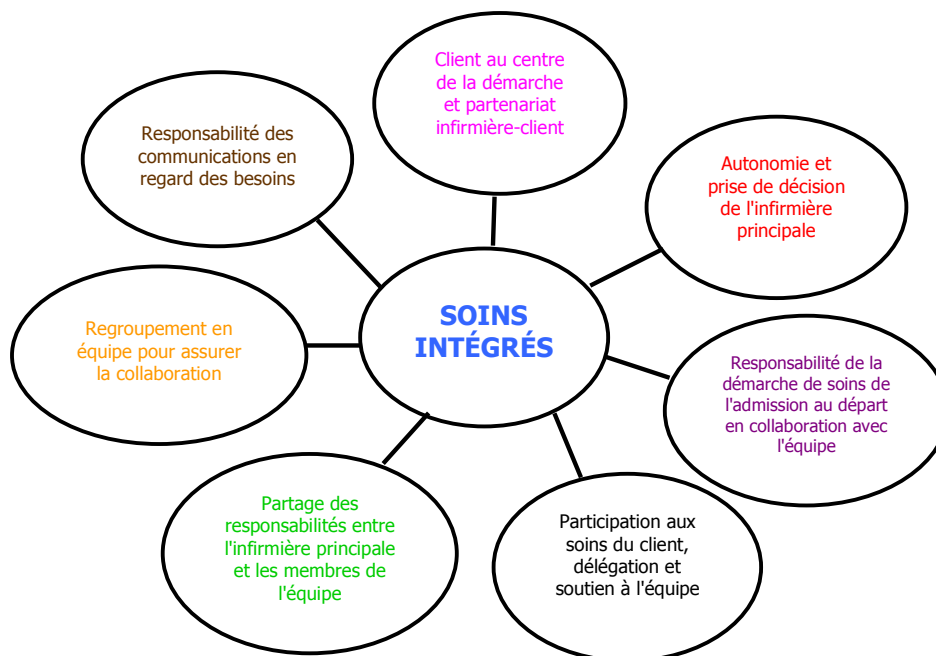
INTRODUCTION

L'infirmière principale détient un rôle majeur au sein de l'équipe de soins dans le nouveau mode de distribution des soins infirmiers en soins de longue durée (SLD). En plus d'assumer différentes responsabilités lui permettant d'assurer la planification et la continuité des soins pour son groupe de résidents, elle doit faire preuve de leadership auprès des membres de son équipe pour les amener à travailler ensemble vers des objectifs communs, dans un esprit de coopération. Dans cette perspective, la présente formation vise notamment à outiller l'infirmière principale pour comprendre ses nouveaux rôles et responsabilités, acquérir des compétences de leadership, intégrer les principes de collaboration, de coopération et de milieu de vie à sa pratique et finalement, s'intégrer dans un processus d'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers.

De plus, la collaboration et la coopération entre les membres de l'équipe de soins étant au cœur du modèle de distribution des soins, l'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires jouent également un rôle très important au sein de l'équipe. Tous les membres apportent leur contribution à la distribution des soins selon leur expérience et leur champ de compétence.

Le modèle de soins intégrés²

Selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 1993), la distribution des soins se rapporte à la façon dont les rôles et les tâches sont définis et aux responsabilités réparties entre les membres du personnel soignant.



² Ordre régional des infirmières et infirmiers du Québec (2003). Les soins infirmiers intégrés. Une avenue à explorer pour repenser la distribution des soins. L'Appui. Vol. 21, no 3.

Les 7 principes directeurs des soins intégrés :

1 - L'infirmière reconnaît que le client a des droits et des responsabilités en ce qui concerne sa santé. Celui-ci collabore, selon ses capacités, aux soins qu'il reçoit et peut exprimer ses attentes dans une relation de partenariat.

L'instauration de toute mesure doit préconiser la personnalisation des soins, la prise en charge de la santé par la personne et le partenariat infirmière-client.

2 - L'infirmière exerce de façon autonome et responsable la prise de décision concernant les soins des clients qui lui sont assignés.

Ce principe reconnaît, à chaque infirmière, une compétence professionnelle et une entière autonomie dans ses prises de décision concernant les soins prodigués aux clients. Les fonctions de l'infirmière se concentrent sur la coordination des soins et services afin de lui permettre d'exercer son autorité clinique. Ceci n'empêche évidemment pas la consultation auprès de collègues reconnues pour leur expertise clinique et les discussions avec les membres de l'équipe de soins.

3 - L'infirmière principale identifie, planifie, coordonne, contrôle et évalue les soins du groupe de clients qui lui sont assignés : 24 heures/24, 7 jours/7, de l'admission au départ. Elle reconnaît ses collègues associées et les membres de l'équipe de soins, comme étant des ressources indispensables à la réalisation de ces activités.

L'infirmière principale a la charge d'un groupe de clients pour lesquels elle assume la responsabilité des soins. En son absence, une autre infirmière prend la relève auprès de ses clients. Pour identifier et planifier les soins, l'infirmière principale compte sur les observations du personnel soignant qui connaît bien le client. Ses décisions cliniques s'appuient sur les différents points de vue recueillis et discutés en équipe. De même, l'infirmière principale coordonne les soins en transmettant les informations pertinentes à ses collègues et aux membres de l'équipe par le biais du PTI et d'un système de communication efficace. Elle assure le contrôle de l'ensemble des soins donnés en son absence et procède à leur évaluation en fonction des résultats escomptés chez le client.

4 - L'infirmière prodigue des soins aux clients qui lui sont confiés et est responsable des soins qu'elle délègue aux autres intervenants.

L'infirmière principale prend une part active dans les soins directs à son groupe de clients. Son contact direct auprès du client favorise son engagement dans la réalisation de toutes les étapes de la démarche de soins. Elle peut compter sur le soutien de l'équipe afin de dispenser l'ensemble des soins. Pour ce faire, elle s'assure que tous les membres de son équipe possèdent les informations nécessaires. Toutefois, elle demeure responsable des soins qu'elle délègue. Dans ce contexte, elle vérifie l'évolution de la situation, les réactions du client et sa participation, le résultat des interventions et ce, même si elle n'a pas dispensé ces soins.

5 - L'infirmière principale est identifiée par le client, sa famille et les autres intervenants comme ayant la prise en charge totale des soins infirmiers. Les responsabilités sont clairement partagées entre l'infirmière principale, les infirmières et les autres intervenants de manière à ce que chacun puisse jouer pleinement son rôle.

L'infirmière et les membres de l'équipe reconnaissent l'autorité clinique de l'infirmière principale et s'engagent à adhérer au plan de soins établi. D'autre part, l'infirmière principale respecte la compétence professionnelle de ses collègues ainsi que les décisions prises pendant leur quart de travail. De plus, elle reconnaît, aux autres intervenants, la capacité d'intervenir selon leur expertise.

6 - Le regroupement des intervenants permet une répartition équitable de la tâche quotidienne. La collaboration entre les membres favorise le travail d'équipe, l'entraide et assure à chaque intervenant un soutien adéquat.

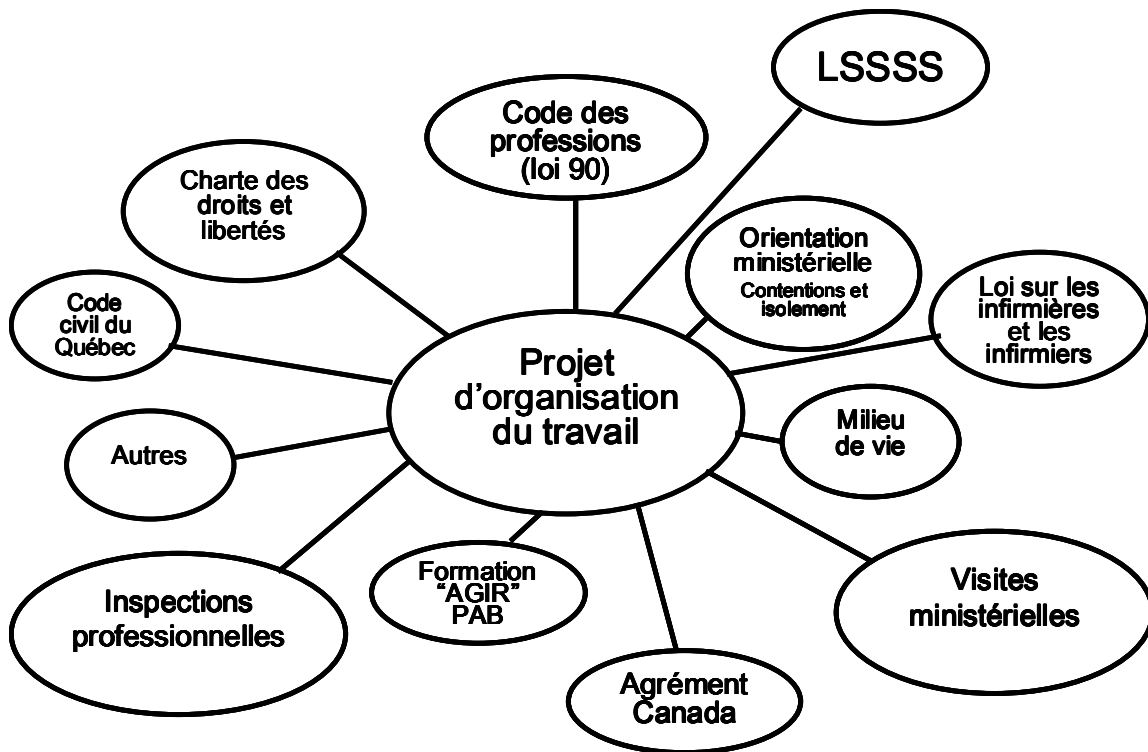
Le système des soins intégrés s'inspire à la fois des soins intégraux et du système d'équipe. Des soins intégraux, il retient la notion d'infirmière principale autour de laquelle sont centralisées les décisions de soins pour un groupe de clients. Du système d'équipe, il conserve la force du regroupement en équipe, lequel assure à l'infirmière le soutien et le support technique nécessaires à la réalisation des activités de soins. Le regroupement se fait généralement par l'association d'une infirmière principale, à laquelle peut s'adjoindre du personnel de soutien tel des infirmières auxiliaires ou des préposés. Celui-ci peut aussi s'étendre au personnel de soirée, facilitant ainsi la continuité entre les quarts de travail.

7 - L'infirmière principale est responsable des communications concernant les besoins de santé du client.

L'infirmière principale reçoit, traite et transmet l'ensemble des informations concernant les clients. Elle interagit avec tous les membres de l'équipe multidisciplinaire de manière à ce que les éléments pertinents circulent de façon appropriée. De plus, elle entretient des liens avec la famille, laquelle sollicite souvent des renseignements et du soutien pour mieux accompagner leur proche. Cette centralisation des communications confère à l'infirmière principale une masse d'informations critiques qui lui permet de prendre des décisions éclairées.

1. LES ASSISES LÉGALES

Ce projet s'inscrit dans le cadre des différentes obligations légales mais aussi de celles issues du ministère de la Santé et des Services sociaux, des ordres professionnels ou autres instances. Ainsi, ce modèle nous permet de répondre à ces différentes obligations tout en améliorant la qualité des soins et services. Les nouveaux rôles des membres de l'équipe de soins nous permettent donc de rehausser les pratiques tout en répondant à ces obligations légales.



La Charte des droits et libertés de la personne³ :

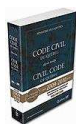
L'article 1 sur le droit à la vie :

« Tout être humain a **droit à la vie**, ainsi qu'à la **sûreté**, à l'**intégrité** et à la **liberté de sa personne** ».

L'article 4 sur la sauvegarde de la dignité :

« Toute personne a droit à la **sauvegarde de sa dignité**, de son honneur et de sa réputation ».

³ Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., C-12



Le Code civil du Québec ⁴ :

L'article 10 sur l'inviolabilité de la personne :

« Toute personne est **inviolable et a droit à son intégrité**. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé ».

La Loi sur les services de santé et les services sociaux ⁵



L'article 83 *LSSSS* définit la mission des CHSLD :

« La mission d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée est d'offrir de façon temporaire ou permanente **un milieu de vie substitut**, des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance ainsi que des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel, malgré le support de leur entourage.

Évaluation des besoins :

À cette fin, l'établissement qui exploite un tel centre reçoit, sur référence, les personnes qui requièrent de tels services, **veille à ce que leurs besoins soient évalués périodiquement et que les services requis leur soient offerts à l'intérieur de ses installations** ».

L'article 3 *LSSSS* précise que pour l'application de la présente loi, les lignes directrices suivantes guident la gestion et la prestation des services de santé et des services sociaux:

2° le respect de l'utilisateur et la reconnaissance de ses droits et libertés doivent inspirer les gestes posés à son endroit;

3° l'utilisateur doit, dans toute intervention, être traité avec courtoisie, équité et compréhension, dans le respect de sa dignité, de son autonomie, de ses besoins et de sa sécurité;

L'article 5 *LSSSS* sur le droit aux services :

« Toute personne a le droit de **recevoir des services de santé et des services sociaux adéquats sur les plans à la fois scientifique, humain et social, avec continuité et de façon personnalisée** ».

⁴ Code civil du Québec, L.Q., 1991, c. 64.

⁵ Loi sur la santé et les services sociaux, L.R.Q., chapitre S-4.2

L'article 35 du règlement sur l'organisation et l'administration des établissements de *LSSSS* :

« **Un plan d'intervention est établi pour chaque bénéficiaire** admis ou inscrit dans un établissement offrant des soins de longue durée ou des services d'hébergement.

Le plan comprend l'identification des besoins du bénéficiaire, les objectifs à poursuivre, les moyens à utiliser, la durée prévisible des soins ou des services ainsi qu'une mention de sa révision aux 90 jours ».

L'article 10 *LSSSS* sur la participation de l'utilisateur :

« Tout usager a le **droit de participer à toute décision** affectant son état de santé ou de bien-être.

Il a notamment le droit de **participer à l'élaboration de son plan d'intervention ou de son plan de services individualisé**, lorsque de tels plans sont requis conformément aux articles 102 et 103.

Il en est de même pour toute modification apportée à ces plans ».

L'article 102 *LSSSS* sur le plan d'intervention :

« Un établissement doit élaborer, pour les usagers d'une catégorie déterminée par règlement pris en vertu du paragraphe 27° de l'article 505, dans la mesure qui y est prévue, **un plan d'intervention afin d'identifier ses besoins, les objectifs poursuivis, les moyens à utiliser et la durée prévisible pendant laquelle des services devront lui être fournis**. Le plan d'intervention doit assurer la coordination des services dispensés à l'utilisateur par les divers intervenants concernés de l'établissement ».

L'article 104 *LSSSS* sur la collaboration de l'utilisateur :

« Chacun des plans visés respectivement aux articles 102 et 103 doit être élaboré **en collaboration avec l'utilisateur** tel que le prévoit l'article 10.

Ces plans doivent contenir un échéancier relatif à leur évaluation et à leur révision. Cependant, ils peuvent être modifiés en tout temps pour tenir compte de circonstances nouvelles ».

L'article 233 sur le code d'éthique :

« Tout établissement doit se doter d'un code d'éthique qui indique les **droits des usagers et les pratiques et conduites attendues des employés**, des stagiaires, y compris des résidents en médecine, et des personnes qui exercent leur profession dans un centre exploité par l'établissement à l'endroit des usagers ».

La capacité légale de l'infirmière auxiliaire⁶

Chapitre 1 ; Champ de pratique de l'infirmière auxiliaire

- 1.1 Contribution de l'infirmière auxiliaire à l'évaluation de l'État de santé d'une personne et à la réalisation du plan de soins
- 1.2 Distinction et portée des concepts : plan de soins, plan thérapeutique infirmier et plan de traitement infirmier
- 1.3 Soins dispensés par l'infirmière auxiliaire en vertu du plan de soins, du plan de traitement infirmier et de l'ordonnance

Chapitre 2 ; Description des activités réservées à l'infirmière auxiliaire

Code des professions

L'article 37⁷ :

« Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, en outre de celles qui lui sont autrement permises par la loi »

L'article 37p⁸:



Ordre des infirmières
et infirmiers auxiliaires
du Québec



Le champ de pratique de l'infirmière auxiliaire se lit comme suit :

« **Contribuer à l'évaluation de l'état de santé d'une personne** et à la réalisation du plan de soins, prodiguer des soins et des traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir des soins palliatifs. »

L'article 37.1⁹ :

Tout membre d'un des ordres professionnels suivants peut exercer les activités professionnelles suivantes, qui lui sont réservées dans le cadre des activités que l'article 37 lui permet d'exercer:

Alinéa 5° l'Ordre professionnel des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec:

- a) Appliquer des mesures invasives d'entretien du matériel thérapeutique;
- b) Effectuer des prélèvements, selon une ordonnance;
- c) Prodiguer des soins et des traitements reliés aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments, selon une ordonnance ou selon le plan de traitement infirmier;

⁶ OIIAQ. (2004). La capacité légale de l'infirmière auxiliaire. Champ de pratique et activités réservées en vertu de la loi 90.

⁷ CODE DES PROFESSIONS, L.R.Q., chapitre C-26

⁸ CODE DES PROFESSIONS, L.R.Q., chapitre C-26

⁹ CODE DES PROFESSIONS, L.R.Q., chapitre C-26

- d) Observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques;
- e) Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
- f) Administrer, par des voies autres que la voie intraveineuse, des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
- g) Contribuer à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
- h) Introduire un instrument ou un doigt, selon une ordonnance, au-delà du vestibule nasal, des grandes lèvres, du méat urinaire, de la marge de l'anous ou dans une ouverture artificielle du corps humain;
- i) Introduire un instrument, selon une ordonnance, dans une veine périphérique à des fins de prélèvement, lorsqu'une attestation de formation lui est délivrée par l'Ordre dans le cadre d'un règlement pris en application du paragraphe o de l'article 94.

L'article 39,7¹⁰ sur les soins invasifs d'assistance:

« Les **soins invasifs d'assistance** aux activités de la vie quotidienne qui sont requis sur une base durable et nécessaires au maintien de la santé **ne constituent pas une activité professionnelle réservée à un membre d'un ordre, lorsqu'ils sont fournis par une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire ou de type familial** visée à la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) **ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile** fourni par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires. »

L'article 39.8¹¹ sur l'administration de médicaments :

« Malgré toute disposition inconciliable, **une personne agissant dans le cadre des activités d'une ressource intermédiaire ou de type familial visée à l'article 39.7 ou dans le cadre d'un programme de soutien à domicile** fourni par un établissement qui exploite un centre local de services communautaires, dans une école ou dans un autre milieu de vie substitut temporaire pour les enfants **peut administrer des médicaments prescrits et prêts à être administrés**, par voie orale, topique, transdermique, ophtalmique, otique, rectale ou par inhalation ainsi que de l'insuline par voie sous-cutanée ».

Les préposés aux bénéficiaires du CSSS-IUGS (clientèles admises ou hébergées) **NE PEUVENT PAS** faire des soins invasifs d'assistance ou administrer des médicaments prescrits et prêts à être administrés.

Une règle de soins pour l'application de produits topiques est en cours de rédaction.

¹⁰ CODE DES PROFESSIONS, L.R.Q., chapitre C-26

¹¹ CODE DES PROFESSIONS, L.R.Q., chapitre C-26



L'article 36:

« L'exercice infirmier consiste à **évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan thérapeutique infirmier** et à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et prévenir la maladie ainsi qu'à offrir des soins palliatifs. »

Activités réservées

Dans le cadre de l'exercice infirmier, les activités suivantes sont réservées à l'infirmière et à l'infirmier:

1. Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique;
2. Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier;
3. Initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance;
4. Initier des mesures diagnostiques à des fins de dépistage dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique (chapitre S-2.2);
5. Effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance;
6. Effectuer et ajuster les traitements médicaux, selon une ordonnance;
7. Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent;
8. Appliquer des techniques invasives;
9. Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal;
10. Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes;
11. Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances, lorsqu'ils font l'objet d'une ordonnance;
12. Procéder à la vaccination dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la Loi sur la santé publique;
13. Mélanger des substances en vue de compléter la préparation d'un médicament, selon une ordonnance;
14. Décider de l'utilisation des mesures de contention.

¹² LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS, L.R.Q., chapitre I-8

2. QUELQUES ASSISES CLINIQUES

2.1 Des nouveaux rôles pour les soins infirmiers¹³

Distinction entre évaluer et contribuer à l'évaluation

Évaluer

Évaluer implique que l'infirmière **porte un jugement clinique** sur la situation de santé d'une personne, après avoir **analysé** l'ensemble des données dont elle dispose, et communique les constats de son évaluation. À partir des conclusions de ce jugement, les constats d'évaluation, elle **détermine le niveau de priorité des soins** à donner et les **interventions à mettre en œuvre**. L'infirmière doit donc s'assurer de posséder toute l'information nécessaire sur l'état de santé du client, afin de pouvoir porter un jugement clinique sûr, d'élaborer le plan de soins et de traitement infirmiers, s'il y a lieu, de **décider des éléments de surveillance** requis, de préciser les **interventions appropriées** ainsi que pour **déterminer et ajuster les directives infirmières au PTI**.



Contribuer à l'évaluation

Contribuer à l'évaluation signifie que l'infirmière auxiliaire **collabore avec le professionnel à qui l'activité d'évaluer est réservée**. Elle le fait conformément à l'article 37 *p*) du *Code des professions*, qui décrit son champ d'exercice, et à l'article 37.1 (5°) *d*) qui énonce l'activité qui lui est réservée : observer l'état de conscience d'une personne et surveiller les signes neurologiques. Concrètement, elle contribue à l'évaluation **en recueillant des données objectives et subjectives, en les consignait au dossier du client** et en les **fournissant à l'infirmière** afin qu'elle en tienne compte dans son évaluation. Rappelons que ces données sont de nature factuelle. Ainsi, l'infirmière auxiliaire rend compte des événements de façon objective.

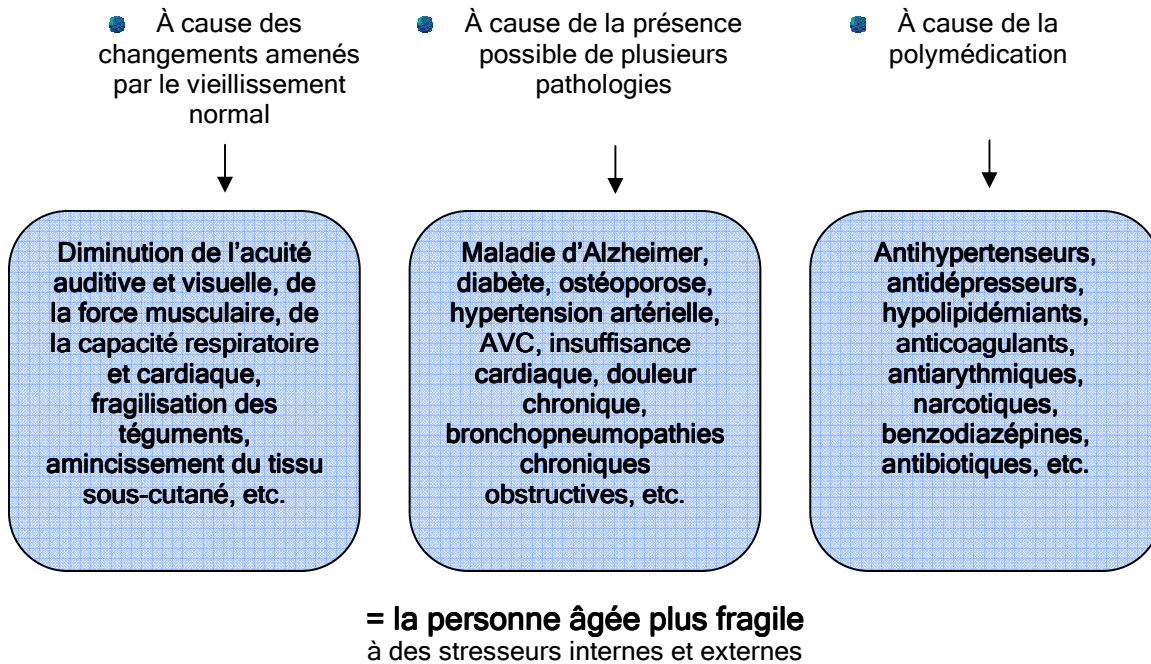
L'évaluation de l'infirmière permet de distinguer :

- ✓ l'anormalité de la normalité;
- ✓ de détecter des complications;
- ✓ de déceler des problèmes de santé;
- ✓ de déterminer le degré de gravité ou d'urgence de la situation de santé de la personne;
- ✓ d'établir les priorités et les conditions d'intervention.

¹³ OIIQ. (2010). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières.

2.2 La clientèle âgée¹⁴

Les personnes âgées représentent une clientèle vulnérable et de nature complexe, par exemple :



De plus, les manifestations présentées par les personnes âgées lors d'une affection particulière, risquent de ne pas se présenter comme on pourrait s'y attendre.

On dit que les personnes âgées présentent souvent des manifestations atypiques.

Problèmes de santé	Exemples de manifestations atypiques
- Déshydratation	➤ Délirium
- Douleur	➤ ↓ appétit, ↓ sommeil, agressivité
- Infection respiratoire	➤ Afébrile, faiblesse, apathie, isolement

LA PERTE D'AUTONOMIE CONSTITUE L'UNE DES MANIFESTATIONS LES PLUS FRÉQUENTES DES PROBLÈMES DE SANTÉ CHEZ LES AÎNÉS.

¹⁴ Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD.

2.3 Les signes vitaux gériatriques¹⁵

Que sont les signes vitaux gériatriques (SVG) ?

Il s'agit de six aspects de la santé qui doivent être surveillés quotidiennement puisqu'une détérioration y est indicative ou prédictive de complication et de déclin fonctionnel chez l'aîné [. . .] Ils sont regroupés sous l'acronyme **AINÉES** :

		Exemples d'éléments à surveiller ¹⁶
A	: AUTONOMIE ET MOBILITÉ	<ul style="list-style-type: none">- Changement dans la mobilité et l'autonomie- Douleur- Chutes
I	: INTÉGRITÉ DE LA PEAU	<ul style="list-style-type: none">- Apparition de plaie
N	: NUTRITION ET HYDRATATION	<ul style="list-style-type: none">- Carence d'apport hydrique et alimentaire- Perte de poids- Perte d'appétit
É	: ÉLIMINATION	<ul style="list-style-type: none">- Rétention urinaire- Rétention fécale- Début d'incontinence
E	: ÉTAT COGNITIF ET COMPORTEMENT	Changements sur les plans : <ul style="list-style-type: none">- de la cognition- de la vigilance- des fonctions perceptuelles- de l'humeur ; agitation, apathie
S	: SOMMEIL	<ul style="list-style-type: none">- Inversion du cycle éveil / sommeil- Hyper somnolence- Apnée

¹⁵ CHUM., (2009). Projet OPTIMAH.

¹⁶ IUGM. (2010). Une approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier.

2.4 Le rôle de l'infirmière en CHSLD¹⁷

L'exercice infirmier en soins de longue durée prend tout son sens et sa valeur au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie. Dans ces milieux, l'exercice infirmier vise, selon l'OIIQ, le maintien de la santé, la qualité de vie, l'autonomie et le bien-être des résidents.

Pour atteindre ces objectifs, l'OIIQ a défini 18 indicateurs de la qualité de l'exercice en soins de longue durée. Voici les éléments principaux de l'exercice en CHSLD.

L'infirmière :

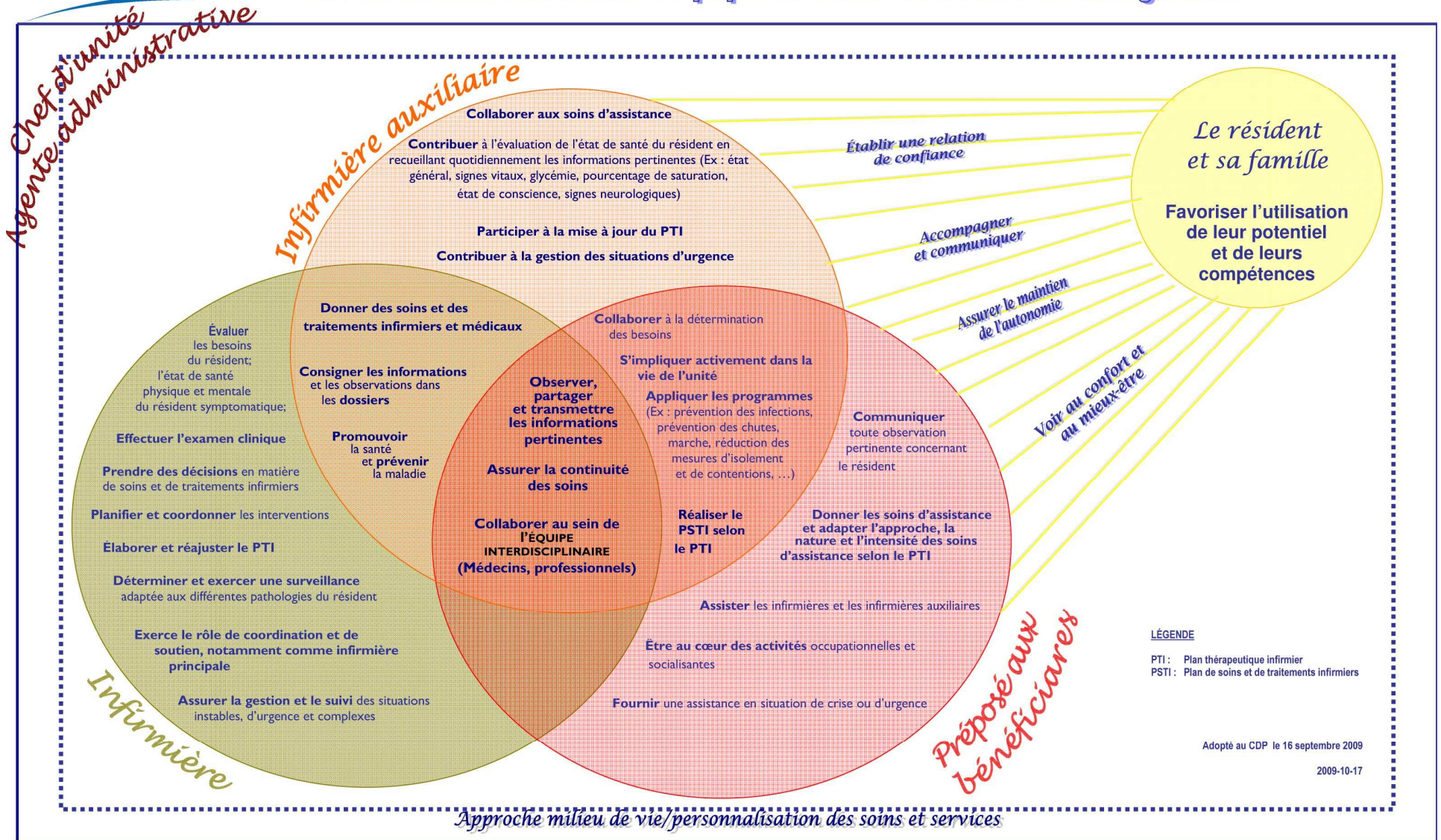
- **établit une alliance** avec le client et ses proches;
- **évalue l'état de santé** du client;
- contribue à créer un environnement physique propice au **bien-être du client**;
- intervient afin d'accroître le répertoire d'habiletés d'adaptation du client et de ses proches;
- contribue à **évaluer le degré d'autonomie** du client;
- **maximise les capacités** du client et compense ses incapacités;
- applique des mesures de **prévention des chutes**;
- applique des mesures de prévention des accidents;
- prévient les situations d'agressivité entre les clients atteints de déficits cognitifs;
- applique des mesures de prévention des **lésions de pression**;
- applique les mesures de **prévention des infections**;
- traite les problèmes de lésion de pression;
- enseigne aux clients, aux proches et aux membres de l'équipe de soins la prévention des lésions de pression;
- prodigue les soins requis au client lors de situations de santé instables;
- intervient pour soulager la **douleur chronique** du client;
- intervient de façon à assurer le respect des droits et des volontés du client;
- administre les **médicaments** prescrits au client selon l'ordonnance médicale ou le protocole;
- contribue à l'**évaluation des fonctions cognitives**;
- adapte la communication et l'approche en fonction des capacités et des incapacités cognitives du client;
- offre du soutien aux proches et aux membres de l'équipe de soins;
- avec la collaboration des membres de l'équipe de soins, **planifie les soins** requis pour le client présentant des comportements dysfonctionnels ou indésirables en les situant dans un environnement adapté à cette clientèle;
- avec la collaboration des membres de l'équipe de soins, **planifie les soins** en vue d'assurer la sécurité et la confiance des clients qui cohabitent avec ceux qui présentent des comportements dysfonctionnels ou indésirables;
- aide le client à cheminer dans son processus du mourir et soutient les proches dans cette expérience de vie;
- assure la **coordination et la continuité des soins**;
- facilite l'accès à des activités récréatives et sociales pour les clients et les proches;
- favorise l'intégration des membres de l'équipe de soins dans les activités de soins et dans les **rencontres d'équipe**.

¹⁷ OIIQ. (2004). L'exercice infirmier en soins de longue durée.

3. LES RÔLES ET FONCTIONS SPÉCIFIQUES

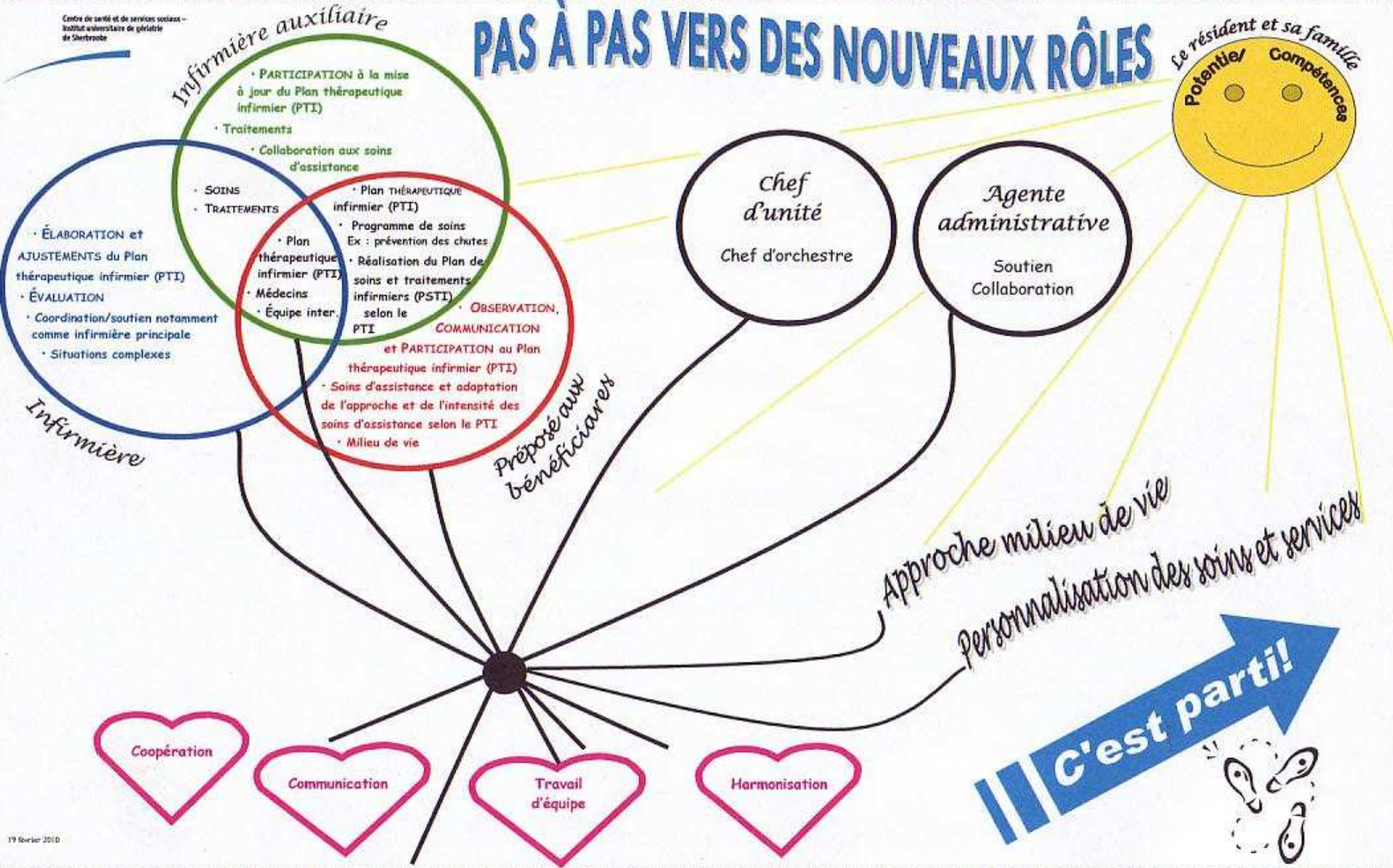
Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke

Les nouveaux rôles dans l'équipe de soins en centre d'hébergement



Adaptation du document « Partage des rôles et des responsabilités de l'équipe de soins en centre d'hébergement » 2009 – CSSS de la Vieille-Capitale-ISBN : 978-922823-69-1

PAS À PAS VERS DES NOUVEAUX RÔLES



Organisation du travail et revalorisation des pratiques en CHSLD : Rôles et fonctions spécifiques

3.1 Rôles et fonctions spécifiques de l'infirmière principale

1. Dans une approche de soins intégrés, assume la responsabilité de la démarche de soins infirmiers (SI) pour un groupe de résidents qui lui sont assignés et cela dès leur admission et pour toute la période de leur hébergement (24 hres/7 jrs).
2. Planifie, organise, dirige et contrôle les soins infirmiers requis pour son groupe de résidents en utilisant différents outils cliniques, outils de gestion et en assurant leur mise à jour.
3. Collabore étroitement avec les autres infirmières principales à la réalisation de la démarche de SI pour son groupe de résidents et applique des modalités de collaboration. (ex. : réunion d'équipe entre les infirmières principales, partage des bons coups, résolution de problèmes).
4. Coordonne la dispensation des soins infirmiers et services requis des membres de son équipe pour assurer la réalisation de la démarche de SI pour son groupe de résidents et assure le coaching requis.
5. Applique des principes de collaboration et coopération en exerçant un leadership professionnel et mobilisateur auprès de son équipe tout en favorisant l'autonomie, le respect et la responsabilisation.
6. Coordonne la planification et la dispensation des soins et services requis par ses résidents en étroite collaboration avec l'ensemble des professionnels (médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, travailleuse sociale, loisirs, orthophonie).
7. Fait connaître son rôle et assure une relation de partenariat avec son groupe de résidents et leurs familles/proches ainsi qu'auprès de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire.
8. Développe une relation personnalisée avec le résident et ses proches. Elle est présentée à la famille comme étant l'infirmière principale avec ses coordonnées pour la rejoindre au travail (ses disponibilités, se fixer des temps pour favoriser la communication, moyens de communication).
9. Assure l'intégration de la philosophie et des principes de milieu de vie dans la réalisation de la démarche de SI par les membres de son équipe.

10. Assure la continuité des soins et services en appliquant différentes modalités de communications. (ex : réunion d'équipe quotidienne, réunion hebdomadaire d'équipe, rencontre interdisciplinaire, outils de communication, suivi des demandes, collaboration entre infirmières principales ou l'équipe de soins, rapport inter-service, cahiers de communication...).
11. S'assure de l'atteinte des résultats de soins et collabore étroitement à l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité des SI.
12. Assure l'élaboration du PTI et du PSTI en procédant à l'évaluation clinique requise. S'assure de la réalisation du plan d'intervention et sa révision aux 90 jours (LSSSS, R-5 art. 35).
13. Planifie et anime la rencontre hebdomadaire d'équipe selon la procédure établie en incluant le PTI, des objectifs de soins et de milieu de vie.
14. Effectue le dépistage des facteurs de risque pour son groupe de résidents à l'admission, aux 3 mois et au besoin. Planifie l'ensemble des évaluations et des interventions requises.
15. Dans son rôle d'évaluation, utilise différents outils cliniques ou grilles de dépistage à l'admission, aux 3 mois et au besoin;
 - a. Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)
 - b. Grille de dépistage des risques des lésions de pression (Échelle de Braden)
 - c. Dépistage du risque de chute (Grille Allard)
 - d. Dépistage fonctionnel des problèmes liés à l'alimentation et à la prise de médication (Grille IUGM)
 - e. Évaluation comportementale de la douleur (Doloplus 2)
 - f. Risque de transmettre une infection
 - g. Risque d'infection
16. Interprète les facteurs de risque, fait des liens entre les données recueillies et s'assure de mettre en place des actions préventives avec l'équipe de soins.
17. Effectue la gestion et la mise à jour de son tableau de bord (Bilan des facteurs de risques - planification trimestrielle et mise à jour) selon les modalités établies.
18. Effectue une analyse des besoins de son groupe de résidents afin de revoir notamment la médication, les traitements, la pertinence de l'utilisation des mesures de contrôle visant à assurer des soins de qualité et sécuritaires.
19. Communique verbalement ou par écrit au médecin les informations pertinentes relatives à l'état de santé du résident après son évaluation clinique (rencontre ou utilisation du cahier du médecin).

20. Effectue les demandes de consultation avec le médecin et assure le suivi avec les autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleuse sociale, nutritionniste, etc.).
21. Participe aux soins dans le cadre de son évaluation clinique, à l'identification des facteurs de risque et la gestion des symptômes comportementaux chez la personne atteinte de déficits cognitifs, etc.
22. Participe activement à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire, collabore avec les membres de l'équipe et assure l'application et le suivi dudit plan.
23. Assiste aux rencontres interdisciplinaires en représentant les volontés et les valeurs du résident et son représentant.
24. S'assure de transmettre à l'équipe de soins les informations relatives au plan d'intervention et s'assure de leur mise en application.
25. Applique les mesures de sécurité ainsi que leur révision aux 3 mois (ex : Bertess, les contentions).
26. Assure les communications avec l'agente administrative.
27. Effectue toutes autres tâches pertinentes au rôle de l'infirmière principale à la demande du supérieur immédiat.

Organisation du travail et revalorisation des pratiques en CHSLD : Rôles et fonctions spécifiques

3.2 Rôles et fonctions spécifiques de l'infirmière auxiliaire

1. Contribue à l'évaluation de l'état de santé du résident.
2. Communique à l'infirmière les informations pertinentes reliées à l'état de santé du résident.
3. Transmet l'information pertinente à l'équipe au sujet du résident.
4. Prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux en respectant le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI), le plan de traitement (PT), le plan thérapeutique infirmier (PTI) et les ordonnances en vigueur.
5. Contribue à la réalisation du plan thérapeutique infirmier (PTI) et à la mise à jour du plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) en collaboration avec l'infirmière.
6. Contribue au suivi clinique en appliquant les directives infirmières inscrites au PTI.
7. Contribue, en collaboration avec l'infirmière principale, à l'évaluation des facteurs de risques des résidents.
8. Assure le confort physique du résident.
9. Contribue au bien-être psychologique du résident.
10. Assure la continuité des soins et des services en appliquant différentes modalités de communication.
11. Développe une relation personnalisée avec le résident et ses proches.
12. Dispense les soins et les traitements en tenant compte de l'approche milieu de vie.
13. Participe aux rencontres hebdomadaires d'équipe.
14. Collabore et participe avec l'équipe interdisciplinaire.
15. Applique les principes de collaboration et de coopération en exerçant un leadership professionnel et mobilisateur auprès de l'équipe tout en favorisant l'autonomie, le respect et la responsabilisation.
16. Effectue toutes autres tâches pertinentes au rôle de l'infirmière auxiliaire à la demande de son supérieur immédiat.

Organisation du travail et revalorisation des pratiques en CHSLD : Rôles et fonctions spécifiques

3.3 Rôles et fonctions spécifiques du préposé aux bénéficiaires

1. Dispense les soins d'assistance requis par les résidents.
2. Adapte son approche, la nature et l'intensité des soins d'assistance, selon le PTI.
3. Adopte des attitudes et une approche d'intervention adaptée envers les personnes âgées en perte d'autonomie.
4. Communique à l'infirmière ou à l'infirmière auxiliaire toute observation sur les changements relatifs à l'état général du résident.
5. Est au cœur des activités occupationnelles et socialisantes du résident.
6. Démonstre une attitude de respect envers le résident.
7. Assiste l'infirmière et l'infirmière auxiliaire lors de certains examens et traitements.
8. Créer un lien de confiance avec le résident et sa famille.
9. S'assure de dispenser des soins et des services sécuritaires.
10. Fournit une assistance en situation de crise ou d'urgence.
11. Dispense les soins et adapte son attitude selon l'approche milieu de vie.
12. Collabore à la réalisation des objectifs de soins et des différents programmes mis en place dans l'établissement, ainsi qu'à l'atteinte des résultats.
13. Travaille en collaboration avec l'infirmière et l'infirmière auxiliaire.
14. Collabore avec les différents professionnels.
15. Participe aux rencontres hebdomadaires d'équipe.
16. Démonstre de l'autonomie et de la flexibilité dans la gestion de son temps et l'organisation de son travail.
17. Il assure la continuité des informations auprès de ses collègues préposés, notamment lors de la rotation des équipes de soins et des changements de quart de travail.
18. Effectue toutes autres tâches pertinentes au rôle du préposé aux bénéficiaires à la demande de son supérieur immédiat.

4. INTÉGRER LE PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI)

Avec l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* en janvier 2003, les nouvelles dispositions de la *Loi sur les infirmières et infirmiers* ont introduit la notion de plan thérapeutique infirmier ou PTI.

En somme, le PTI assure l'accès aux décisions cliniques prises par l'infirmière à partir de son évaluation et qui sont cruciales pour le suivi clinique du résident. Il contribue ainsi à favoriser la continuité des soins dans une perspective de collaboration interprofessionnelle. Le PTI est une norme de documentation obligatoire depuis le 1^{er} avril 2009.¹¹ L'appropriation du PTI par les milieux de soins constitue bien plus que le simple ajout d'un outil clinique. Il représente en fait un levier très important permettant à l'infirmière d'assurer pleinement son rôle relatif à l'évaluation et au suivi clinique. Son implantation et son utilisation dans le milieu de soins s'associe nécessairement à la révision des rôles et de la distribution des soins. C'est ce qui explique son lien étroit avec le projet local de réorganisation du travail en hébergement.

- Le PTI dresse le profil clinique évolutif des problèmes et besoins prioritaires du résident.
- Le PTI fait état des directives infirmières données en vue d'assurer le suivi clinique du résident et qui portent notamment sur la surveillance clinique, les soins et les traitements.
- Le PTI est déterminé et ajusté par l'infirmière à partir de son évaluation clinique et consigné au dossier du résident.



CONSTATS



DIRECTIVES

Définition d'un constat :

Problèmes et besoins prioritaires que l'infirmière détermine à partir de son évaluation clinique et qu'elle juge importants pour établir un profil clinique évolutif du résident et pour assurer le suivi clinique requis.

Définition d'une directive :

Indications de suivis spécifiques ou exceptionnelles qui portent sur des interventions requises par la situation de santé d'un résident ou par une évolution atypique de sa condition.

**Consulter la règle de soins infirmiers du CSSS-IUGS sur le PTI
(REG-DSI-08) sur le site documentaire.**

Dans la formulation de ses directives, l'infirmière tient compte des personnes susceptibles de contribuer à la réalisation du plan thérapeutique infirmier, c'est-à-dire des infirmières auxiliaires, des préposés aux bénéficiaires, des résidents et de leurs familles.

- Le PTI est le principal outil de travail de l'infirmière.
- Un PTI doit être déterminé pour chaque résident hébergé. L'infirmière fait état des constats et des directives qu'elle établit suite à son évaluation.
- L'infirmière principale est responsable de déterminer un PTI suite à son évaluation initiale pour les résidents qui lui sont assignés.
- L'infirmière est responsable d'inscrire au PSTI et au plan de travail du préposé les directives qui s'adressent à l'infirmière auxiliaire et au préposé aux bénéficiaires.
- L'infirmière est responsable d'assurer la réalisation du PTI.
- L'infirmière principale planifie et dirige les rencontres hebdomadaires d'équipe en fonction du PTI.

Il est important de souligner que :

Chaque infirmière qui donne des soins à un client engage sa responsabilité en ce qui a trait au plan thérapeutique infirmier, que ce soit en le déterminant et en l'ajustant, en le justifiant ou en en assurant la réalisation. [...] Toute autre infirmière que celle qui a déterminé le PTI doit en appliquer les directives, à moins qu'elle ne doive l'ajuster pour tenir compte de l'évolution de la condition du client, de la survenance de nouveaux événements, des réactions du client ou des résultats obtenus. Elle doit alors justifier cet ajustement dans les notes d'évolution ou dans tout autre outil permanent de documentation des soins.¹⁸

- L'infirmière auxiliaire contribue à l'évaluation de l'état de santé d'un résident selon son champ d'exercice et ses activités réservées.
- Elle contribue à la réalisation du PTI.
- Elle prodigue les soins et les traitements selon les directives infirmières.
- Elle signale à l'infirmière toute situation problématique observée auprès d'un résident et l'inscrit dans les notes d'évolution au dossier de ce dernier.
- Si elle n'a pas pu réaliser l'intervention mentionnée dans la directive infirmière, elle doit aviser l'infirmière en lui précisant la raison.

- Le préposé est responsable de consulter son plan de travail et de prendre connaissance des informations qui y sont inscrites.
- Il est responsable d'appliquer les directives du PTI inscrites dans son plan de travail.
- Si le préposé n'a pas pu réaliser une intervention, il est responsable d'aviser l'infirmière et lui en préciser la raison.

¹⁸ OIIQ. (2006). L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique clinique.

5. LES NOTES D'ÉVOLUTION

Définition :

Information consignée au dossier du client qui décrit l'évolution de la situation de santé. Les interventions effectuées, les réactions du client ainsi que les résultats obtenus, et qui explique les décisions cliniques de l'infirmière.¹⁹

Les notes d'évolution doivent refléter les évaluations réalisées, les interventions mises en place et les observations pertinentes de l'infirmière auprès du résident afin de justifier et assurer un suivi clinique de ses décisions regroupées dans le PTI.

Les notes d'observation que l'**infirmière auxiliaire** inscrit au dossier constituent le reflet de sa compétence professionnelle et de la qualité des soins qu'elle dispense aux résidents. L'infirmière auxiliaire a l'obligation de rédiger elle-même les notes d'observation dans le dossier du résident dont elle a la responsabilité.²⁰

De plus, les notes d'évolution doivent également rendre compte de l'application des directives infirmières réalisées par les infirmières auxiliaires ainsi que les résultats et les réactions du résident face à l'application de ces directives.

Il est important que :

- ✓ Les notes soient chronologiques, complètes, concises, précises et pertinentes.
- ✓ Elles doivent respecter les normes de documentation professionnelles en vigueur.

**Une règle de soins infirmiers sur
la documentation en soins infirmiers
est en cours de rédaction.**

¹⁹ OIIQ. (2009). La Mosaïque des compétences.

²⁰ OIIAQ. (2004). La capacité légale de l'infirmière auxiliaire.


6. LE PLAN DE SOINS ET DE TRAITEMENTS INFIRMIERS (PSTI)

Définition :

« Le PSTI comprend l'ensemble des soins et des traitements infirmiers, des soins et des traitements médicaux prescrits et des autres interventions dont la réalisation est planifiée et assurée par l'infirmière »²¹ en collaboration avec l'infirmière auxiliaire.

Au CSSS-IUGS, le PSTI est le principal outil de travail de l'infirmière auxiliaire qui la guide dans les soins qu'elle a à prodiguer. Contrairement au PTI où l'information qui s'y retrouve est très succincte, celle au PSTI est plus détaillée.

- L'infirmière doit s'assurer d'y inscrire les directives qui s'adressent à l'infirmière auxiliaire suite à la rédaction du PTI.
- L'infirmière principale doit également y inscrire l'objectif de milieu de vie identifié pour le résident et auquel l'infirmière auxiliaire doit apporter sa collaboration.
- L'infirmière et l'infirmière auxiliaire travaillent en collaboration dans son élaboration et sa mise à jour.

		PHOTOS		Pr. de: Nom du patient												
PLAN DE SOINS ET TRAITEMENTS INFIRMIERS (PSTI)				Pr. de: Nom du médecin Infirmité principale												
Directeur infirmier (PTI)				Objectif de milieu de vie												
Mise à jour (à 3 mois fait le) : _____																
Diabétique		Risque de plaies		Risque de transmettre l'infection												
Risque de douleur		Risque de chute		Dysphagie												
Allergie		Contention		Type de mesure de contrôle												
AINS				JUN 2011 - TRAITEMENTS - SOMMEIL - REPERCUSSION												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
(The grid contains the word "PROJET" written across the middle)																
Blancs																
Date initiale: _____				_____				_____				Page 1 de 2				

²¹ OIIQ. (2006). L'intégration du plan thérapeutique infirmier à la pratique clinique.

7. LE PLAN DE TRAVAIL

Définition :

Le plan de travail est un outil de communication complété par un professionnel et qui donne à un intervenant non-infirmier (ex. : PAB) qui n'a pas accès au dossier de l'utilisateur en question, des consignes écrites sur les soins ou services à prodiguer à cet usager.²²

Le plan de travail des préposés aux bénéficiaires est uniforme au sein des unités de soins de longue durée et il constitue le principal outil de travail des préposés.

- Le préposé est responsable de consulter son plan de travail et de le mettre en application.
- L'infirmière doit s'assurer d'y inscrire les directives qui découlent du PTI et qui s'adressent aux préposés.
- L'infirmière doit également y inscrire les objectifs de milieu de vie qui ont été identifiés par les préposés et qui sont actuellement en cours de réalisation auprès de chaque résident.
- Le plan de travail est complémentaire à d'autres outils utilisés, tel que le tableau de soin affiché au chevet du résident ainsi que le Bertess.
- L'infirmière doit s'assurer qu'il est à jour en collaboration avec le préposé aux bénéficiaires.

²² CSSS-IUGS. (2010). Plan thérapeutique infirmier (PTI), REGSI-DSI-08.

8. MODALITÉS PARTICULIÈRES AU CSSS-IUGS

➤ *L'évaluation initiale* = lors de l'admission du résident

L'infirmière doit procéder de façon systématique à l'évaluation de l'ensemble des facteurs de risques chez le résident lors de son admission.

L'évaluation initiale permet :

- ✓ d'avoir une vision globale du résident;
- ✓ d'obtenir des données qui serviront de point de référence;
- ✓ d'identifier les vulnérabilités particulières du résident;
- ✓ de déterminer les paramètres de surveillance requis par la condition physique et mentale du résident.



Lorsque l'infirmière décèle une situation à risque, elle détermine au plan thérapeutique infirmier les mesures préventives et les mécanismes de dépistage, de surveillance et de suivi appropriés.²³

➤ *L'évaluation en cours d'évolution*

La surveillance clinique s'inscrit dans l'évaluation en cours d'évolution et, de ce fait, constitue l'une des assises de l'exercice infirmier. [...] Plus précisément, la surveillance clinique consiste à évaluer de façon attentive et soutenue des paramètres cliniques de la condition physique et mentale d'une personne ainsi que des facteurs qui peuvent les influencer, en tenant compte d'évaluations antérieures, ce qui permet de suivre l'évolution de santé du résident et d'ajuster le PTI au besoin.²⁴

- ➡ De façon minimale aux 3 mois.
- ➡ En fonction des paramètres de surveillance déterminés au PTI.
- ➡ Au besoin selon la condition de santé du résident.

²³ OIIQ. (2004). Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière.

²⁴ OIIQ. (2010). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières.

Au CSSS-IUGS, une fréquence minimale de réévaluation aux 3 mois a été déterminée pour s'assurer que chaque résident soit réévalué et ce, de façon minimale en cours d'évolution. Par contre, c'est toujours le jugement clinique de l'infirmière qui prévaut et c'est à elle d'identifier la fréquence de réévaluation nécessaire et pertinente pour un résident.

Ex. : Suite à l'introduction d'un nouveau médicament, l'infirmière anticipe un risque d'étourdissements et d'hypotension chez le résident. Pour cette raison, elle rapproche la fréquence d'évaluation du risque de chute pour un certain temps et l'inscrit au PTI.

Pour évaluer la condition physique et mentale d'un résident, l'infirmière doit utiliser toutes les sources de données cliniques disponibles²⁵ :

- examen clinique (histoire de santé, examen physique et examen de l'état mental);
- données obtenues par observation ou à l'aide d'un appareil, de tests et d'outils de mesure;
- échelles d'évaluation de la douleur ou de risques (ex. : infection, d'accident, de chutes, de plaies de pression, de violence, de suicide, etc.);
- entrevue;
- la famille, les proches;
- les notes au dossier;
- les résultats des examens diagnostiques;
- la liste des diagnostics médicaux.

Les outils cliniques, comme les grilles d'évaluation et les échelles de mesure, sont des outils qui viennent soutenir la pratique infirmière. En utilisant ses compétences et ses connaissances, l'infirmière sera en mesure d'utiliser judicieusement les outils cliniques disponibles et ce, lorsque cela est pertinent afin de compléter son évaluation.

Par exemple, auprès d'un résident qui présente des troubles de la communication verbale et qui manifeste des signes comportementaux évidents de douleur, l'utilisation d'une échelle d'évaluation de la douleur n'est aucunement pertinente.

Par contre, auprès d'un résident chez qui l'on soupçonne la présence de douleur mais qui n'apparaît pas comme étant une évidence, l'utilisation d'une échelle d'évaluation devient pertinente pour objectiver et interpréter les manifestations.

²⁵ OIIQ. (2010). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières.

- Chaque fois que l'infirmière réalise une évaluation, elle doit être documentée dans les notes d'évolution.

LES INCONTOURNABLES

Le **SMAF** et le **BERTESS** sont les deux seuls outils cliniques qui doivent obligatoirement être complétés minimalement aux trois mois.

- **SMAF** (Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle)
La perte d'autonomie constitue l'une des manifestations les plus fréquentes des problèmes de santé chez les aînés. Ce syndrome clinique est le moyen typique par lequel la maladie s'exprime chez ceux-ci. Mesurer l'autonomie fonctionnelle permet en outre de suivre la détérioration des capacités du résident. Cette mesure permettra à l'infirmière de comparer l'évolution et de porter un jugement sur la perte d'autonomie.²⁶
- **BERTESS** (Outil d'analyse des manœuvres de transferts par une démarche concertée)
Le BERTESS nous permet ensuite de déterminer les modalités de transferts en fonction du niveau d'autonomie identifié.
- De façon trimestrielle, **les fiches médicales d'urgence** doivent être révisées afin de s'assurer de la validité de leur contenu.

²⁶ Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD.

9. LE TABLEAU DE BORD DE L'INFIRMIÈRE PRINCIPALE

Le tableau de bord est un **outil** mis en place pour soutenir l'infirmière dans l'exercice de ses fonctions en soins de longue durée.

Le tableau de bord de l'infirmière principale comporte en fait 2 tableaux complémentaires :

- Le tableau « Bilan des facteurs de risques »
- Le tableau de « Planification trimestrielle et mise à jour »

Objectif principal :

Permettre à l'infirmière principale d'avoir une vision globale des besoins cliniques des résidents sous sa responsabilité.

Objectifs spécifiques :

1. Dresser un bilan des facteurs de risques particuliers à chaque résident.
2. Aider l'infirmière principale à planifier les différentes mises à jour à effectuer.
3. Assurer l'accessibilité des informations consignées par l'ensemble du personnel clinique visé afin d'assurer une meilleure continuité.

Le tableau de bord est un **MOYEN** pour aider l'infirmière et ne constitue **PAS UNE FIN**.

C'est pour cette raison, et en vue d'avoir une vision globale du résident, que le tableau de bord doit être analysé dans une optique d'horizontalité dans le cadre de la démarche d'évaluation clinique de l'infirmière principale.

Nom	Diabétique	Prochaine évaluation	Profil Iso SMAF	Risque de plaie	Contention/ isolement	Risque de chute	Risque de dysphagie	Risque de douleur	Risque de transmettre une infection	Risque d'infection
→										

Nom	Histoire sociale	Collecte de données	Tableau de soins SMAF	Bertess	Fiches d'urgence	Évaluation bucco-dentaire	Évaluation des fonctions cognitives	Soins d'ongles	Dosage ingesta & excreta	Révision des médicaments	Poids	Labo.	Glycémie capillaire	Signes vitaux
→														

Un guide d'utilisation du tableau de bord sera remis aux infirmières afin de les aider à le compléter et dans le but d'harmoniser nos façons de procéder.

10. LE PRINCIPE DE LA CONTINUITÉ 24 HEURES / 7 JOURS



L'infirmière principale est responsable des soins d'un nombre déterminé de résidents, de leur admission et pendant toute la période de leur hébergement et ce, 24 heures par jour, 7 jours sur 7. L'infirmière principale accompagne la famille et le résident au cours de son épisode de soins et elle est responsable de l'ensemble de la planification et de la distribution des soins infirmiers dispensés aux résidents qui lui sont attribués.

De plus, elle exerce de façon autonome et responsable la prise de décision concernant les résidents qui lui sont assignés. De ce fait, il s'avère nécessaire de consulter l'infirmière principale avant d'entreprendre ou de modifier une intervention, car certaines actions sont peut-être déjà en cours. Par exemple, avant d'inscrire une note au médecin, les autres infirmières doivent consulter d'abord l'infirmière principale qui représente la personne de référence pour ce résident. En l'absence de l'infirmière principale, **l'infirmière présente sur l'unité a la responsabilité d'assurer le suivi immédiat d'une situation d'urgence.** Par contre, lorsqu'il s'agit d'un élément de suivi non urgent, une note doit être laissée à l'intention de l'infirmière principale dans le cahier de communication afin qu'elle puisse assurer un suivi.

Exemples :

Suivi rapide nécessaire	Non-urgent (note cahier)
- Douleur chez un résident	- Demande de vêtements auprès de la famille
- Changer texture des aliments car présence de dysphagie suite à l'évaluation réalisée ce jour	- Laxatifs à faire prescrire
- Appel à la famille car débute soins de confort suite à épisode aigüe	- Revoir positionnement au fauteuil car inadéquat
- Présence d'une rougeur au talon droit	- Suivi auprès de la famille

Notons aussi que toutes les interventions ne sont pas exclusivement réservées à l'infirmière principale et que tout ne doit pas toujours passer par elle. Ainsi, les tâches reliées à la santé et à la sécurité au travail, à la gestion de l'équipe, ou les tâches qualifiées de plus routinière auprès des résidents concernent **TOUTES** les infirmières!

- Ex. :**
- Changement de plat principal considérant le goût et les préférences du résident.
 - Demande de réparation de prothèse dentaire.
 - Frein défectueux sur un fauteuil roulant; l'infirmière sur place reçoit et traite la demande.

Par sa grande contribution aux soins du résident, l'infirmière auxiliaire représente pour l'infirmière une personne ressource très importante pour la soutenir dans la continuité des soins.

Par sa présence constante aux soins et par sa connaissance des résidents, le préposé aux bénéficiaires représente un membre essentiel de l'équipe. Il soutient l'équipe dans la transmission d'information et contribue ainsi à assurer la continuité des soins.

L'infirmière qui apporte une modification au sein de la planification ou des soins d'un résident doit aviser l'infirmière principale de ce changement, soit verbalement ou en lui laissant une note dans le cahier de communication à cet effet. Cela a pour but de permettre à l'infirmière principale de faire le suivi requis si nécessaire et de demeurer la personne la mieux informée des besoins et des soins donnés aux résidents sous sa responsabilité.

De plus, l'infirmière principale est le pivot des communications au sujet de ses résidents. Elle agit comme récepteur, décodeur et émetteur. Il est de sa responsabilité de faire circuler l'information pertinente au suivi du résident chez l'ensemble des membres de l'équipe, en tenant compte des autres quarts de travail. Chaque infirmière principale est également responsable de faire un suivi des demandes qui lui ont été acheminées par l'équipe de soins. Cela signifie que lorsqu'une problématique est mentionnée, peu importe sur quel quart de travail elle a été soulevée, l'infirmière principale du résident doit assurer un suivi à l'égard de cette problématique.

La présence et le rôle de l'infirmière principale facilite également le suivi auprès de l'équipe interdisciplinaire. Les divers professionnels sont interpellés à collaborer avec l'équipe de soins pour atteindre des objectifs communs auprès des résidents. La présence de l'infirmière principale devient le point central de la continuité entre l'équipe interdisciplinaire et le résident pour faire le suivi.

Exemple : Suite à une visite auprès d'un résident, le dentiste note une altération de la muqueuse buccale ainsi que la présence de beaucoup de tartre sur les dents du résident. Il communiquera des informations précises sur les soins à donner au résident à l'infirmière principale et ce sera à cette dernière, en collaboration avec son équipe, à planifier les soins de bouche de façon régulière et particulière pour ce résident. Si après 2 semaines le dentiste revient et que l'état de la muqueuse buccale ne s'est pas amélioré, il retournera voir l'infirmière principale afin de trouver une explication à cette constatation.

- Présence d'un but commun
- Présence de collaboration
- Présence de continuité

11. LE CONTEXTE DE REMPLACEMENT

La stabilité du personnel est un facteur qui contribue grandement à la réussite de la mise en place du modèle de soins. Par contre, la réalité est telle qu'il faut absolument tenir compte de la mobilité du personnel. Ainsi, lorsque l'infirmière principale est absente et qu'elle est remplacée de façon ponctuelle, il est important de ne pas oublier que l'infirmière qui la remplace doit assumer les rôles et responsabilités qui lui sont attribuées à titre d'infirmière chef d'équipe ou d'assistante infirmière-chef. Elle doit assurer un soutien, une présence et une gestion auprès de l'équipe de soins. Ainsi, en plus d'exercer son travail selon son champ de compétence, elle doit également soutenir le modèle de soins en place ainsi que le travail réalisé par l'infirmière principale. Même si elle n'est pas présente de façon permanente dans l'équipe, il y a des tâches spécifiques de l'infirmière principale qu'elle se doit tout de même de réaliser. À ce titre, vous pouvez consulter votre chef d'unité pour obtenir le projet de l'horaire type de l'infirmière remplaçante.

Voici quelques grandes lignes des tâches qu'elle doit assurer pendant son remplacement à court terme :

- **Assurer le suivi clinique de toute situation ponctuelle aiguë auprès d'un résident qui le nécessite;** (Ex : suivi post chute, AVC, infection)
- **Elle doit assurer le suivi du tableau de bord de l'infirmière principale qu'elle remplace;**
 - o Dans la mesure de ses connaissances à l'égard des différents outils cliniques;
 - o En tenant compte de la condition des résidents; (Ex : résident s'est étouffé à l'alimentation et évaluation de la dysphagie, si fait il y a 2 mois, il est pertinent de réévaluer)
- **Elle doit consulter le cahier de communication de l'infirmière principale qu'elle remplace afin de voir si des suivis sont urgents à réaliser et s'il y en a qu'elle peut effectuer;**
- **Elle doit assurer la gestion de l'équipe;**
- **Elle doit assurer la mise à jour du PTI selon la règle de soins infirmiers du CSSS-IUGS.**

Bien sûr, l'infirmière principale remplaçante est aussi soutenue par le chef d'unité et doit suivre ses recommandations s'il y a lieu.

Dans un contexte de remplacement (roulement du personnel), les tâches assumées par l'infirmière auxiliaire sont assumées intégralement par sa remplaçante. L'infirmière auxiliaire et l'infirmière principale doivent collaborer ensemble dans la distribution et l'organisation des soins et s'apporter mutuellement du soutien.

Dans le contexte de remplacement, le préposé aux bénéficiaires apporte son appui à l'équipe, entre autre, par la transmission et le partage d'informations ainsi que dans la collaboration avec les membres afin de contribuer au bon fonctionnement de l'équipe.

Dans le modèle de distribution des soins, l'infirmière principale demeure un point de référence pour toute l'équipe.

12. LE LEADERSHIP

Leadership, quelques définitions :

L'infirmière principale applique des principes de collaboration et coopération en exerçant un leadership professionnel et mobilisateur auprès de son équipe tout en favorisant l'autonomie, le respect et la responsabilisation. Dans un premier temps, nous donnerons une définition du leadership et, par la suite, nous verrons comment en appliquer les principes dans une approche de collaboration et coopération.

En ce qui concerne Koontz et O'Donnell²⁷, le leadership est l'art ou le processus consistant à influencer les personnes de façon à ce qu'elles consacrent volontairement tous leurs efforts à la réalisation des buts collectifs. C'est un art parce que cela exige une certaine habileté et des talents pour inciter les employés de manière à leur faire accomplir des tâches volontairement avec motivation dans le sens des objectifs poursuivis par l'entreprise.

Bergeron²⁸, abonde dans le même sens lorsqu'il définit le leadership comme une activité qui consiste à influencer le comportement d'un individu ou d'un groupe d'individus en vue de la réalisation des objectifs visés.

En résumé, on peut dire que le supérieur immédiat doit être capable de faire accomplir les tâches aux employés par son influence et son pouvoir de persuasion. Cela suppose qu'il inspire confiance et que les employés acceptent d'exécuter avec motivation les tâches qui leur sont assignées.

Si l'on considère le leadership simplement comme la capacité d'exercer une influence sur les autres, toutes les infirmières peuvent alors être considérées comme des chefs de file, quel que soit leur poste ou leur titre. Partout, elles peuvent lancer ou saisir des possibilités d'apprentissage, choisir d'apporter une contribution positive ou être une source d'inspiration en dépit des difficultés que connaît le système de santé. On peut considérer ces interventions comme du leadership officieux.²⁹

Le leadership professionnel, qu'on appelle souvent leadership de connaissance ou expert, est intrinsèque au savoir professionnel de l'infirmière et à la maîtrise de ses habiletés.

²⁷ Koontz, H. et O'Donnell (1980). Management : principes et méthodes de gestion McGraw Hill.

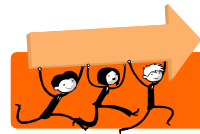
²⁸ Bergeron, P G (1989). La gestion moderne théorie et cas Gaëtan Morin (p.346-347)

²⁹ AIIC (2005). Le leadership infirmier dans un monde en pleine évolution, Zoom sur les soins infirmiers, enjeux et tendances dans la profession infirmière au Canada. Janvier, no.18.

Forte de ces connaissances, elle saura diriger son équipe en utilisant ses acquis. L'équipe verra alors l'infirmière principale comme une personne ressource crédible. C'est le type de leadership le plus courant en pratique professionnelle.

Le leadership mobilisateur réfère à la capacité de l'infirmière d'utiliser ses habiletés à amener son équipe vers la réalisation des activités de soins. Ainsi, elle saura utiliser les compétences de son équipe vers la réalisation d'objectifs communs.

Leadership, collaboration et coopération



Selon St-Arnaud³⁰, dans une structure de service comme la nôtre, la professionnelle possède un pouvoir d'expert qui lui est reconnu par l'interlocuteur mais ne possède aucun pouvoir d'autorité sur la famille, par exemple. Elle informe donc son interlocuteur des éléments qui peuvent influencer sa décision, mais elle s'abstient de lui dicter son comportement ou de décider à sa place. Dans une approche de coopération, elle encourage l'interlocuteur à utiliser son pouvoir personnel afin de trouver une solution et faire un choix éclairé. Pour nous, cette approche de coopération est favorisée auprès de l'infirmière principale et son équipe de soins. Tout en gardant son pouvoir d'autorité pour atteindre ultimement les résultats escomptés, elle favorise avant tout la coopération et la mobilisation de l'équipe par l'utilisation des compétences de chacun.

Le leadership de l'infirmière principale

Pour lui permettre d'assurer un leadership professionnel et mobilisateur, nous croyons que l'infirmière principale doit actualiser les responsabilités suivantes dans une perspective de collaboration et coopération.

- | | |
|---|---|
| ☆ <u>Identifie les besoins</u> du résident; | ☆ <u>Participe</u> aux soins pour évaluer; |
| ☆ <u>Collabore</u> avec l'équipe interdisciplinaire; | ☆ <u>Assure les suivis</u> avec son équipe; |
| ☆ <u>Coopère</u> avec les membres de son équipe de soins; | ☆ <u>Assure le soutien</u> clinique (coaching); |
| ☆ <u>Anime</u> la rencontre hebdomadaire d'équipe; | ☆ <u>Assure les communications</u> au sein de l'équipe; |
| ☆ <u>Assure la présence</u> requise sur le terrain; | ☆ <u>Favorise l'approche milieu de vie.</u> |

³⁰ St-Arnaud, Y. (2003). L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération. Les presses de l'université de Montréal, 2^{ème} éd., pp. 168-169.

Le leadership de l'infirmière auxiliaire au sein de l'équipe

- ☆ Assiste et en prend une part active aux rencontres hebdomadaires d'équipe;
- ☆ Démontre de l'autonomie dans l'organisation de son travail;
- ☆ Soutient l'équipe de soins dans les différents soins à prodiguer;
- ☆ Utilise ses compétences, connaît et respecte ses limites;
- ☆ S'assure de posséder les informations pertinentes concernant les résidents qui lui sont assignés;
- ☆ Propose des idées et adopte des comportements dans le but d'améliorer la cohésion et le fonctionnement de l'équipe;
- ☆ Participe activement aux rencontres interdisciplinaires.

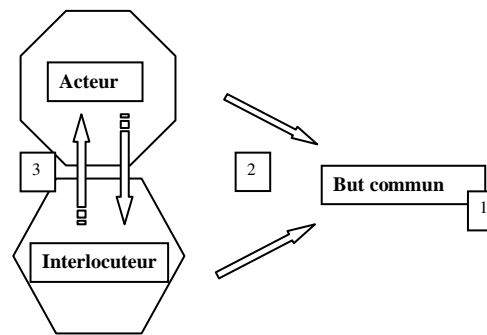
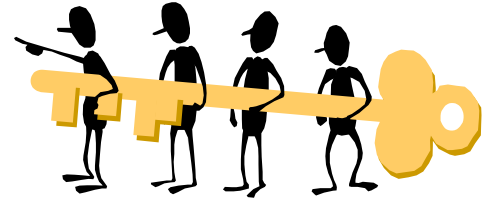
Le leadership du préposé aux bénéficiaires au sein de l'équipe

- ☆ Assiste et prend une part active dans la préparation à la rencontre hebdomadaire d'équipe;
- ☆ Identifie des objectifs de milieu de vie et rend compte du résultat;
- ☆ Se dote de moyens pour atteindre ses objectifs visés;
- ☆ Démontre de l'autonomie et de la flexibilité dans l'organisation de son travail;
- ☆ Collabore avec l'équipe dans les différents soins à prodiguer;
- ☆ Se soucie de la continuité des soins auprès des résidents qui lui sont assignés;
- ☆ Transmet l'information pertinente à l'infirmière ou l'infirmière auxiliaire pour assurer un suivi auprès des résidents.
- ☆ Participe activement aux rencontres interdisciplinaires.

13. LA COLLABORATION ET LA COOPÉRATION

La structure de la coopération :

Pour définir la coopération, St-Arnaud³¹ utilise la notion de structure qu'il définit comme un rapport entre 3 éléments présents dans une relation. Les 2 premiers éléments désignent les personnes engagées dans la relation professionnelle. Le troisième élément est le but proposé, ce pourquoi l'acteur et l'interlocuteur se rencontrent. C'est la qualité de la relation entre les éléments de cette structure qui permet à la coopération de se réaliser.



Caractéristiques de la coopération :

- Les partenaires se concertent dans la recherche et la poursuite d'un but commun (1).
- Les partenaires se reconnaissent mutuellement des compétences à l'égard du but visé (2).
- Le pouvoir est partagé, chacun des partenaires exerçant une influence sur l'autre tout en respectant son champ de compétences et leurs responsabilités (3).
- L'interlocuteur est une source d'information (ex.: infirmière auxiliaire, PAB, professionnel non infirmier).
- L'acteur (ex.: infirmière principale) reconnaît son interlocuteur comme un partenaire à part entière.
- Les ressources de l'interlocuteur sont mises à profit pour documenter la situation et valider les solutions proposées, en vérifier le réalisme et proposer des solutions originales.
- Le contrôle unilatéral est remplacé par un contrôle bilatéral.
- Le but est reformulé de façon à ce que chacun des partenaires le fasse sien.
- La concertation réfère à la recherche d'un but commun.
- La recherche de coopération exige que le praticien amoindrisse son emprise, attribuant à son interlocuteur un champ de compétence qui lui est propre.

³¹ St-Arnaud, Y. (2003). L'interaction professionnelle. Efficacité et coopération. Les presses de l'université de Montréal, 2^e éd.

Les 5 règles du partenariat promoteur de la coopération:

1. Je crée un partenariat en cherchant avec mon **interlocuteur un objectif vers lequel nos intérêts convergent** de façon à pouvoir travailler ensemble.
2. Tout au long de la rencontre, une partie de mon attention est axée sur le processus. Je prends le temps de préparer le terrain par une entrée où **j'associe mon interlocuteur à la structuration de la rencontre**, puis je préviens ou supprime les obstacles en m'assurant qu'à tout moment, au cour du dialogue, nous poursuivons un but commun.
3. **J'utilise en alternance des canaux de communication spécifiques** pour la réception (écoute, empathie,...), la facilitation (recadrage, susciter la participation, retour sur l'objectif visé...), l'entretien de la relation (encouragement, respect mutuel, leadership mobilisateur...) et l'information sur le contenu (leadership professionnel, coaching, objectif de la rencontre...).
4. Lorsque je vise un changement, **je reconnais les limites de mon pouvoir, puis j'utilise celui-ci sans interférer avec le pouvoir de mon interlocuteur**. J'évite l'ingérence afin que mon interlocuteur puisse effectuer des choix personnels.
5. Je nous traite, mon interlocuteur et moi, **comme des êtres uniques, capables d'effectuer des choix personnels**. J'invite mon interlocuteur à utiliser son pouvoir personnel en faisant des choix éclairés pour tout ce qui relève de sa compétence.



D'autres moyens pour favoriser une relation de coopération :

- Le respect des champs de compétences exclusifs et partagés
- La responsabilisation des acteurs impliqués
- Le jugement professionnel

Les prémisses de la collaboration et de la coopération pour l'équipe de soins, c'est-à-dire l'infirmière, l'infirmière auxiliaire et le préposé aux bénéficiaires :

- Champs d'exercices professionnels
- Autonomie professionnelle
- Compétences individuelles
- Respect de l'autre
- Confiance mutuelle
- Environnement d'apprentissage (essayer et permettre l'erreur...)
- Écoute
- Assumer son rôle

Exemples de coopération dans la rencontre hebdomadaire d'équipe :

Principes de collaboration et de coopération au sein de l'équipe : **(Annexe IV)**

- Respect des compétences des membres de l'équipe
- Participation de chacun des membres à la prise de décision
- Mobilisation des membres
- Présence de responsabilisation par les membres
- Présence d'écoute
- Présence de marge de manœuvre dans les moyens visant l'atteinte des résultats

14. L'INTERDISCIPLINARITÉ

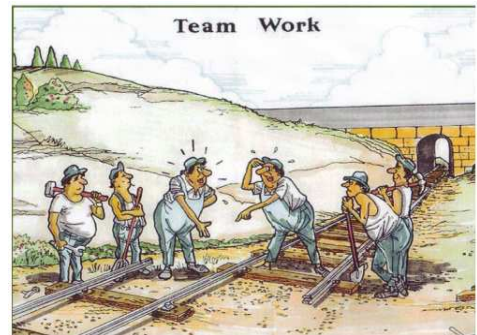
Interdisciplinarité : « Situation où les services fournis à une personne, à une famille, à un groupe ou à une collectivité sont offerts par différents professionnels de la santé qui agissent en collaboration. Après avoir déterminé conjointement des buts et des objectifs communs concernant la personne, la famille, le groupe ou la collectivité, ces professionnels décident des solutions et des interventions, de leur priorité ainsi que du partage des rôles et des activités de chacun selon la perspective propre à leur discipline.³² »

Multidisciplinarité : « [...] travail d'équipe où les savoirs se juxtaposent et où diverses disciplines agissent en parallèle, sans de véritables relations entre elles³³. »

La collaboration interdisciplinaire :

Quelques définitions³⁴ :

L'ensemble des actions menées conjointement par des partenaires d'une ou de plusieurs unités de production en vue d'atteindre un résultat concret.



La structuration d'une action collective entre partenaires en situation d'interdépendance à travers le partage d'informations et la prise de décision dans les processus cliniques.

Avantage :

- ✓ Participation des membres de l'équipe
- ✓ Partage des responsabilités au sein de l'équipe
- ✓ Objectifs communs
- ✓ Approche globale, permet une compréhension intégrée de la personne
- ✓ Met à profit des savoirs qui ne seront pas fragmentés ; collaboration

Nécessite de la part de l'infirmière :

- ✓ Assurance professionnelle
- ✓ Bonne capacité d'écoute
- ✓ Ouverture d'esprit

L'infirmière principale prépare et assiste aux rencontres interdisciplinaires de ses résidents. Elle assure par la suite le suivi aux membres de l'équipe, à la famille et au résident.

³² OIIQ. (2009). Mosaique des compétences.

³³ Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD.

³⁴ D'Amour, Danielle (2007). Comprendre pour mieux collaborer. Centre FERASI. Université de Montréal.

L'infirmière principale dans son processus d'évaluation clinique et de la rédaction de son PTI peut, et doit solliciter l'expertise des autres professionnels (ex : physiothérapeute, ergothérapeute, inhalothérapeute, etc.) Par exemple, elle peut :

- Solliciter le soutien de l'ergothérapeute afin de trouver des mesures de remplacement à la contention;
- Dans sa recherche de méthodes non pharmacologiques de soulagement de la douleur, communiquer avec la physiothérapeute pour identifier des exercices visant à diminuer la douleur reliée à des contractures chez un résident;
- Communiquer avec la nutritionniste afin d'identifier des moyens d'éviter la dénutrition chez un résident qui a perdu beaucoup de poids;
- Communiquer avec le service des loisirs afin d'aider un PAB à identifier un objectif milieu de vie à réaliser avec un résident.

Les fonctions des professionnels (ergo, physio, travailleur social, psychologue,....)

- Contribue au processus d'évaluation clinique de l'infirmière principale par le soutien de son expertise professionnelle spécifique.
- Contribue à l'identification des besoins pour les requêtes en évaluation professionnelle.
- Contribue à intégrer les recommandations professionnelles dans le plan de soins infirmiers PTI et PSTI.
- Contribue à la formation ou au soutien (coaching) des équipes de soins en fonctions des objectifs visés.
- Participe, au besoin, aux rencontres hebdomadaires d'équipe.
- Participe au processus interdisciplinaire.
- Contribue à la réalisation des objectifs de milieu de vie.

Les fonctions des médecins :

- Travaille en étroite collaboration avec l'infirmière principale.
- Participe avec l'infirmière principale à l'identification des soins requis.
- Contribue et soutient l'infirmière principale dans l'évaluation clinique.
- Participe au processus interdisciplinaire.
- Contribue et soutient l'infirmière principale dans l'évaluation des facteurs de risque.
- Discute des demandes médicales avec l'infirmière principale.

15. LE PROGRAMME NATIONAL DE FORMATION « AGIR »

C'est un programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Agir auprès de la personne âgée origine de deux orientations ministérielles, soit l'approche milieu de vie en soins de longue durée et l'approche gériatrique en soins de courte durée. Ce programme de formation permettra aux préposés aux bénéficiaires d'acquérir des compétences spécifiques leur permettant d'agir de façon optimale auprès des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le rôle des préposés aux bénéficiaires est au cœur des soins et services offerts aux résidents. Ce programme, en plus d'améliorer le continuum et la qualité des services, saura faire connaître le rôle de ces employés qui participent, chaque jour, au maintien de la dignité et de l'autonomie de nos personnes âgées.³⁵

La formation pour les préposés aux bénéficiaires du CSSS-IUGS comprendra 3 ateliers d'une durée de 7 heures. Les différents thèmes abordés lors des ateliers sont définis selon leur orientation.

Vers l'usager :

2009-2010

- ***AGIR POUR PROTÉGER*** : troubles cognitifs, troubles de comportement et situation de crise

Objectif général

Le préposé aux bénéficiaires connaîtra et sera en mesure d'appliquer les attitudes et approches à adopter envers les personnes âgées en perte d'autonomie en situation de crise et/ou présentant des déficits cognitifs, et/ou des troubles de comportement.

[\(2 cahiers/unité sont actuellement disponibles pour consultation sur place seulement\)](#)



³⁵ www.aqesss.qc.ca/docs/formationcontinuePAB.ppt

Vers l'équipe :

2010-2011

- **AGIR POUR SÉCURISER** : observations pertinentes et situations à risques

Objectif général

Le préposé aux bénéficiaires, à l'intérieur de son champ de compétences, sera en mesure de reconnaître les principales situations à risques, de rapporter les observations pertinentes et de contribuer à l'application et la mise en place des correctifs, assurant ainsi un environnement sécuritaire et une bonne qualité de vie à l'usager.

Vers l'intervenant :

2011-2012

- **AGIR POUR PRÉVENIR** : respect des droits et de la dignité et prévention de la négligence et des abus

Objectif général

Le préposé aux bénéficiaires aura pris conscience de l'importance accordée aux droits des usagers dans la loi sur les services de santé et les services sociaux et de leur application lors des services offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, il aura pris conscience du code d'éthique de son établissement.

Les cahiers de formation seront disponibles sur les unités lors de la diffusion des formations auprès des PAB. Ils constituent une source d'apprentissage pour tous les membres de l'équipe.

16. LE RÉSIDENT ET SA FAMILLE

L'infirmière se présente au résident, puis à la famille comme étant l'infirmière principale de leur proche. Elle leur transmet ses coordonnées au travail ainsi que ses disponibilités. Elle fixe des moments de rencontre avec eux afin de les connaître et lorsque cela est nécessaire afin de favoriser la communication à l'aide d'échanges plus personnalisés au sein de rencontres formelles. Ce modèle permet à l'infirmière de créer une alliance avec la famille et de développer un lien de confiance avec eux. Nous croyons fermement que l'infirmière a tout avantage à intégrer la famille dans sa démarche et à investir du temps de qualité auprès d'eux.

De plus, dans son approche, l'infirmière ne donne pas de directives aux résidents ou à la famille, elle « les invite à réfléchir à des idées ou à des solutions possibles. [...] Pour les membres de la famille, le fait de découvrir eux-mêmes les solutions augmente leur engagement dans l'application de celles-ci, accroît leur confiance dans leurs habiletés à résoudre les problèmes ou à s'y adapter et finalement, favorise leur autonomie ».³⁶ D'ailleurs, considérant que l'élément clé de la collaboration entre l'infirmière et les proches repose en outre sur l'établissement d'un but commun,³⁷ il est essentiel que l'infirmière principale interpelle la famille dans la démarche et la planification des soins du résident. Elle démontre ainsi qu'elle reconnaît l'expertise de la famille et qu'elle utilise son potentiel. De plus, considérant que « la famille détermine de façon importante les croyances de ses membres, leurs attitudes et leurs comportements liés à la santé et à la gestion de la maladie »³⁸ il est important que l'équipe de soins utilise les compétences et les connaissances de la famille pour mieux connaître le résident.

De plus, le fait d'intégrer les proches dans la planification ou la distribution de certains soins favorise une meilleure continuité des soins et apaise le sentiment de culpabilité que peuvent ressentir les proches lorsqu'ils ont recours au placement en hébergement d'une personne qui leur est chère.³⁹ « Pour que la qualité de vie des résidents en CHSLD soit meilleure, il est indispensable d'intégrer les proches qui le désirent aux soins à titre de collaborateurs. »⁴⁰

³⁶ Duhamel, F. (2007). La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers.

³⁷ Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD.

³⁸ Duhamel, F. (2007). La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers.

³⁹ Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD.

⁴⁰ Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie. Une approche adaptée aux CHSLD.

S'il est vrai que certains membres d'une famille peuvent prendre beaucoup de place et n'exprimer que de l'insatisfaction à l'égard des soins, il faut se rappeler que les membres de la famille qui expriment leur mécontentement et leur colère auprès des professionnels de la santé vivent habituellement une expérience qui évolue à l'encontre de leurs attentes.» [...] Par contre, si l'infirmière recadre l'expression de la colère et de l'insatisfaction de la part des membres de la famille comme un comportement qui dénote de l'insécurité ou de l'angoisse, il lui sera plus facile d'établir avec eux une relation thérapeutique. [...] Toute personne qui manifeste de la colère sera portée à « baisser les armes » devant une oreille attentive et sympathique.⁴¹

L'infirmière principale et l'infirmière auxiliaire jouent un rôle clé dans la relation avec le résident ⁴²:

- L'infirmière et l'infirmière auxiliaire aident la famille à comprendre l'expérience de santé du résident et à l'accompagner dans celle-ci;
- Elles renseignent le résident et la famille sur l'évolution de son état de santé ainsi que sur les soins et les traitements qui lui sont prodigués;
- Elles accompagnent le résident et la famille dans une situation de deuil ou de perte.

En accompagnant le résident dans ses activités de la vie quotidienne, le préposé aux bénéficiaires représente une personne significative pour le résident et sa famille. En invitant la famille à participer à la vie du résident, en leur prêtant une oreille attentive et en les informant du déroulement de la vie quotidienne de leur proche, ils contribuent à rassurer le résident et sa famille et à créer un lien de confiance important.

En somme, investir du temps de qualité dans la relation avec le résident et sa famille est un facteur gagnant au sein du modèle de soins.

- ⇒ Les proches sont une source d'informations importantes pour nous.
- ⇒ Ils représentent leur proche.
- ⇒ Il faut consacrer du temps au résident et à sa famille.
- ⇒ Ils font partie du milieu de vie des résidents.
- ⇒ N'oublions pas qu'il s'agit de nos alliés !



⁴¹ Duhamel, F. (2007). La santé et la famille. Une approche systémique en soins infirmiers.

⁴² Inspiré de : OIIQ. (2009). Mosaïque des compétences cliniques de l'infirmière, 2009.

17. UN MILIEU DE VIE POUR LES RÉSIDENTS EN CHSLD⁴³

APPROCHE MILIEU DE VIE

Définition :

Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD
- Orientations ministérielles

Les assises



Le cadre de référence s'inspire et respecte l'environnement légal et politique ainsi que les orientations ministérielles qui influencent l'utilisation d'une approche visant la création de milieux de vie de qualité qui répondent aux besoins des résidents.

Principes directeurs

Le ministère de la Santé et des Services sociaux publiait un important document sur les orientations ministérielles « *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* » (2003) où l'on y rappelle les 7 principes directeurs qui doivent guider nos actions.

Les principes directeurs guident les choix organisationnels en matière de gestion, d'interventions et d'aménagements et orientent les modalités de prestation des soins et services aux personnes hébergées dans des centres privés ou publics.

La mise en œuvre du concept milieu de vie

L'actualisation du concept milieu de vie suppose la mobilisation de l'ensemble de l'organisation. La mise en œuvre de ce projet passe par une gestion soutenue du changement organisationnel et par un accompagnement constant. Ces changements portent sur les valeurs profondes de l'organisation et des individus, ce qui nécessite le passage à travers certaines étapes clés afin d'évoluer vers la situation souhaitée. Ainsi, l'actualisation du concept milieu de vie amène l'organisation et le personnel à développer des pratiques novatrices.

⁴³ MSSS. (2003). Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD. Orientations ministérielles. Direction des communications.

Une des conditions gagnantes est l'établissement de relations de travail basées sur la coopération où chacun partage des préoccupations sur l'accompagnement du résident, sur la qualité des soins et des services et, enfin, sur l'organisation du travail et la qualité de vie au travail. Bref, pour actualiser le concept milieu de vie, le travail de coopération doit être plus visible et soutenu.

Le succès est conditionné par la participation de l'ensemble des intervenants affectés par le changement incluant les résidents, les familles, et les partenaires. Dans ce contexte, les compétences attendues du gestionnaire sont caractérisées par l'écoute d'autrui, la notion de collaboration et le sens de délégation. La formation continue du personnel constitue par ailleurs un incontournable et doit porter autant sur les connaissances géro-nto-gériatriques que sur le concept milieu de vie et les attitudes du personnel envers les résidents. L'actualisation du concept milieu de vie et de ses principes de base se traduit par des actions concrètes dans le quotidien du gestionnaire et des intervenants.

Au CSSS-IUGS, il y a un guide local qui, tout en s'appuyant sur les repères précédents, explique aux équipes de soins de quelle façon ils peuvent contribuer, en collaboration des autres intervenants de l'équipe interdisciplinaire, à l'actualisation d'un milieu de vie au quotidien dans le cadre de leur travail.

L'ÉVALUATION DU CONCEPT MILIEU DE VIE

Les pratiques de gestion doivent favoriser la mise en place d'une approche accordant la priorité aux besoins et aux attentes des résidents et au respect de leur volonté, dans un contexte d'accompagnement.

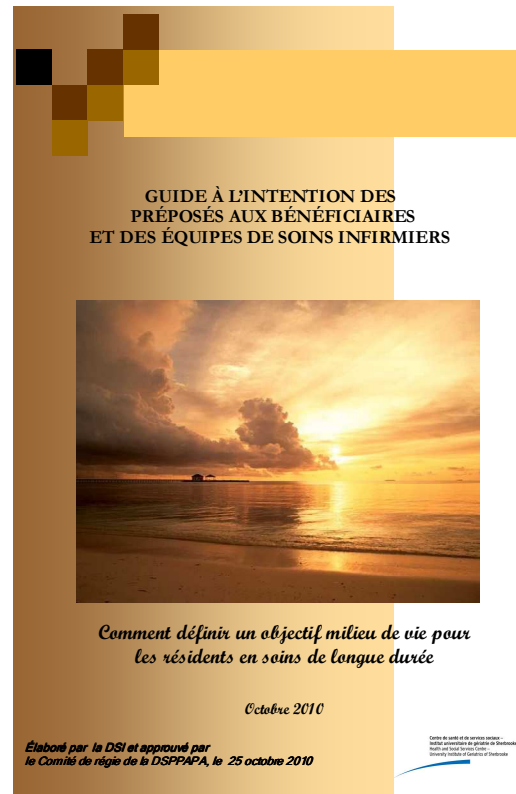
L'organisation se dote d'outils de mesure et d'indicateurs pour le monitoring de l'actualisation du concept milieu de vie. Par ailleurs, le MSSS a défini des indicateurs pour permettre aux équipes visiteuses d'apprécier le niveau de mise en oeuvre du concept milieu de vie en soins de longue durée.

Les dimensions prises en considération lors de ces visites sont les suivantes :

- L'information transmise aux résidents et aux membres de la famille est complète;
- Le respect de l'intimité et de la dignité du résident est partagé par tous;
- La sécurité des résidents est assurée en tout temps;
- Les soins, les services, l'aide ou l'assistance offerts au résident répondent à l'ensemble de ses besoins;
- Un intervenant accompagnateur est attribué à chaque résident;
- Les services spécialisés requis par le résident lui sont offerts;

- Les services alimentaires sont modulés sur les besoins des résidents;
- Les programmations d'activités récréatives, sociales et spirituelles sont modulées en fonction des besoins des résidents;
- Le comité des usagers est dynamique;
- La formation du personnel est offerte sur une base continue.

Consulter le «Guide à l'intention des préposés aux bénéficiaires et des équipes de soins infirmiers» pour savoir comment définir un objectif de milieu de vie pour les résidents en soins de longue durée.



18. LES SOINS EN FIN DE VIE

L'infirmière principale détient un rôle important dans la relation thérapeutique avec le résident et sa famille en matière de soins en fin de vie. Notamment, une des grandes missions de l'Institut est d'offrir un milieu d'hébergement et de soins de longue durée à une clientèle vieillissante, malade et en perte d'autonomie. Cela signifie inévitablement que la majorité des résidents termineront leur vie dans l'établissement.⁴⁴ Durant leur séjour, ces personnes auront besoin de différents types de soins et d'interventions. Il est donc important de bien différencier les soins curatifs des soins prolongés, palliatifs ou de fin de vie. Selon le *Guide des soins en fin de vie aux aînés*, «les soins palliatifs et en fin de vie exigent une approche active et un accompagnement destinés à traiter, à soulager et à reconforter les résidents d'âge avancé sur le point de mourir de maladies évolutives ou chroniques. Ces soins doivent tenir compte des valeurs personnelles, culturelles et spirituelles, des croyances et des modes de vie des personnes auxquelles ils sont prodigués.»⁴⁵

«Comme le disait Dame Cicely Saunders, une pionnière des soins palliatifs « quand il n'y a plus rien à faire, tout reste à faire ». Ces soins exigent de considérer le résident avec toute la dignité que commande sa condition humaine, même quand ont presque disparu les attributs qui lui confèrent le statut de personne, tels que la conscience de soi et celle d'autrui, ou encore ses capacités relationnelles.»⁴⁶

Il est primordial avant d'aller plus loin, de rappeler certains éléments de réflexion de Léveillé (Voyer, 2006):

Mais qu'est-ce que soigner? C'est «avoir soin» c'est «prendre soin». Et prendre soin d'une personne, c'est être préoccupé par toutes les dimensions de son être. Lorsque nous donnons cette portée à nos soins, nous ne pouvons faire autrement, ce faisant, que d'accompagner le résident dans cette étape si importante de sa vie. Mais qu'est-ce qu'accompagner? Accompagner, c'est «aller quelque part» avec quelqu'un. C'est «être avec». Or, y a-t-il un temps plus intime et plus privilégié pour «être avec» que tous ces moments où nous prodiguons des soins à quelqu'un qui va mourir? Réalisons-nous bien que les soins que nous donnons sont une période privilégiée d'accompagnement? [...]⁴⁷

⁴⁴ Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke. (1999). Le comité d'approche à la personne mourante.

⁴⁵ Comité consultatif national. (2000). Guide des soins en fin de vie aux aînés.

⁴⁶ Voyer, P. (2006). Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie, Une approche adaptée aux CHSLD.

⁴⁷ Léveillé, G. (2003). Guide d'intervention clinique en soins palliatifs.

Ces soins de confort comprennent une panoplie d'interventions qui permettent à l'infirmière de deviner, de détecter, de pressentir et d'identifier les inconforts ainsi que de proposer, d'appliquer voire même d'inventer des solutions pour les prévenir ou y remédier.⁴⁸ **L'infirmière doit s'assurer du maintien de la qualité des soins d'hygiène, des soins de la peau, du contrôle de la douleur, de l'élimination intestinale, de la dyspnée, etc..**

Il est important de soutenir les proches menant à la perte d'un être cher et orienter ces personnes vers différents services :

- Lorsque les proches sont âgés, malades ou peu nombreux, il peut être nécessaire de faire appel au réseau de bénévoles qui pourront veiller sur la personne mourante et aviser les soignants, si elle devient moins confortable.
- Les services de soins spirituels constituent un ensemble de gestes, de paroles et de rituels élaborés pour répondre aux divers besoins spirituels des personnes vivant une situation particulière. Se rappeler qu'un accompagnement spirituel va au-delà d'un accompagnement religieux (l'accompagnement spirituel c'est de permettre à la personne de donner un sens à sa vie, à sa mort)⁴⁹
- De plus, il est possible de remettre un guide pour les proches intitulé : **"Les soins de confort en fin de vie dans la maladie d'Alzheimer et les autres maladies dégénératives du cerveau** (Marcel Arcand M.D., chef de programme soins de longue durée, IUGS). Ce guide a pour but de diffuser de l'information de base susceptible d'aider les proches à mieux comprendre les événements et les enjeux caractéristiques de la fin de vie dans ces maladies. Il explique également en quoi consiste une approche qui vise avant tout à assurer une vie confortable.⁵⁰



Ainsi, établir une relation thérapeutique avec la famille doit faire partie des fonctions de l'infirmière principale, puisque sa relation avec la famille joue un rôle déterminant dans le processus de fin de vie.

⁴⁸ Léveillé, G. (2003). Guide d'intervention clinique en soins palliatifs.

⁴⁹ Gouvernement du Québec. (2008). Programme de formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Manuel du participant: Agir pour entourer.

⁵⁰ Arcand, M., Caron, C. Les soins de confort en fin de vie dans la maladie d'Alzheimer et les autres maladies dégénératives du cerveau. Un guide pour les proches. CSSS-IUGS.

19. VOCABULAIRE ET COMMUNICATION

En plus de ses compétences sur les plans du savoir et du savoir-faire, l'infirmière principale doit posséder et développer des habiletés de communication. «Elle doit faciliter la communication entre les membres de l'équipe de soins et s'assurer qu'elle est efficace et constante»⁵¹ selon une vision englobant tous les quarts de travail et en tenant en compte de l'équipe interdisciplinaire. Les équipes doivent pouvoir obtenir une réponse rapide à leur questionnement au sujet du résident.

Dans son quotidien, il est important que l'infirmière principale adapte son discours de façon à supporter son nouveau rôle, c'est-à-dire qu'elle s'exprime de façon à démontrer qu'elle utilise les compétences qu'elle possède et qu'elle emploie les bons mots dans son vocabulaire courant. Elle doit également mentionner à son équipe ce qu'elle fait et pourquoi elle le fait si elle souhaite maintenir l'esprit de coopération. La communication étant primordiale, l'infirmière principale doit faire circuler rapidement l'information ainsi que les bons messages au sein de son équipe. Par exemple, elle procède à des évaluations en participant activement aux soins pour évaluer les besoins des résidents et elle exerce ainsi un leadership professionnel. On dit que sa façon de communiquer soutient son leadership dans le modèle de soins.

EXEMPLES

À éviter	Recommandé
- Je vais faire ma «paperasse».	- Je vais compléter mes évaluations.
- Je vais faire manger M. X.	- Je vais évaluer la dysphagie de M. X.
- L'infirmière jase toujours au poste.	- L'infirmière discute d'un plan d'intervention avec la physiothérapeute.
- Je crois que l'on devrait faire....	- Que pensez-vous que nous pourrions faire ?

Dans son quotidien, l'infirmière auxiliaire doit également utiliser un vocabulaire qui soutient son rôle ainsi que celui de l'infirmière principale de façon à démontrer qu'elle utilise les compétences qu'elle possède et afin de démontrer sa collaboration au sein du modèle de distribution des soins infirmiers.

Il est important pour le préposé aux bénéficiaires de connaître le vocabulaire employé par le personnel infirmier. En connaissant le modèle de distribution des soins, les principaux outils utilisés et leurs utilités, il devient un collaborateur impliqué dans leur utilisation et leur mise à jour. De plus, sa présence continue auprès des résidents fait de lui un acteur clé dans la transmission d'information au sein de l'équipe.

Parce que la communication est très importante au sein d'une équipe et que nous pouvons toujours améliorer nos façons de communiquer, référez-vous à l'annexe V où vous trouverez un outil qui peut vous permettre de structurer vos observations afin d'être plus précis et plus efficace dans vos communications.

⁵¹ OIIQ. (2000). L'exercice infirmier en soins de longue durée.

20. RENCONTRES HEBDOMADAIRES D'ÉQUIPE

Ces rencontres se veulent un temps d'échange et de partage au sein de l'équipe de soins sur les besoins des résidents. C'est un moment déterminé par l'infirmière principale dans la semaine où tous les membres de l'équipe se réunissent afin de partager leurs observations, leurs idées et expriment leurs opinions entourant les besoins d'un résident. Au fil du temps, l'infirmière principale aura présenté l'ensemble de son groupe de résidents à son équipe, ce qui n'empêchera pas l'équipe de discuter des autres résidents à d'autres moments. L'infirmière principale prépare et anime ces rencontres et orientera principalement les discussions autour du PTI et les suivis qui en découlent. Ces rencontres structurées assurent un suivi des objectifs de soins et des objectifs de milieu de vie poursuivis auprès des résidents.

- Ces rencontres sont planifiées et animées par l'infirmière principale.
- Elles sont obligatoires.
- Elles sont d'une durée d'environ 30 minutes.
- Les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires sont présents. Des personnes peuvent être invitées (ex : physiothérapeute, ergothérapeute, nutritionniste, chef d'unité, conseillère en soins infirmiers)
- Le contenu de ces rencontres est orienté autour du PTI du résident.
- L'infirmière principale détermine à l'avance le ou les résidents dont elle souhaite discuter. Elle doit prioriser les résidents pour lesquels le PTI doit être présenté à l'équipe.
- On y traite, en outre :
 - Des modes de communication au sein de l'équipe intradisciplinaire et interdisciplinaire
 - Du tableau de bord de l'infirmière principale
 - Du PTI, du PSTI, du PII
 - Des plans de travail, des agendas, des outils
 - Des objectifs de soins infirmiers et d'assistance
 - Des objectifs de milieu de vie
- Tout se fait dans un esprit de respect, de collaboration et de coopération.
- Considérant que chaque membre de l'équipe est important, tout le monde doit pouvoir s'exprimer au sein de ces rencontres.
- Pour aider l'infirmière à se préparer et à structurer ses rencontres, un outil de travail comportant les indicateurs de réussite de la rencontre a été créé. (Annexe VI)
- Du soutien peut aussi être donné par les chefs d'unités pour soutenir l'infirmière principale dans l'animation de ces rencontres.

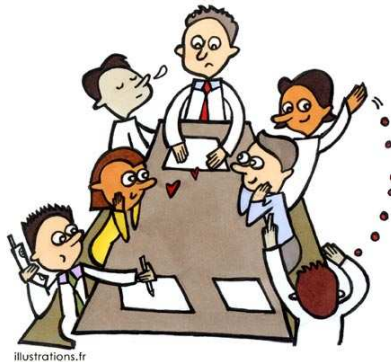
À la fin des rencontres, l'équipe est invitée à compléter une grille d'auto-appréciation afin de voir si les objectifs de la rencontre ont été atteints. (ANNEXE VII) Cette grille servira également au support individuel de l'infirmière principale dans le cadre du soutien offert à l'unité de soins par la direction des soins infirmiers. Les indicateurs de réussite sont les suivants :

- Le but de la rencontre a été clairement fixé et partagé
- Le plan thérapeutique infirmier (PTI) est présenté et discuté dans l'équipe. (constats et directives)
- Le plan de soins et de traitement infirmier (PSTI) et le plan de travail sont mis à jour.
- Un objectif de soins infirmiers est discuté.
- Un objectif de milieu de vie est discuté.
- Les principes de collaboration et de coopération sont respectés.

La participation de l'infirmière auxiliaire est requise aux rencontres hebdomadaires d'équipe. Elle doit apporter son soutien et sa collaboration à l'infirmière principale dans la préparation de ces rencontres et y prendra une part active lors de leurs réalisations.

La participation du préposé aux bénéficiaires est requise aux rencontres hebdomadaires d'équipe. Il doit s'y préparer afin de pouvoir y discuter de l'objectif de milieu de vie qu'il a identifié ou encore pour en rendre compte. Il prend une part active dans les discussions et apporte ses idées.

La réalisation de ces rencontres est un moyen de permettre à l'équipe d'actualiser le nouveau modèle de distribution des soins infirmiers au sein de l'équipe.

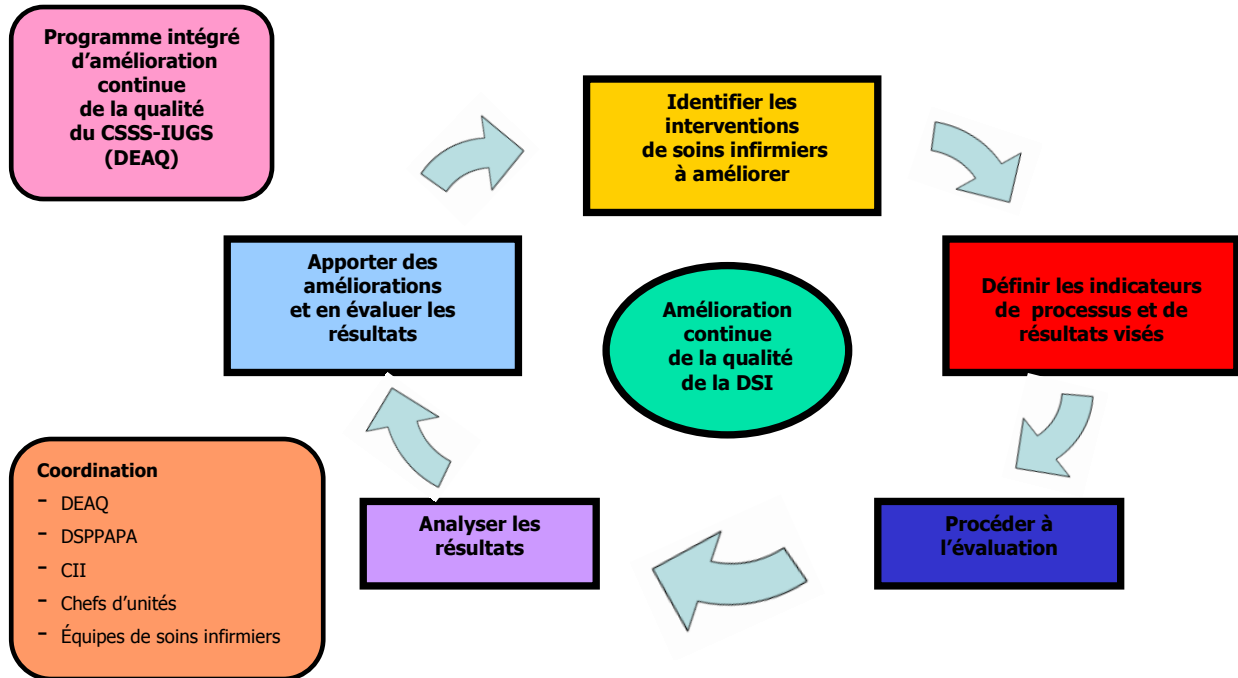


Voici quelques conseils pour assurer une bonne préparation et un bon déroulement de la rencontre hebdomadaire d'équipe

- Il est préférable d'aviser les membres de l'équipe quelques jours avant la tenue de la rencontre en précisant la date, l'heure, le lieu et le nom du résident dont il sera question, afin qu'ils puissent s'y préparer.
- Afin d'éviter les oublis, on peut faire un rappel de la tenue de la rencontre le jour même lors du rapport quotidien.
- Il faut se préparer adéquatement avant la rencontre; recueillir les données nécessaires, avoir les documents requis en main, etc. On suggère d'utiliser la feuille préparatoire, elle permet également de prendre des notes durant la rencontre.
- Lors de la rencontre, il est important de rappeler l'objectif à atteindre qui pourrait être :
 - ✓ Présenter le résident lors d'une nouvelle admission;
 - ✓ Présenter les problèmes ou besoins de santé présentés par le résident suite à la réalisation de l'évaluation initiale;
 - ✓ Discuter d'une problématique particulière;
 - ✓ Faire le suivi d'une autre rencontre;
 - ✓ De se préparer à la rencontre interdisciplinaire ou suivi après qu'elle ait eu lieu.
- Énoncer brièvement quelles seront les différentes étapes de la rencontre.
- Il est important de respecter le temps annoncé.
- Résumer la discussion à la fin de la rencontre (faire une synthèse).
- Clarifier les rôles de chacun à la fin de la rencontre : l'infirmière a-t-elle des requêtes à compléter ? Le préposé a-t-il des choses à observer ? L'infirmière auxiliaire doit-elle modifier une information dans le PSTI ?
- S'informer de la satisfaction des membres présents sur la tenue de la rencontre.

21. L'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ

Le cycle de l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers à la DSI :



Pourquoi s'assurer de la qualité des soins infirmiers dans le nouveau modèle :

- Identifier les indicateurs de processus, de résultats visés et organisationnels pour s'assurer de l'intégration du modèle et son application. Notamment en regard des composantes suivantes :
 - Élaboration et diffusion du PTI
 - Tenue des rencontres hebdomadaires d'équipe
 - Tenue des rencontres interdisciplinaires
 - Élaboration du tableau de bord
 - Application de l'approche de collaboration et de coopération
- Mesurer les indicateurs ciblés afin d'évaluer le degré de leur atteinte.
- Utiliser les résultats obtenus pour évaluer les besoins de formation et de soutien requis par les membres de l'équipe.
- Assurer la continuité et la pérennité du modèle dans le temps et les différentes unités de soins.
- Renforcer les membres de l'équipe dans l'atteinte des bons résultats et reconnaître la contribution de chacun dans la réussite du projet.
- Renforcer la contribution des membres de l'équipe dans la réalisation d'un projet novateur.

CONCLUSION

La mise en place de ce modèle de soins intégrés représente un grand défi, car il entraîne des changements non seulement au niveau des rôles, mais aussi dans nos façons de faire les choses. Pour cette raison, la formation et le soutien clinique s'avère essentiel auprès de l'ensemble des membres de l'équipe de soins, pour développer et consolider leurs compétences. L'utilisation optimale des compétences de chaque membre de l'équipe à travers ce nouveau mode de distribution des soins, démontre aussi que la contribution de tous est nécessaire pour l'amélioration de la qualité des soins. Pour conclure, il faut être conscient qu'un changement de cette envergure prend du temps à se réaliser et c'est la raison pour laquelle chacun apportera sa contribution, pas à pas.

ANNEXE I

Organisation du travail et de revalorisation des pratiques en CHSLD

RÔLES ET FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIÈRE PRINCIPALE :

1. **Dans une approche de soins intégrés, assume la responsabilité de la démarche de soins infirmiers (SI) pour un groupe de résidents qui lui sont assignés et cela de dès leur admission et pour toute la période de leur hébergement (24 hres/7jrs);**

Ex : Elle s'assure que les membres de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire connaissent les résidents qui lui sont assignés et se réfère à elle à titre d'infirmière principale par différents moyens (liste de ses résidents dans le cartable, dossier identifié, etc)

Ex : Elle s'assure que les membres de l'équipe de soins reçoivent les informations pertinentes pour donner des soins adaptés (niveau d'autonomie dans les AVQ, déficits cognitifs, habitudes de vie, attentes du résident et de ses proches, etc.);

Ex : Elle s'informe auprès de ses collègues des autres quart de travail afin de mieux connaître le fonctionnement du résident dans une période de 24 heures ainsi qu'afin d'adapter ses interventions;

Ex : Elle communique les renseignements indispensables à la continuité des soins (la modification de l'état de santé, les interventions effectuées, les résultats obtenus, la surveillance à apporter, etc.) à la collègue qui prend en charge le résident au moment d'un changement d'équipe, d'une pause ou d'un repas;

Ex : Elle s'assure de répondre et d'effectuer le suivi des demandes dans son cartable de communication lorsqu'elle travaille sur l'unité.

2. **Planifie, organise, dirige et contrôle les soins infirmiers requis pour son groupe de résidents en utilisant différents outils cliniques, de gestion et en assurant leur mise à jour;**

Ex : Elle s'assure que les directives infirmières prévues au PTI soient appliquées sur le 24 h / 7 jours.

Ex : Elle réévalue les facteurs de risque des résidents qui lui sont assignés (niveau d'autonomie, risque de chute, risque de lésion de pression, etc.) et elle s'assure que le PTI, le PSTI et le plan de travail du PAB sont à jour.

3. **Collabore étroitement avec les autres infirmières principales à la réalisation de la démarche de SI pour son groupe de résidents et applique des modalités de collaboration. (Réunion d'équipe entre les infirmières principales, partage des bons coups, résolution de problèmes.....);**

Ex : L'infirmière principale effectue la révision du Bertess de jour et elle demande à l'infirmière de soir et de nuit de revoir l'évaluation pour leur quart de travail.

- 4. Coordonne la dispensation des soins infirmiers et services requis des membres de son équipe pour assurer la réalisation de la démarche de SI pour son groupe de résidents et assure le coaching requis;**

Ex : Elle encourage et facilite l'application d'objectifs de milieu de vie auprès des préposés aux bénéficiaires.

- 5. Applique des principes de collaboration et coopération en exerçant un leadership professionnel et mobilisateur auprès de son équipe tout en favorisant l'autonomie, le respect et la responsabilisation;**

Ex : Elle mobilise son équipe en les invitant à lui faire part de leurs observations à l'égard des résidents. Elle priorise, planifie et anime les rencontres hebdomadaires d'équipe. Elle ne parle pas à la place des autres, elle les écoute et leur laisse prendre leur place au sein de l'équipe de soins.

- 6. Coordonne la planification et la dispensation des soins et services requis par ses résidents en étroite collaboration avec l'ensemble des professionnels (médecin, ergothérapeute, physiothérapeute, nutritionniste, travailleuse sociale, loisirs, orthophonie...);**

Ex : Elle sollicite la collaboration de l'orthophoniste dans le cadre de l'évaluation clinique de la dysphagie de son résident.

Ex : Elle s'assure que suite à la recommandation de l'ergothérapeute, l'appui-tête du fauteuil roulant d'un résident soit toujours en place afin de bien positionner sa tête et diminuer le risque de dysphagie.

Ex : Elle veille à ce qu'un résident marche de sa chambre à la salle à diner à chaque repas afin de maintenir le plus longtemps possible son autonomie en complément à ses visites en physiothérapie 3 jours par semaine.

- 7. Fait connaître son rôle et assure une relation de partenariat avec son groupe de résidents et leurs familles/proches ainsi qu'auprès de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire;**

Ex : Elle s'enquiert toujours de l'opinion du résident, lui expose la situation et le laisse faire des choix. Elle interpelle la famille dans les décisions à prendre (ex. : contentions).

Ex : Elle s'assure que les divers professionnels puissent facilement identifier l'infirmière principale du résident, s'y réfère et les informe de la présence de cahier de communication.

- 8. Développe une relation personnalisée avec le résident et ses proches. Est présentée à la famille comme étant l'infirmière principale avec ses coordonnées pour la rejoindre au travail (ses disponibilités, se fixer des temps pour favoriser la communication, moyens de communication...);**

Ex : Lors d'une nouvelle admission l'infirmière principale se présente auprès du résident. Elle communique avec le répondant afin de fixer une rencontre ce qui permettra d'établir un premier contact pour mieux connaître le résident et sa famille. Il sera possible à la fois de débiter la collecte de données et de remettre au répondant le document à remplir sur l'histoire de vie antérieure du résident.

9. Assure l'intégration de la philosophie et des principes de milieu de vie dans la réalisation de la démarche de SI par les membres de son équipe;

Ex : Mme Bélanger vient d'être admise et nous avise qu'elle se couche très tard le soir. Elle désire se faire installer au lit vers 22 h00. Il faudra peut-être revoir l'horaire de la tournée de soir en fonction d'assurer de répondre à son besoin. **Objectif milieu de vie :** coucher Mme à 22 hres.

Ex : Depuis quelques mois Monsieur Roy mange 2 rôties le soir avant d'aller lit, ce qui aide son sommeil. Lorsqu'il ne mange pas, il sonne une partie de nuit et se dit incapable de bien dormir. **Objectif milieu de vie :** offrir 2 rôties le soir avant le coucher.

10. Assure la continuité des soins et services en appliquant différentes modalités de communications. (Réunion d'équipe quotidienne, réunion hebdomadaire d'équipe, rencontre interdisciplinaire, outils de communication, suivi des demandes, collaboration entre infirmières principales ou l'équipe de soins, rapport interservice, cahiers de communication...);

Ex : L'infirmière de jour écrit dans le cahier de l'infirmière principale de soir que la fille de Mme X est venue hier après-midi et que cette dernière est inquiète de l'état de santé de sa mère. L'infirmière principale pourra ainsi compléter l'information reçue la veille et effectuer un suivi auprès de la fille, telle une relance téléphonique.

Ex : L'infirmière principale utilise la rencontre hebdomadaire d'équipe pour présenter ses directives infirmières et discuter de leurs modalités d'application qui figureront au PSTI et au plan de travail.

11. S'assure de l'atteinte des résultats de soins et collabore étroitement à l'amélioration continue de la qualité des soins infirmiers dans le cadre du programme d'amélioration continue de la qualité des SI;

Ex : L'infirmière principale collabore à l'atteinte des objectifs (PTI diffusé et appliqué selon les normes, rencontres d'équipe de soins hebdomadaires structurées, rencontre interdisciplinaires ajustées avec en contribution l'infirmière principale, tableau de bord clinique en fonction et à jour, approche de collaboration et coopération implantée, satisfaction des membres de l'équipe.....)

12. Assure l'élaboration du PTI et du PSTI en procédant à l'évaluation clinique requise. S'assure de la réalisation du plan d'intervention et sa révision aux 90 jours (LSSSS, R-5 art. 35);

Ex : L'infirmière principale ajuste le PTI d'un résident qui ne lui ait pas assigné à titre d'infirmière principale suite à une chute ou à tout autre situation instable.

13. Planifie et anime la rencontre hebdomadaire d'équipe selon la procédure établie en incluant des objectifs de soins et de milieu de vie;

Ex : L'infirmière principale anime la rencontre en collaboration avec l'équipe de soins. L'implication du personnel dans les prises de décision, dans l'élaboration et l'atteinte d'un objectif de soins ou de milieu de vie est primordiale. Elle encourage le à utiliser les connaissances qu'il a acquis à la formation AGIR pour identifier un objectif de milieu de vie en se référant à l'histoire de vie antérieure du résident.

14. Effectue le dépistage des facteurs de risque pour son groupe de résidents à l'admission, aux 3 mois et au besoin. Planifie l'ensemble des évaluations et des interventions requises;

15. Dans son rôle d'évaluation, utilise différents outils cliniques ou grilles de dépistage à l'admission, aux 3 mois et au besoin;

- h. Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF)
- i. Grille de dépistage des risques des lésions de pression (Échelle de Braden)
- j. Dépistage du risque de chute (Grille Allard)
- k. Dépistage fonctionnel des problèmes liés à l'alimentation et à la prise de médication (Grille IUGM)
- l. Évaluation comportementale de la douleur (Doloplus 2)
- m. Risque de transmettre une infection
- n. Risque d'infection

16. Interprète les facteurs de risque, fait des liens entre les données recueillies et s'assure de mettre en place des actions préventives avec l'équipe de soins;

Ex : Monsieur X présente un risque de **chute élevé**, l'infirmière principale pourrait demander l'avis de l'ergo afin d'envisager avec son accord l'ajout de protecteur de hanche ou de bas antidérapants, etc.

17. Effectue la gestion et la mise à jour de son tableau de bord (Bilan des facteurs de risque et planification trimestrielle et mise à jour) selon les modalités établies;

Ex : S'assure que les évaluations soient à jour dans son tableau de bord afin que les autres infirmières puissent se fier sur les données inscrites. Maintient à jour son tableau de bord de façon à ce qu'il soit lisible, compréhensible, que les données non pertinentes soient retirées, que les modifications soient apportées suite à un décès, etc.

Ex : Lors de vacances cibler les évaluations prioritaires à faire avant son départ.

18. Effectue une analyse des besoins de son groupe de résidents afin de revoir notamment la médication, les traitements, la pertinence de l'utilisation des mesures de contrôle visant à assurer des soins de qualité et sécuritaires;

Ex : Lorsque la prescription de la mesure de contrôle vient à échéance, l'infirmière procède à une collecte d'informations, porte un jugement clinique sur les données recueillies et soumet le résultat de son analyse au médecin et aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire, s'il y a lieu.

Ex : L'infirmière interpelle de façon régulière le médecin pour faire le "grand ménage" (ordonnances collectives fréquentes, médication prn et crème jamais utilisées, code d'intensité thérapeutique et réanimation non déterminés au dossier, etc.). Elle travaille en étroite collaboration avec l'infirmière auxiliaire afin d'être informé quotidiennement de la pharmacologie et des traitements non utilisés.

19. Communique verbalement ou par écrit au médecin les informations pertinentes relatives à l'état de santé du résident après son évaluation clinique (rencontre ou utilisation du cahier du médecin);

Ex : Suite à l'utilisation régulière pendant 3 jours de la médication analgésique présent PRN pour M. Y et au constat du soulagement de sa douleur, l'infirmière principale voit avec le médecin à la possibilité de la prescrire de façon régulière.

Ex : L'infirmière principale s'assure de l'élaboration et de la mise à jour du cahier de note des médecins.

20. Effectue les demandes de consultation avec le médecin et assure le suivi avec les autres professionnels (ergothérapeute, physiothérapeute, travailleuse sociale, nutritionniste, etc.);

Ex : Considérant qu'un résident présente de la dysphagie, l'infirmière principale communique avec la nutritionniste et met en place les mesures afin de diminuer le risque. (liquide épaissis, diète en purée)

Ex : Une résidente circule en fauteuil roulant et oublie régulièrement de mettre ses freins ce qui occasionne des chutes lorsqu'elle tente de s'asseoir. L'infirmière principale effectue une demande de consultation en ergothérapie afin de vérifier si des freins autobloquants pourraient être installés au fauteuil roulant.

21. Participe aux soins dans le cadre de son évaluation clinique, à l'identification des facteurs de risque et la gestion des symptômes comportementaux chez la personne atteinte de déficits cognitifs, etc.;

Ex : L'infirmière principale fait manger de façon aléatoire des résidents dans le cadre de ses évaluations de la dysphagie. Elle participe au grand bain lors d'une problématique d'agressivité (grille de comportement), etc.

- 22. Participe activement à l'élaboration du plan d'intervention interdisciplinaire, collabore avec les membres de l'équipe et assure l'application et le suivi dudit plan;**

Ex : La nutritionniste constate un déficit nutritionnel au niveau de l'apport en protéine. Elle décide avec l'équipe interdisciplinaire de faire l'ajout de jus protéiné aux repas. Il sera important de communiquer l'information au personnel afin de s'assurer que la résidente boive son jus protéiné et qu'elle soit avisée dans le cas contraire.

- 23. Assiste aux rencontres interdisciplinaires en représentant les volontés et les valeurs du résident et son représentant;**

Ex : L'infirmière principale reconnaît à son résident le droit d'être responsable de sa propre santé et de participer de façon active à son plan de soins en tenant compte de ses capacités et de ses limites.

Ex : Monsieur X désire être transféré en centre hospitalier si son état se dégrade. Nous devons respecter ses volontés et ses valeurs même si nous ne sommes pas en accord.

- 24. S'assure de transmettre à l'équipe de soins les informations relatives au plan d'intervention et s'assure de leur mise en application;**

- 25. Applique les mesures de sécurité ainsi que leur révision aux 3 mois (BERTESS, les contentions);**

- 26. Assure les communications avec l'agente administrative.**

- 27. Effectue toutes autres tâches pertinentes au rôle de l'infirmière principale à la demande du supérieur immédiat.**

Ex : Avise la répondante qu'il y a une chambre privée de disponible sur une autre unité. Valide avec elle si le transfert est souhaité.

ANNEXE II

Organisation du travail et de revalorisation des pratiques en CHSLD

RÔLE ET FONCTIONS SPÉCIFIQUES DE L'INFIRMIÈRE AUXILIAIRE :

1. Contribue à l'évaluation de l'état de santé du résident.

Ex. : Elle prend les signes vitaux, les signes neurologiques, la glycémie capillaire, la saturation, elle détermine l'état de conscience du résident et la douleur chez le résident apte, etc.

Ex. : Elle mesure et recueille quotidiennement des informations pertinentes au sujet du résident ; collecte des données verbales et écrites auprès de ses pairs, de la famille et du résident.

2. Communique à l'infirmière les informations pertinentes reliées à l'état de santé du résident.

Ex. : Elle avise l'infirmière d'une glycémie très basse ou d'une pression artérielle très élevée.

3. Transmet l'information pertinente à l'équipe au sujet du résident.

Ex. : Elle prend une part active dans la transmission des rapports interservices.

Ex. : Elle consigne ses notes d'évolution au dossier ainsi que les divers paramètres qu'elle a recueillis.

Ex. : Elle s'assure de transmettre les informations pertinentes aux préposés aux bénéficiaires afin de leur permettre d'intervenir adéquatement auprès du résident.

4. Prodigue des soins et des traitements infirmiers et médicaux en respectant le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI), le plan de traitement (PT), le plan thérapeutique infirmier (PTI) et les ordonnances en vigueur.

Ex. : Elle prodigue des soins de plaie selon le PT déterminé par l'infirmière.

Ex. : Elle administre des médicaments ou autres substances tout en respectant le PTI et l'ordonnance, selon la politique d'administration des médicaments en vigueur dans l'établissement.

Ex. : Elle applique les techniques de soins requises en respectant les protocoles et méthodes en vigueur dans l'établissement.

5. Contribue à la réalisation du plan thérapeutique infirmier (PTI) et à la mise à jour du plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) en collaboration avec l'infirmière.

Ex. : Elle collabore à l'analyse des données en partageant son avis concernant les soins et les interventions appropriées et en transmettant les informations nécessaires à l'infirmière (revoir la pertinence de certaines crèmes, soins ou interventions tel que prise de tension artérielle trois fois par semaine).

6. Contribue au suivi clinique en appliquant les directives infirmières inscrites au PTI.

Ex. : Elle vérifie auprès des résidents les signes et symptômes prédéterminés au PTI.

Ex. : Elle applique le PT d'une plaie déterminé par l'infirmière selon la fréquence déterminée au PTI.

Ex. : Elle avise l'infirmière selon les modalités déterminées dans le PTI.

7. Contribue, en collaboration avec l'infirmière principale, à l'évaluation des facteurs de risques des résidents.

Ex. : Elle complète la grille de dépistage des risques de lésions de pression (Braden) avec l'aide de l'équipe et avise l'infirmière principale du résultat.

Ex. : Elle contribue à l'évaluation du niveau d'autonomie fonctionnelle en collaboration avec l'infirmière dans la mise à jour du SMAF.

8. Assure le confort physique du résident.

Ex. : Elle s'assure de l'élimination vésicale et intestinale du résident tout en identifiant les besoins de la personne et en respectant les protocoles et procédures en vigueur.

Ex. : Elle facilite le repos et encourage les moments de détente chez le résident.

Ex. : Elle s'enquiert d'une alimentation et d'une hydratation suffisante chez le résident.

9. Contribue au bien-être psychologique du résident.

Ex. : Elle fournit au résident les informations nécessaires concernant ses soins et ses interventions.

Ex. : Elle encourage le résident à exprimer ses besoins et ses préoccupations.

10. Assure la continuité des soins et des services en appliquant différentes modalités de communication.

Ex. : Elle inscrit dans le cahier de communication de l'infirmière principale toute information pertinente ou demande spécifique qui concerne ses résidents, comme la réaction du résident suite à un soin.

11. Développe une relation personnalisée avec le résident et ses proches.

Ex. : Elle se présente au résident et à sa famille lors de l'admission.

Ex. : Elle prend du temps avec la famille pour répondre à leurs interrogations sur les soins qu'elle donne.

12. Dispense les soins et les traitements en tenant compte de l'approche milieu de vie.

Ex. : Elle encourage l'autonomie du résident.

Ex. : Elle dispense les soins selon une approche personnalisée.

Ex. : Elle s'assure de respecter la confidentialité des informations partagées avec l'équipe.

Ex. : Elle favorise la réalisation des objectifs de milieu de vie.

13. Participe aux rencontres hebdomadaires d'équipe.

Ex. : Elle assiste l'infirmière principale dans l'identification des résidents à prioriser pour une rencontre hebdomadaire.

Ex. : Elle donne son avis sur la réalisation des soins et des traitements à donner.

Ex. : Elle contribue au suivi des objectifs de soins infirmiers et de soins d'assistance.

14. Collabore et participe avec l'équipe interdisciplinaire.

Ex. : Elle effectue le suivi demandé par les professionnels en collaboration avec l'équipe de soins et transmet les informations pertinentes à l'infirmière pour assurer un suivi. (résultat des soins de bouche)

Ex. : Elle communique ses observations aux professionnels et partage son opinion.

Ex. : Elle participe activement aux rencontres interdisciplinaires.

15. Applique les principes de collaboration et de coopération en exerçant un leadership professionnel et mobilisateur auprès de l'équipe tout en favorisant l'autonomie, le respect et la responsabilisation.

Ex. : Elle fait preuve d'autonomie dans l'organisation de son travail et dans l'exécution des activités de soins à accomplir.

Ex. : Elle travaille en étroite collaboration avec l'infirmière et lui fait part de ses préoccupations, de ses besoins ou des difficultés qu'elle rencontre dans son travail.

Ex. : Elle intervient promptement auprès des intervenants devant toutes situations jugées inacceptables.

Ex. : Elle s'enquiert régulièrement de l'état des résidents auprès des préposés aux bénéficiaires qui leur ont dispensé les soins d'assistance.

Ex. : Pour accompagner un résident en fin de vie ainsi que sa famille, elle discute et réorganise son travail en collaboration avec l'infirmière.

Ex. : Elle assure les communications nécessaires avec l'agente administrative au besoin.

16. Effectue toutes autres tâches pertinentes au rôle de l'infirmière auxiliaire à la demande de son supérieur immédiat.

ANNEXE III

Organisation du travail et de revalorisation des pratiques en CHSLD

RÔLE ET FONCTIONS SPÉCIFIQUES DU PRÉPOSÉ AUX BÉNÉFICIAIRES

1. Dispense les soins d'assistance requis par les résidents.

Ex. : Il donne les soins d'hygiène personnelle aux résidents de son équipe en tenant compte de leur niveau d'autonomie.

Ex. : Il stimule le résident à utiliser ses capacités résiduelles et mise sur le potentiel de ce dernier. Il lui apporte son soutien pour assurer la réalisation des soins d'assistance.

Ex. : Il assiste les résidents dans le but de répondre à leurs différents besoins d'élimination, d'alimentation, d'hydratation, de mobilité, d'habillement, etc.

2. Adapte son approche, la nature et l'intensité des soins d'assistance, selon le PTI.

Ex. : Il prodigue les soins d'hygiène à deux personnes en utilisant la diversion auprès d'un résident, tel qu'indiqué dans son plan de travail, par exemple, sous la rubrique « directives PTI ».

Ex. : Il respecte les précautions additionnelles en place auprès d'un résident.

Ex. : Il avise l'infirmière de la présence de douleur chez un résident.

3. Adopte des attitudes et une intervention adaptée envers les personnes âgées en perte d'autonomie.

Ex. : Il fait preuve de patience et de respect face au rythme du résident dans l'exécution de ses AVQ.

Ex. : Tel que proposé dans la formation « *Agir* », il évite les excès de stimulation auprès d'un résident atteint de déficits cognitifs.

4. Communique à l'infirmière ou à l'infirmière auxiliaire toute observation sur les changements relatifs à l'état général du résident.

Ex. : Il informe l'infirmière de la présence de propos confus ou de somnolence chez un résident.

Ex. : Il informe l'infirmière auxiliaire de la présence d'une rougeur au talon droit chez un résident.

Ex. : Il communique à l'infirmière principale toute information non-urgente permettant d'assurer le suivi auprès des résidents qui lui sont attribués.

Ex. : Il avise l'infirmière de tout changement dans le niveau de collaboration d'un résident à ses activités de la vie quotidienne (AVQ); impossibilité pour le résident de réaliser ses transferts à l'aide d'une personne aujourd'hui, comparativement à hier.

5. Est au cœur des activités occupationnelles et socialisantes du résident.

Ex. : Il tient compte de l'horaire des activités du résident dans la planification des soins.

Ex. : Il invite le résident et ses proches à participer aux activités de loisirs.

Ex. : Il tient compte de l'approche milieu de vie lorsqu'il intervient auprès d'un résident.

6. Démontre une attitude de respect envers le résident.

Ex. : Il utilise le vouvoiement.

Ex. : Il s'assure de procurer l'intimité nécessaire pour les soins qu'il donne en fermant les rideaux.

Ex. : Il interagit avec le résident lors des soins. Il l'avise du déroulement des activités et s'assure de sa compréhension.

7. Assiste l'infirmière et l'infirmière auxiliaire lors de certains examens et de certains traitements.

Ex. : Il applique une stratégie de diversion auprès d'un résident pendant que l'infirmière auxiliaire réalise les soins de plaies pour augmenter la collaboration du résident au soin.

Ex. : Il apporte son soutien à l'infirmière pour réaliser une intervention invasive auprès d'un résident.

8. Créer un lien de confiance avec le résident et sa famille.

Ex. : Il invite la famille à participer aux activités du résident (ex: collation, hydratation).

Ex. : Il encourage le résident et sa famille à s'exprimer. Il prend du temps avec eux pour leur donner l'information et le support nécessaire et ce, en respectant son champ de compétences.

9. S'assure de dispenser des soins et des services sécuritaires.

Ex. : Il manipule le matériel en appliquant les règles de sécurité (ex: levier).

Ex. : Il manipule le matériel de soins en respectant les principes d'asepsie pour éviter les infections. (le sac jambier et le sac à drainage)

Ex. : Il respecte ce qui a été déterminé avec le BERTESS.

Ex. : Il applique les mesures de contrôle prévues (contentions) et s'assure de fournir la surveillance nécessaire.

10. Fournit une assistance en situation de crise ou d'urgence.

Ex. : Lors d'une chute, selon les consignes de l'infirmière, il utilise le levier.

Ex. : Il collabore au dépistage des signes précurseurs d'un épisode d'agressivité dans le respect de son rôle.

11. Dispense les soins et adapte son attitude selon l'approche milieu de vie.

Ex. : Il maintient un climat chaleureux auprès des résidents et sur l'unité.

Ex. : Il encourage le maintien de l'autonomie du résident.

Ex. : Il propose des choix aux résidents.

Ex. : Il tient compte des goûts et préférences du résident à travers les soins qu'il prodigue (choix du type de vêtements, de l'ordre de la présentation de la nourriture, des choix de loisirs)

Ex. : Il élabore un objectif de milieu de vie avec un ou des résidents et contribue à l'atteinte des objectifs milieu de vie de celui des autres.

12. Collabore à la réalisation des objectifs de soins et des différents programmes mis en place dans l'établissement, ainsi qu'à l'atteinte des résultats.

Ex. : Il contribue à l'atteinte des objectifs de soins.

Ex. : Il participe au programme de marche.

Ex. : Il participe au programme de prévention des chutes.

13. Travaille en collaboration avec l'infirmière et l'infirmière auxiliaire.

Ex. : Il identifie avec l'infirmière auxiliaire une heure précise qui leur convienne à tous les deux afin qu'elle puisse procéder à un soin particulier (ex.: application de pansement, crème) auprès du résident avant qu'il soit levé.

Ex. : Il participe à la collecte des données en recueillant des informations auprès du résident, de ses proches et de ses coéquipiers.

Ex. : Il avise l'infirmière que les outils tels son plan de travail, le BERTESS ou le SMAF ne sont plus à jour et collabore avec elle à la mise à jour de ces outils.

Ex. : Il transmet les informations pertinentes à l'infirmière et à l'infirmière auxiliaire durant son quart de travail pour assurer la continuité des soins.

14. Collabore avec les différents professionnels.

Ex. : Il participe aux rencontres interdisciplinaires.

Ex. : Il interpelle le service d'animation des loisirs ou d'autres ressources en passant par l'infirmière principale afin de le soutenir dans l'élaboration d'un objectif de milieu de vie.

Ex. : Il s'assure de la mise en application des interventions proposées.

15. Participe aux rencontres hebdomadaires d'équipe.

Ex. : Il discute activement avec l'équipe, amène ses observations et partage ses opinions.

Ex. : Il prend une part active dans la prise de décision en proposant des pistes de solutions.

Ex. : Il se prépare à la réalisation de ces rencontres, par exemple, en ayant identifié un objectif de milieu de vie à atteindre auprès du résident concerné.

Ex. : Il rend compte du suivi des objectifs de soins et de ces objectifs de milieu de vie auprès de l'équipe de soins.

Ex. : Il s'assure que l'objectif milieu de vie convenu lors de la rencontre d'équipe a été transcrit par l'infirmière au plan de travail du préposé.

16. Démonstre de l'autonomie et de la flexibilité dans la gestion de son temps et l'organisation de son travail.

Ex. : Il respecte le refus d'un résident concernant la prise de son bain et lui offre de le prendre plus tard afin d'éviter une escalade d'agressivité.

Ex. : Il lève le résident plus tard le matin, après l'évaluation de la situation de santé par l'infirmière, ou tout simplement parce qu'il le souhaite ce matin-là.

Ex. : Il s'assure de posséder les informations pertinentes pour assurer les soins aux résidents qui lui sont assignés.

17. Il assure la continuité des informations auprès de ses collègues préposés, notamment lors de la rotation des équipes de soins et des changements de quart de travail.

Ex. : Transmet l'information sur une approche particulière avec un résident avec problèmes de comportements.

18. Effectue toutes autres tâches pertinentes au rôle du préposé aux bénéficiaires à la demande de son supérieur immédiat.

ANNEXE IV

PRINCIPES DE COLLABORATION ET DE COOPÉRATION AU SEIN DE L'ÉQUIPE

Propos	Respect des compétences	Prise de décision	Mobilisation	Responsabilisation	Écoute	Marge de manœuvre
L'infirmière principale <u>invite</u> les membres <u>à faire état</u> de la situation sur les besoins ou problèmes présentés par le résident (où, quand, comment et pourquoi)						
Suite aux propos amenés par les membres du personnel, l'infirmière principale <u>utilise</u> les compétences de l'équipe afin de déterminer la cause potentielle à l'origine du problème ou besoin.						
L'infirmière principale <u>présente</u> à l'équipe son constat d'évaluation et son hypothèse.						
L'infirmière principale <u>discute</u> avec son équipe du suivi clinique le plus approprié considérant la situation.						
L'infirmière principale <u>démontre</u> de la souplesse sur les moyens utilisés.						
L'infirmière principale <u>demande</u> à l'équipe de lui faire part de l'effet des stratégies utilisées.						

Rédigé par Michel Lévesque DSI, Annie Grégoire inf. B.Sc., et Marie-Josée Béliveau, inf., le 15 février 2010.

ANNEXE V

STRUCTURER EFFICACEMENT SES OBSERVATIONS EN 6 POINTS⁵²

1. QUI ?	Cela concerne qui ? (madame, monsieur...)
-----------------	---

2. RELATIF À QUOI ?	<input type="checkbox"/> Un changement de tout ordre <input type="checkbox"/> Une demande <input type="checkbox"/> Une remarque du résident <input type="checkbox"/> Un fait vécu par le résident <input type="checkbox"/> Un fait vécu par l'intervenant auprès du résident
----------------------------	--

3. QUOI ?	<p>L'observation que je fais passe par un de mes 5 sens.</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 20%;">Odeur</th> <th style="width: 20%;">Oùïe</th> <th style="width: 20%;">Goût</th> <th style="width: 20%;">Toucher</th> <th style="width: 20%;">Vue</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>J'ai senti... l'odeur anormalement forte de son urine</td> <td>J'ai entendu... ses plaintes quand je l'ai changé de position du lit à la chaise</td> <td>J'ai goûté... l'eau et elle n'avait aucun goût comme elle disait</td> <td>J'ai touché... ses mains étaient glacées et son front brûlant</td> <td>J'ai vu ... des bleus sur les bras, une rougeur sur la hanche droite</td> </tr> </tbody> </table>	Odeur	Oùïe	Goût	Toucher	Vue	J'ai senti... l'odeur anormalement forte de son urine	J'ai entendu... ses plaintes quand je l'ai changé de position du lit à la chaise	J'ai goûté... l'eau et elle n'avait aucun goût comme elle disait	J'ai touché... ses mains étaient glacées et son front brûlant	J'ai vu ... des bleus sur les bras, une rougeur sur la hanche droite
Odeur	Oùïe	Goût	Toucher	Vue							
J'ai senti... l'odeur anormalement forte de son urine	J'ai entendu... ses plaintes quand je l'ai changé de position du lit à la chaise	J'ai goûté... l'eau et elle n'avait aucun goût comme elle disait	J'ai touché... ses mains étaient glacées et son front brûlant	J'ai vu ... des bleus sur les bras, une rougeur sur la hanche droite							

4. QUAND ?	<p>À l'occasion de quelle AVQ ai-je fais ces observations ?</p> <p>Exemple : Au bain ce matin, au repas du midi à la salle à manger, durant les soins d'hygiène.</p>
-------------------	--

5. À QUI ?	<p>À quelle personne s'adresse cette information ?</p> <p>Exemple : L'infirmière ou la personne responsable en son absence.</p>
-------------------	---

6. COMMENTAIRES SUPPLÉMENTAIRES	<p>Pour compléter l'information vous pouvez ajouter des commentaires comme :</p> <p><input type="checkbox"/> Qu'est-ce que le résident concerné vous a dit à propos de cela? (Si le résident est capable de communiquer)</p> <p>Exemple : « Je pense que j'ai attrapé un virus...je me sens fiévreux.»</p> <p><input type="checkbox"/> Quelle est l'explication selon vous ? Vous pouvez donner votre interprétation en précisant qu'il s'agit de votre interprétation personnelle et qu'elle doit être vérifiée.</p> <p>Exemple : « Je peux me tromper, mais moi je pense qu'il a parlé à Mme Sigouin aujourd'hui et elle lui a dit que sa fille avait attrapé un virus.»</p>
--	--

⁵² Adapté du programme national de formation pour les préposés aux bénéficiaires travaillant auprès des personnes âgées en perte d'autonomie, Bloc 4 : Agir pour sécuriser; Aide-mémoire 15, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2008.

ANNEXE VI

PRÉPARATION DE LA

RENCONTRE HEBDOMADAIRE D'ÉQUIPE

Date de la rencontre : _____

Infirmière principale : _____

1. Le but de la rencontre a été clairement fixé et partagé.
2. Le plan thérapeutique infirmier (PTI) est présenté et discuté dans l'équipe. (constats et directives)
3. Le plan de soins et de traitement infirmier (PSTI) et le plan de travail sont mis à jour.
4. Un objectif de soins infirmiers est discuté.
5. Un objectif de milieu de vie est discuté.
6. Les principes de collaboration et de coopération sont respectés. C'est-à-dire qu'il y a au sein de l'équipe :
- Respect des compétences des membres
- Participation de chacun des membres à la prise de décision
- Mobilisation des membres
- Présence de responsabilisation par les membres
- Présence d'écoute
- Présence de marge de manœuvre dans les moyens visant à atteindre les résultats

* Source : Grille d'évaluation de la satisfaction des participants, DRHI, CSSS-IUGS

24 février 2010

ANNEXE VII

RENCONTRE HEBDOMADAIRE D'ÉQUIPE

Guide d'auto-appréciation

*Document
de travail*

DATE DE LA RENCONTRE : _____

INSTALLATIONS: D'YOUVILLE: SLD2 SLD4

ST-JOSEPH: SLD2-3 SLD4-5

ARGYLL: SLD1-2 SLD3 SLD4 SLD5 ST-VINCENT: SLD2 SLD3 SLD4

TITRE D'EMPLOI : Infirmière Infirmière auxiliaire Préposé aux bénéficiaires Autres: _____

Indiquez votre **degré d'accord** pour chacun des énoncés en encerclant le **chiffre approprié** :

1 = Tout à fait en désaccord 2 = En désaccord 3 = En accord 4 = Tout à fait en accord

1. Le but de la rencontre a été clairement fixé et partagé.	1	2	3	4
2. Le plan thérapeutique infirmier (PTI) est présenté et discuté dans l'équipe. (constats et directives)	1	2	3	4
3. Le plan de soins et de traitement infirmier (PSTI) et le plan de travail sont mis à jour.	1	2	3	4
4. Un objectif de soins infirmiers est discuté.	1	2	3	4
5. Un objectif de milieu de vie est discuté.	1	2	3	4
6. Les principes de collaboration et de coopération sont respectés. C'est-à-dire qu'il y a au sein de l'équipe :	1	2	3	4
6.1 Respect des compétences des membres	1	2	3	4
6.2 Participation de chacun des membres à la prise de décision	1	2	3	4
6.3 Mobilisation des membres	1	2	3	4
6.4 Présence de responsabilisation par les membres	1	2	3	4
6.5 Présence d'écoute	1	2	3	4
6.6 Présence de marge de manœuvre dans les moyens visant à atteindre les résultats	1	2	3	4

Commentaires, suggestions ou éléments à améliorer :

MERCI.

GUIDE D'UTILISATION

1. Le but de la rencontre était clair.
Je savais pour quelle raison j'étais convoqué à une rencontre.
Je savais de quel(s) résident(s) nous allions discuter.
2. On a discuté du PTI. L'infirmière nous a communiqué les constats et les directives émises au PTI. S'il s'agissait d'un suivi, elle nous a mentionné s'il y avait eu des modifications ou non par rapport à la dernière rencontre.
3. Suite à nos échanges, nous avons discuté des informations contenues dans les outils de travail de l'équipe (PSTI et plan de travail). Selon le cas, nous avons soit revu la pertinence de certains éléments qui y étaient déjà inscrits, ou abordé des éléments à ajouter ou modifier.
4. Nous avons discuté d'un objectif de soins infirmiers à poursuivre auprès du résident.
5. Un objectif de milieu de vie à poursuivre auprès du résident est amené par les préposés aux bénéficiaires et discuté dans l'équipe.
6. Les principes de collaboration et de coopération ont été respectés au sein de l'équipe.
 - 6.1 Durant la rencontre, on m'a invité à faire état de la situation sur les problèmes ou besoins présentés par le résident. J'ai senti que l'on s'intéressait et considérait mon point de vue et mes opinions.
 - 6.2 Durant la rencontre, on a tenu compte de mes opinions pour en arriver à une prise de décision concernant les problèmes ou les besoins du résident et si tel n'est pas le cas, j'en connais la raison. Je me sens impliqué dans les décisions qui concernent le résident.
 - 6.3 Je considère que je fais partie intégrante de l'équipe et je participe aux discussions. J'ai pris une part active dans les échanges et je vais de l'avant pour émettre des hypothèses et proposer des pistes de solutions.
 - 6.4 Je connais mon rôle dans l'équipe et je me présente préparé aux rencontres. De plus, suite aux discussions tenues, je sais ce qu'il est attendu de moi par la suite et je rends compte des effets des stratégies utilisées ou des interventions proposées.
 - 6.5 J'ai partagé mon point de vue avec l'équipe et je me suis senti écouté par les autres.
 - 6.6 Je sens qu'il y a présence de marge de manœuvre dans la façon d'atteindre les objectifs. Je sens qu'il y a place à proposer des suggestions et que l'équipe fait preuve de flexibilité. Tout n'est pas déterminé d'avance.