

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

IMPLANTATION DE LA COLLECTE DE
DONNÉES EN SOINS INFIRMIERS:
RAPPORT D'UNE RECHERCHE-ACTION

PAR
MARIE CLAUDE TURCOTTE-BELLEY

Rapport de recherche en vue de l'obtention de la maîtrise en
éducation

JUIN 1990





BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

Un merci tout particulier à deux collaboratrices, Micheline Lavoie-Côté, infirmière du service d'éducation, et Hélène Cassista, clinicienne, qui ont si gentiment accepté d'effectuer la lecture de ce texte et qui m'ont aidé à le bonifier.

TABLE DES MATIERES

	Page
Synthèse.....	9
Introduction.....	13
Chapitre premier: La problématique et l'orientation de la recherche	
1. La problématique reliée à la collecte de données.....	16
A. Démarche de la collecte de données.....	16
B. Définition de la collecte de données.....	17
C. Importance de la collecte de données.....	20
D. Utilisation de la collecte de données au Québec.....	23
2. La problématique reliée aux facteurs de résistance.....	24
A. Connaissances de base.....	24
B. Attribution en personnel infirmier.....	26
C. Mouvement de la clientèle.....	26
D. Support des dirigeants.....	27
E. Ampleur de la collecte.....	28
3. L'utilisation de la collecte de données en région de l'Abitibi Témiscamingue.....	29
4. L'évolution de l'application.....	32
5. Le chercheur, la situation problématique et la recherche de solution.....	34
6. La Définition du problème.....	39
Chapitre deuxième: L'orientation de la recherche	
1. Les buts et les limites de la recherche.....	43
A. Buts de la recherche.....	44
B. Limites.....	45

	Page
2. Le cadre théorique.....	46
A. Le cadre de référence de Virginia Henderson...	48
B. La jonction entre Henderson et l'approche à la résolution de problème.....	52
3. La méthodologie.....	53
A. L'approche méthodologique.....	54
B. Le modèle retenu.....	54
C. Les étapes de la recherche.....	55
D. La formation d'un comité.....	61
E. Le rôle du chercheur.....	62
F. Le plan d'action	63
G. Les instruments.....	69
H. Les retombées attendues par ce projet.....	71
 Chapitre troisième: Le déroulement du projet.....	 74
 Chapitre quatrième: Les résultats	
1. Analyse et suivi de la recherche.....	119
2. Evaluation de l'expérimentation.....	125
A. Facteurs inhérents aux problèmes.....	126
B. Respect des étapes de chargement planifié.....	129
C. Autres questions.....	130
3. Réflexion sur le processus	
A. Le concept de contrat.....	133
B. Le concept de participation.....	144
C. Le concept de changement.....	152
D. Le concept de discours.....	160
E. Le concept de l'action.....	167
 Conclusion.....	 172
Références.....	175
Bibliographie.....	182
Annexes.....	188

Liste des annexes

	Page
Annexe I	Formulaire de collecte de données au Centre hospitalier Rouyn-Noranda..... 190
Annexe II	Collecte de données (La Sarre)..... 193
Annexe III	Procès verbal de la 1ère réunion du comité de la démarche..... 195
Annexe IV	Normes et critères de O.I.I.Q. et A.I.I.N.B..... 197
Annexe V	Grille du niveau des connaissances des infirmières avant formation..... 201
Annexe VI	Parallèle entre les problématiques de l'Abiti-Témiscamingue et d'Edmundston.. 203
Annexe VII	Projet implantation de la collecte de données..... 205
Annexe VIII	Formulaire de collecte de données et guide d'utilisation à l'Hôpital d'Edmundston..... 214
Annexe IX	Grille évaluation des apprentissages... 229
Annexe X	Instrument d'analyse des données..... 235
Annexe XI	Plan de soins..... 240
Annexe XII	Outil d'évaluation des connaissances... 242
Annexe XIII	Facteurs d'évaluation du projet..... 247
Annexe XIV	Projet présenté au M.S.S.C. du Nouveau-Brunswick..... 249
Annexe XV	Publication..... 255

Liste des tableaux:

		Page
1.	Tableau Représentation schématique de la démarche... de changement planifié.	57
2.	Tableau Représentation schématique de la..... planification.	59
3.	Tableau Echéancier de la recherche-action.....	65
4.	Tableau Représentation schématique de la démarche... de changement planifié	77
5.	Tableau Evaluation des résultats de l'utilisation... de la collecte de données (des 14 besoins fondamentaux)	120
6.	Tableau Performance de l'utilisation de la collecte.. de données par le personnel régulier	122
7.	Tableau Performance de l'utilisation de la collecte.. de données par le personnel occasionnel	123
8.	Tableau Qualité de l'utilisation de la collecte de... données à l'unité pilote	124
9.	Tableau Grille de recherche-action de Morin/Landry...	132
10.	Tableau Participation des membres des comités.....	151

Liste des sigles

A.I.I.C.:	Association des Infirmières et Infirmiers du Canada
A.I.I.N.B.:	Association des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick
C.H.R.N.:	Centre Hospitalier Rouyn Noranda
C.H.L.S.:	Centre Hospitalier La Sarre
M.S.S.C.:	Ministère de la Santé et des Services Communautaires
N.A.N.D.A.:	North American Nursing Diagnosis Association
O.I.I.Q.:	Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec
U.Q.A.T.:	Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

SYNTHESE

Synthèse:

Le problème:

Tant au Québec qu'au Nouveau-Brunswick, les normes et critères de compétence de la profession infirmière indiquent clairement à la professionnelle infirmière de prodiguer des soins scientifiquement, en utilisant une démarche précise.

Cependant, nous savons qu'il existe un écart entre ce que nous commandent les normes et critères de compétence des corporations infirmières et ce qui se fait dans la réalité.

A l'utilisation de la première étape de la démarche systématique (la collecte de données), s'est développée une résistance. Les causes et raisons de cette résistance varient d'une région à l'autre, mais sont reliées à des facteurs s'apparentant: le manque de formation des utilisateurs, la répartition insuffisante en personnel infirmière sur les unités de soins, le support du dirigeant face à l'utilisation de la démarche, la qualité du formulaire utilisé.

Le problème, entourant le soutien à l'intégration de la démarche de soins infirmiers et plus précisément de la collecte de données, nous apparaît être de deux ordres: d'ordre professionnel (car relié à la définition de l'exercice de la pratique infirmière) et d'ordre organisationnel (car relié aux mécanismes permettant à l'infirmière, dans les milieux cliniques, de travailler conformément aux exigences de sa profession).

L'objet de la recherche:

Compte tenu des quelques contraintes liées aux étapes de la démarche énumérées précédemment, l'objet de notre recherche est de vérifier s'il est réaliste dans un milieu clinique donné (une unité de soins), d'opérationnaliser l'utilisation de la collecte de données. Ainsi il est réaliste, faisable, pertinent de demander aux infirmières de compléter le formulaire de la collecte de données avec le bénéficiaire, lors de son admission à l'unité de soins, et d'agir comme soutien pour favoriser cette implantation.

Les limites de la recherche:

La recherche est effectuée sur une période de 12 mois, dans un établissement de santé de courte et longue durée, de dimension intermédiaire (200 lits), situé en région périphérique. La recherche est concentrée sur une unité de médecine (35 lits), où l'infirmière-chef collabore et où travaille une équipe de 12 infirmières.

Dans le milieu où nous effectuons notre recherche, nous devons tenir compte que notre position d'autorité, soit de directrice de soins infirmiers, a pu influencer fortement le niveau de participation des intervenants subalternes. Nous avons tenté de compenser à cette contrainte par un grand degré d'ouverture aux opinions de l'autre.

Comme il s'agit d'un processus de participation impliquant les personnes du milieu, le modèle qui en émerge n'est pas nécessairement applicable ailleurs. Cependant ce modèle peut influencer, aider les établissements qui pourraient s'y référer.

Résultats

Pendant l'année de recherche, les intervenants de l'unité pilote et les intervenants gravitant autour de cette unité s'impliquent dans le processus de la création de l'outil de collecte de données (le formulaire) et au processus d'implantation de cet outil. Nous nous attendons à ce que 50% des infirmières de l'unité pilote aient acquis et mettent en pratique les connaissances leur permettant de recueillir les informations auprès des bénéficiaires lors de la phase d'expérimentation et qu'elles puissent procéder à la deuxième étape de la démarche, soit l'interprétation des données et la planification des soins.

INTRODUCTION

"Les compétences qui caractérisent une profession découlent d'un ensemble de connaissances organisées"

Marie Françoise Collière

Introduction

Rédiger ce rapport sur la recherche-action d'une année, portant sur le processus d'opérationnalisation d'un outil de collecte de données, représente un défi et cela pour plusieurs raisons.

En premier lieu, la littérature portant sur la démarche de soins infirmiers, dont la première étape s'avère la collecte de données, est abondante et depuis les dernières vingt années n'a cessé de croître. Ces textes principalement américains (et Henderson fut une des pionnière en la matière) sont constitués également de rapports d'expérimentation dans des milieux variés. Les dix dernières années furent cependant fertiles en matériel québécois et en traductions françaises des auteurs américains.

Riche de cette littérature, nous avons pu baser notre cheminement sur des fondements théoriques. Ces fondements théoriques ont orienté notre recherche tout au long de l'année d'expérimentation, bien qu'ils avaient guidé et influencé notre pratique depuis vingt ans. Des auteurs en sciences infirmières et en management ont influencé notre philosophie et orienté notre approche de dirigeante.

Ces différents auteurs nous ont aidé à comprendre pourquoi la démarche de soins infirmiers était parfois laissée pour compte, autant en Abitibi-Témiscamingue qu'à Edmundston au Nouveau-Brunswick et ont permis de tracer la problématique.

En second lieu, l'évolution des soins infirmiers tant au niveau de la formation que de la pratique fut stimulée au Québec et au Canada par des événements et décisions politiques qui eurent des effets considérables sur l'avancement de la profession: le rapport Castonguay-Nepveu, le Code des Professions, la loi des Infirmières, la Commission Parent, etc. A travers cette portion d'histoire, la profession infirmière s'organise davantage et les infirmières apprennent à planifier différemment les soins. Une démarche scientifique se développe.

L'objet de notre recherche a été de procéder à l'implantation d'une collecte de données dans un secteur donné de l'Hôpital Régional d'Edmundston, de stimuler et de soutenir cette tentative. Pour y parvenir nous avons utilisé la méthodologie de changement planifié suggéré par Collerette et Delisle afin de vérifier la conjoncture quant à l'objet de l'étude, tout en respectant l'échéancier prévu, de développer ensemble un outil de collecte de données (formulaire basé sur un modèle nursing), de trouver des moyens d'action permettant d'opérationnaliser l'outil, de suivre de près l'étape d'opérationnalisation, et enfin d'en analyser les résultats.

En troisième lieu, il s'agit de rapporter ici les interactions, le vécu des participants et les résultats des multiples échanges humains et professionnels. Cela représente également un défi car de nombreuses collaboratrices se sont impliquées dans cette aventure. Il nous apparaît important de cerner l'ensemble des réalisations de chacune, d'analyser la portée de ces réalisations, de même que d'effectuer une réflexion sur les résultats finaux.

Cette recherche-action a généré beaucoup d'efforts mais aussi beaucoup de résultats inespérés: bien au delà de ce que nous avons planifié. Non seulement la collecte de données et les autres étapes de la démarche de soins furent implantées sur l'unité pilote, mais aussi sur d'autres unités de soins infirmiers.

CHAPITRE PREMIER:

LA PROBLÉMATIQUE
DE LA RECHERCHE

CHAPITRE PREMIER: La Problématique et l'orientation de la recherche

La Problématique reliée à la cueillette de données

A. Démarche de la cueillette de données

En 1973 au Québec, la profession d'infirmière franchit un pas important dans l'histoire, car l'exercice de la profession infirmière est enfin défini, encadré et régi par une loi: la loi sur les infirmières et les infirmiers détermine les rôles de l'infirmière, les normes et les critères de la pratique en ces termes:

Constitue l'exercice de la profession d'infirmière tout acte qui a pour objet d'identifier les besoins de santé des personnes, de contribuer aux méthodes de diagnostic, de prodiguer et contrôler les soins infirmiers que requièrent la promotion de la santé, la prévention de la maladie, le traitement et la réadaptation, ainsi que le fait de prodiguer des soins selon une ordonnance médicale. (1)

Afin de définir les besoins de santé des personnes, il fallait repenser l'approche de l'infirmière auprès du bénéficiaire, la structure et l'organisation des soins. On voulait encourager une approche de qualité par le soin individualisé. Comment peut-on tracer le profil des besoins d'un individu sans utiliser un mécanisme, sans une démarche appropriée? La démarche des soins était donc introduite dès l'avènement de la formation des infirmières dans les CEGEP. On nomma alors cette démarche de soins "histoire nursing", puis "processus de soins" (de l'expression anglaise "nursing process"), puis, à la fin des années 70, avec les efforts de francisation connus au Québec, le terme devint la "démarche de soins". Cette démarche de soins était enseignée à la formation collégiale et au baccalauréat en 1967.

Le guide de la faculté des Sciences infirmières de l'Université de Montréal précisait la démarche de soins infirmiers en ces termes :

Le développement d'une telle pratique scientifique exige l'utilisation d'une méthode scientifique: cueillette et analyse des données, planification des actions, exécution des actions, évaluation des actions ainsi que la révision des étapes de la méthode, jusqu'aux résultats voulus. (2)

B. Définition de la collecte de données

Comme le rappelle Evelyn Adam, la cueillette de données ou collecte de données s'avère la première étape de la démarche. A cette première étape, l'infirmière recueille toutes les informations pertinentes concernant son client. Sans ces informations, elle ne peut procéder aux autres étapes, par exemple, planifier les actions de soins.

La collecte de données est la prise de conscience par l'infirmière des faits ou phénomènes qui interviennent dans le processus de santé d'un individu. L'infirmière reconnaît ces faits par l'usage des sens, l'intermédiaire de l'observation, l'entrevue et les coordonnées du client.

Larouche et Poirier (1987) définissent ainsi la collecte de données :

La collecte de données s'effectue à partir de l'observation du client avec les yeux, les oreilles, le nez, le toucher et le "coeur", à partir de l'interrogation du client lui-même, d'un membre de sa famille, d'un ami ou d'une connaissance et à partir de la lecture du dossier médical du client. L'utilisation plus ou moins grande de chacune des méthodes varie selon les facteurs en

présence: l'état de conscience du client, l'urgence de la situation, etc.(...) Les questions de l'instrument de collecte des données qui suit s'adressent directement au client parce que c'est encore lui qui peut le mieux nous informer au sujet de sa santé. Si le client ne peut, pour une raison ou pour une autre, répondre à ces questions, l'infirmière les adressera aux personnes responsables qui sont présentes ou y répondra elle-même de son mieux, par l'observation attentive du client(...). La collecte de données permet de rassembler l'ensemble des données nécessaires pour déterminer si une personne a besoin de soins infirmiers. (3)

Adam (1979) ajoute:

La collecte initiale, même très détaillée, n'est jamais terminée puisque de nouvelles données, tout au moins celles qui ont échappé à l'infirmière lors de la première collecte, apparaissent toujours(...) Il est difficile de retenir des informations sur de nombreux clients sans les consigner. En général, un instrument ou un outil sert d'aide mémoire pour poser les questions au cours de l'entrevue et pour noter, ensuite, les renseignements obtenus. (4)

Comme le mentionne Adam, pour recueillir les données, pour évaluer les besoins d'un bénéficiaire, il faut se munir d'un instrument qui permet de concevoir la réalité du client, de déterminer quels sont ses besoins. En soins infirmiers, quelques auteurs ont développé des modèles conceptuels visant à conceptualiser clairement le service offert au bénéficiaire: Henderson (1939), Orem (1959), Roy (1970). Le modèle privilégié au Québec et en Abitibi-Témiscamingue est celui de Henderson. Ce modèle est aussi appliqué à Edmundston au Nouveau-Brunswick, par certaines infirmières.

Il est important de souligner que le modèle de Henderson fut également le premier cadre conceptuel à être diffusé et appliqué puisque la première édition de "Principles and Practice of Nursing" de Henderson est publiée dès 1939. Mais ce modèle fut aussi popularisé parce qu'il était concis, clair et facile à utiliser.

L'application de la démarche de soins à partir du modèle de Henderson s'avère essentielle pour l'infirmière: cela lui permet d'individualiser les soins au client, quelle que soit la situation vécue. Et Henderson répond adéquatement à cette exigence en définissant ainsi le rôle de l'infirmière:

Le rôle essentiel de l'infirmière consiste à aider l'individu malade, ou en santé, au maintien ou au recouvrement de la santé (ou à l'assister dans ses derniers moments) par l'accomplissement de tâches dont il s'acquitterait lui-même s'il en avait la force, la volonté ou possédait les connaissances voulues, et d'accomplir ces fonctions de façon à l'aider à reconquérir son indépendance le plus rapidement possible.

(5)

Selon le modèle de la démarche de soins proposée par Henderson, le bénéficiaire forme un tout présentant quatorze besoins fondamentaux. Adam cite Henderson et rappelle que les besoins communs à tout être humain malade ou en santé sont les suivants:

1. Respirer
2. Boire et manger
3. Eliminer
4. Se mouvoir et se maintenir dans une position convenable
5. Dormir et se reposer
6. S'habiller et se déshabiller
7. Maintenir la température du corps dans les limites normales

8. Etre propre et protéger ses téguments
9. Eviter les dangers
10. Communiquer avec ses semblables
11. Pratiquer sa religion ou agir selon ses croyances
12. S'occuper de façon à se sentir utile
13. Se recréer
14. Apprendre (6)

Effectuer la collecte de données à partir du cadre de référence de Henderson, permet à l'infirmière de constater quels sont les besoins fondamentaux défaillants parmi les quatorze énumérés: le malade est-il déshydraté, a-t-il de la difficulté à se mouvoir, a-t-il de la difficulté à dormir, etc. Sachant ainsi ce qui amène le bénéficiaire à consulter, elle sera en mesure de mieux l'aider à planifier les activités de soins pertinentes pour l'amener à recouvrer sa santé et se prendre en charge:

L'utilisation d'un modèle conceptuel, comme celui de Virginia Henderson, éclaire le concept suivant: "Besoins de santé" qui a pour sens "activités de santé" ou "activités de vie". Ainsi donc l'infirmière se fait une idée du style de vie de la personne (par la cueillette de données); elle reconnaît chez cette personne ses activités de vie quotidienne, activités qui contribuent au maintien de sa santé. (7)

C. Importance de la collecte de données

L'utilisation de la collecte de données permet à l'infirmière de valoriser la relation avec le soigné, d'user de son pouvoir thérapeutique, de favoriser l'indépendance du client et d'agir elle-même avec autonomie. Voyons ce que signifie chacun de ces termes.

Valorisation de la relation soignante-soignée:

L'utilisation de la collecte de données permet de revaloriser la relation d'aide de l'infirmière envers le patient. Collière (1982) indique que:

L'interrogation sur les besoins fondamentaux du malade donnera une impulsion à la relation soignante soignée, sans que celle-ci serve toujours pour autant cette louable préoccupation, risquant de devenir une fin en soi(...). Avec l'utilisation des informations recueillies dans la relation, le travail infirmier change de nature, il trouve un domaine d'interrogation, de questionnement, de réflexion, de créativité en se demandant qui sont les personnes soignées. Qu'attendent-elles? Ceci afin de chercher ce qui a sens pour elles, ce qui peut éclairer l'aide à fournir pour compenser les besoins auxquels elles peuvent répondre elles-mêmes du fait de la maladie ou du handicap physique, mental ou social. (8)

Collière continue en vantant les effets positifs de l'utilisation de la collecte de données pour l'infirmière:

C'est la relation avec le malade qui devient le pivot des soins en ce sens qu'elle est à la fois le moyen de connaître le malade et de comprendre ce qu'il a en même temps qu'elle détient elle-même un pouvoir thérapeutique. Elle est source d'information pour discerner la nécessité des soins non techniques en évaluant l'aide à apporter, tandis qu'elle contribue à relativiser les soins techniques ou à faciliter leur compréhension, voir leur acceptation. Ce qui signifie en d'autres mots, que selon la qualité des informations recueillies et la qualité du contact établi, les activités de soins seront plus facilement planifiées ou plus difficilement planifiées avec le client. La démarche de soins a pour raison d'être la personne soignée. L'utilisation de la démarche de soins permet plus facilement et adéquatement au client de se prendre en charge et à l'infirmière qui est l'intervenante d'intervenir avec autonomie. (9)

Indépendance du client:

En recueillant les informations, l'infirmière constate les besoins fondamentaux déficients. Suite à sa collecte, elle mettra tout en fonction pour que le client puisse recouvrer la santé et redevenir indépendant. Adam rappelle que:

"Le schème conceptuel de la profession offre les mêmes lignes directrices à la praticienne qu'à l'éducatrice. Quel que soit le milieu où exerce l'infirmière, elle vise l'indépendance du client et joue auprès de lui le rôle de suppléante." (10)

L'autonomie de l'infirmière:

L'exercice infirmier étant un exercice à titre exclusif, personne d'autre que l'infirmière n'a le droit d'agir à titre d'infirmière. La démarche de soins étant imbriquée dans les normes et critères de compétence de l'infirmière, nulle autre que l'infirmière n'a le droit de l'utiliser. La collecte de données autant que les autres étapes de la démarche de soins infirmiers revient à la responsabilité de l'infirmière seule: c'est à l'infirmière de l'initier. En ce sens, elle est tout à fait autonome de cette responsabilité puisqu'elle décidera quand et comment elle abordera le client et comment elle interviendra à son chevet.

Clément (1987) ajoute même que: "L'autonomie de la profession infirmière, c'est le pouvoir de contrôler notre pratique et d'utiliser tout notre potentiel à l'intérieur du champ de pratique exclusif." (11) C'est à l'infirmière de décider, par exemple, à quel moment elle rencontrera le bénéficiaire, comment elle l'abordera, quelles questions elle privilégiera, quels conseils elle prodiguera, etc.

D. Utilisation de la collecte de données au Québec

Précédemment, nous avons mentionné que la démarche de soins s'enseignait dans les programmes des techniques infirmières au niveau collégial et dans les programmes de sciences infirmières à l'Université depuis environ 1967. En réalité, dans la pratique, nous constatons une résistance quant à l'application de la démarche de soins.

Tout nouveau langage prend un certain temps à s'intégrer. Il en est de même pour la démarche de soins infirmiers. C'est un nouveau langage qui exige à la fois une nouvelle approche; il ne s'agit plus d'imposer un soin mais de demander la collaboration au soigné et de l'encourager à se prendre en charge.

La démarche exige aussi de l'infirmière d'exposer sa pensée par écrit, d'inscrire le contenu de son entrevue, de décrire sa planification de soins et ses activités de soins; alors qu'auparavant l'entrevue avec le client se déroulait sans modèle, ni cadre conceptuel, ni grille de collecte de données; alors qu'auparavant le plan de soins restait dans la tête de l'infirmière ou encore existait sur un petit bout de papier qu'on jetait à la poubelle à la fin du quart de travail. Toutefois, l'infirmière inscrit depuis longtemps au dossier sur une fiche précise, les résultats de soins en fin de journée, de soirée ou de nuit pour chacun des bénéficiaires soignés.

La résistance subsiste, précisément au début de la démarche: à l'étape de la collecte de données et à l'étape de la planification. L'infirmière répondait et répond encore "je n'ai pas le temps d'écrire tout ça".

Pourtant, il est irréaliste de partir en voyage aux Etats-Unis ou ailleurs en voiture sans, au départ, tracer sur une carte l'itinéraire menant à l'endroit désiré. Que penserait-on d'un architecte qui coordonne la construction d'un bâtiment sans plan? Que penserait-on du médecin qui prescrit des médicaments ou traitements sans avoir effectué un examen à son client (histoire de cas et anamnèse)? Lorsqu'on apporte ces exemples aux infirmières résistantes, elles ne peuvent en réfuter la logique et le bon sens.

2. La problématique reliée aux facteurs de résistance

Mais quelles sont les raisons de résistance puisque les infirmières reconnaissent le bien fondé de la démarche? Ces raisons s'avèrent multiples et reliées souvent aux mêmes facteurs. Ce sont: les connaissances de base insuffisantes chez certaines infirmières, l'attribution insuffisante en personnel infirmier, le mouvement fréquent de la clientèle, le manque de support des dirigeants, l'ampleur de la collecte de données.

A. Connaissances de base

L'infirmière du cours traditionnel (celui ayant été dispensé avant 1967, avant l'avènement des Cegep, alors que les écoles étaient rattachées aux hôpitaux) n'a pas reçu de connaissance en démarche de soins: elle peut difficilement mettre de l'avant des notions qu'elle ignore. En outre, l'infirmière ayant reçu des notions basées sur un cadre conceptuel spécifique peut difficilement utiliser un autre cadre conceptuel qu'elle ne connaît pas.

Voilà pourquoi quelques hôpitaux du Québec prévoient, à l'arrivée des nouveaux employés, une période de formation bien structurée où le cadre conceptuel utilisé est expliqué et enseigné aux infirmières. A titre d'exemple, le Centre Hospitalier de Gatineau prévoit, lors de la période d'intégration des infirmières, l'enseignement du cadre conceptuel d'Orem. Il en est de même au Centre de Santé de Laval et à d'autres.

Il est à noter que, plus une infirmière possède une formation académique élevée (de niveau baccalauréat), moins elle résiste à l'application de la démarche. La formation de niveau universitaire, différente de celle du Cegep, l'amène à considérer la santé sous un autre angle. Elle se sent professionnelle et à ce titre voit l'importance de travailler de façon scientifique et professionnelle. Lors d'un sondage exécuté par une équipe de l'Ordre des infirmières sur la formation initiale auprès de 4 000 membres, les répondants reconnaissent cette différence au niveau des activités du soins, des activités d'administration d'une unité et des activités d'éducation en nursing. (12)

Déjà en 1979, Dulong, dans son étude sur la formation infirmière, identifie que:

Les infirmières ayant une formation de niveau collégial, à leur entrée sur le marché du travail, ne répondent pas aux besoins et aux attentes de celui-ci. Certaines peuvent pallier à cette lacune après plusieurs années d'expérience et de cours du soir, suivis dans le cadre de l'Education aux adultes. (13)

Voilà probablement pourquoi certaines infirmières continuent à étudier, constatant leur inconfort en milieu clinique. "Le recours à une formation complémentaire à la formation initiale nous apparaît une pratique très répandue chez les infirmières(...) plus du tiers des infirmières ressentent le besoin de continuer leurs études en s'inscrivant à au moins un certificat en nursing." (14) Ce qui explique que la résistance à la démarche s'amenuise d'année en année dans les hôpitaux du Québec.

B. Attribution insuffisante en personnel infirmier

Nous croyons qu'il est difficile aussi pour l'infirmière de respecter la démarche de soins si elle est la seule infirmière dans l'équipe à la pratiquer. Dans certains milieux, en particulier en soins prolongés ou soins à long terme, les équipes sont parfois constituées en majorité d'infirmières-auxiliaires et de préposés aux bénéficiaires. Même si la clientèle varie très peu dans ces unités, il est aisé de comprendre que le manque d'infirmières limite les activités. Il revient aux responsables de repenser la composition de l'équipe pour assurer la qualité du service.

C. Mouvement fréquent de la clientèle

Dans certaines unités de soins, la clientèle varie considérablement d'une journée à l'autre. A titre d'exemple, en psychiatrie à une unité d'admission de vingt bénéficiaires, le taux de roulement peut être de cinq par jour. Ce qui signifie qu'à chaque jour cinq bénéficiaires quittent et cinq autres sont

accueillis. Ce "roulement" peut s'avérer étourdissant et laborieux. Toutefois, si la quantité d'infirmières est suffisante, la démarche de soins peut être appliquée dans ces cas. C'était le "roulement" normal à l'unité de "Brief therapy", à l'Hôpital Royal Victoria, où j'oeuvrais en 1982. Les infirmières de ce secteur parvenaient à débiter la collecte de données et le plan de soins, malgré les particularités de la clientèle (en psychiatrie d'admission, la clientèle est parfois agitée, agressive). Toutefois, la démarche de soins faisait partie de la routine de travail et toutes les infirmières l'employaient.

Dans un autre milieu, sur une unité de chirurgie orthopédique où l'un des nôtres fut hospitalisé en 1984, la collecte de données débutait dès l'arrivée du client dans sa chambre: la grille ou collecte de données attendait sur le dessus de la table de chevet et le client pouvait, dès son arrivée, répondre par écrit au questionnaire. L'infirmière, par la suite, complétait le questionnaire en interviewant le client. Pourtant, il s'agissait aussi d'une unité où la clientèle variait rapidement.

Puis lorsqu'hospitalisée d'urgence à Kirkland Lake, nous constatons que la collecte de données avait été initiée à l'urgence et poursuivie sur l'unité de chirurgie. L'urgence est aussi une unité où la clientèle fluctue considérablement.

D. Support des dirigeants

Un centre hospitalier est une organisation où la gestion est pyramidale, au même titre qu'une entreprise privée. Pour qu'une dynamique soit vécue à la base, parmi les employés soignants, le

leadership doit idéalement se vivre ou se percevoir à partir du haut de la pyramide. Si la directrice des soins infirmiers croit en la démarche ou aux connaissances essentielles, elle peut stimuler ses infirmières-chefs en ce sens et ces dernières influenceront les infirmières soignantes. Le contraire peut être aussi vrai. Laurin et al. (1982) dans un rapport de recherche sur l'outil de gestion en qualité de soins et mode de gestion, en arrivent à la conclusion "que le mode de gestion influence la qualité des soins". (15) Ces auteures explicitent à quel point la dimension de commandement, la motivation, le processus de communication, l'influence-interaction, la prise de décision, la fixation des objectifs, la performance et la formation, agissent sur les actions des exécutants et sur la qualité du service.

Voilà peut-être ce qui explique la longueur d'avance qu'avaient les hôpitaux anglophones puisqu'ils avaient accueilli les premières bachelières et diplômées de maîtrises au Québec. Ces cadres possèdent une formation d'appoint, ont pris le leadership qui convenait et ont mis les choses de l'avant; entre autre, la démarche de soins dès les années 60.

E. Ampleur de la collecte de données

Pour un travail méthodique de collecte des données, l'infirmière interroge le client avec ce qu'on appelle une grille ou formulaire, qui peut être un questionnaire basé sur les quatorze besoins fondamentaux. Les résistants crieront contre la lourdeur de cette grille, qui peut l'être, si on ne fait pas attention à sa longueur. Le format et le contenu varient d'un milieu à l'autre; certains centres préfèrent une grille de huit pages et d'autres, une feuille recto-verso.

Little et Carnevali recommandent de respecter les principes suivants afin de ne pas alourdir impunément le processus: "N'inclure que l'information qui n'est pas recueillie par d'autres et qui est nécessaire aux infirmières pour donner des soins individualisés et éviter les formules qui exigent plus de temps pour être complétées que le temps dont l'infirmière dispose habituellement pour réaliser son entrevue". (16) Il s'agit d'organiser une grille restreinte mais intégrant les quatorze besoins fondamentaux ou les besoins d'ordre bio-psycho-sociaux. Et à mesure que l'on progresse, l'infirmière devient plus habile et utilise le processus plus rapidement. Adam tentait de réassurer les infirmières dans un article conçu pour la revue de l'Infirmière canadienne:

Faire une collecte de données en fonction des 14 besoins fondamentaux nous semble très long. Est-ce le cas pour d'autres infirmières? Oui, surtout au début lorsque ni la base conceptuelle, ni l'instrument qui en découle ne sont bien connus. Afin de procéder systématiquement à prodiguer des soins, il faut prendre le temps de recueillir les renseignements essentiels. Et lequel des 14 besoins peut-on enlever? Lequel n'est pas une activité nécessaire à toute personne, malade ou en santé? Il va de soi cependant que dans les situations d'urgence, la collecte détaillée est remise à un autre moment. (17)

3. L'utilisation de la collecte de données en région de l'Abitibi-Témiscamingue:

En novembre 1986, lorsque l'Ordre des infirmières du Québec a effectué une inspection professionnelle auprès de ses membres de la région de l'Abitibi-Témiscamingue, dans les centres hospitaliers de courte durée, la démarche de soins est apparue comme un élément de faiblesse. Voici ce que le rapport de synthèse de cette inspection révèle:

Les recommandations formulées à l'intention des infirmières cadres à ce chapitre concernent particulièrement les politiques écrites(...) et cette information ressort des renseignements généraux obtenus. Le critère pour les infirmières traitant du contenu de la collecte de données a été l'objet de recommandations dans tous les centres. Il existe une formule de collecte de données dans quelques centres alors que dans d'autres, elle est à l'état de projet. Là où elle existe, elle n'est toutefois utilisée que de façon sporadique et dans certaines unités. Les infirmières ont donc été invitées à recueillir des données quant à l'aspect bio-physiologique et psychosocial. (18)

Pourquoi en 1986 les centres de la région n'ont-ils pas développé ou intégré davantage la démarche de soins? Probablement pour les mêmes raisons précédemment citées que les autres hôpitaux du Québec, mais avec quelques années de retard.

Il faut dire que l'Abitibi-Témiscamingue est une région vivant les problèmes de développement que toute jeune région traverse. En février 1986, lors d'une recherche, effectuée par l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, sur la satisfaction des infirmières aux programmes en sciences infirmières, nous constatons que 50% des directrices de soins infirmiers de la région détiennent un baccalauréat en soins infirmiers ou étudient à ce niveau. Dans les milieux où le leadership se déploie et où la formation d'appoint est encouragée, nous réalisons que les chefs de service sont plus scolarisés.

Dans cette même étude nous constatons aussi le contraire, où les personnes sont sous scolarisées pour l'emploi détenu. Il en va de même pour la formation liée à la pratique scientifique: "76% des infirmières d'Amos étudiaient au niveau certificat ou baccalauréat, 74% à Val d'Or, 40% à La Sarre, et 20% à Rouyn". (19)

Après la visite du comité d'inspection de l'Ordre des infirmières, le comité des directrices des soins infirmiers de la région de l'Abitibi-Témiscamingue s'est fait un devoir de se définir des objectifs pour contrer cette faiblesse et développer des moyens d'action dans leur établissement respectif afin d'opérationnaliser la démarche de soins. Certains ont eu recours à une personne ressource du collège pour former les infirmières soignantes, d'autres ont formé des comités ayant comme mandat de vérifier les causes de résistance, de modifier la collecte de données et de la rendre plus adaptée à leurs besoins. (voir Annexe I, Une collecte de données modifiée et une collecte de données à compléter par le client.) D'autres encore ont fait en sorte de former leurs infirmières via l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue par un cours offert en 1987 en "Modèles et théorie de soins infirmiers", incluant une phase d'application dans leurs centres, en collaboration avec la personne ressource. Lors des réunions du comité des directrices de soins, ces dernières ont fait le point pendant toute l'année 1986-1987, sur l'évolution de cet objectif dans leur centre.

Le comité formé à cet effet à l'Hôpital de La Sarre, après avoir expérimenté une formule de collecte de données, a dû la repenser en raison de contraintes exprimées par les utilisateurs. De plus, une formation prévue, via l'U.Q.A.T. sur les "Modèles et théories", devait débiter en septembre 1988.

En résumé, depuis 1987, les infirmières des établissements de santé des secteurs d'Amos, La Sarre, Val d'Or et Ville-Marie utilisent de plus en plus la démarche de soins dans leur travail quotidien grâce aux efforts d'intégration poursuivis dans leur milieu respectif.

4. L'évolution de l'application

Les établissements de santé au Canada, au Québec et au Nouveau-Brunswick vivent également depuis deux décennies, dans l'ère de l'ordinateur. Pour ce qui est des services des soins infirmiers des efforts ont été déployés en ce sens, que dans quelques centres: principalement via des projets pilotes. Le centre hospitalier Sainte-Thérèse implantait un système informatique et le logiciel PDMS III était opérationnalisé (Psychiatric Data Management System). (20)

Trudy Ladouceur, infirmière à l'Hôpital général de Toronto, nous rapporte que l'ordinateur est d'abord l'outil du travail de secteurs autres que des soins infirmiers:

Le service des finances des grand hôpitaux en bénéficia le premier pour s'occuper des comptes payables et des achats. A ce moment-là, l'ordinateur n'était pas utilisé directement auprès des clients, ni pour le monitoring des soins cliniques. (21)

Evidemment, avant que l'ordinateur soit utilisé par les infirmières, il y eut plusieurs transitions. D'autres services que les soins infirmiers prirent les devants et cela, semble-t-il, en raison de la disponibilité des logiciels sur le marché: les services d'admission (pour le contrôle des lits), la radiologie, le laboratoire, les archives, la pharmacie.

Cependant, au cours des années, des logiciels furent développés pour jouer un rôle privilégié comme outil de support aux soins infirmiers, ainsi que l'explique Ladouceur:

Il fournit à l'infirmière les données nécessaires à la formulation du plan de soins individualisé. Dès l'admission, l'ordinateur emmagasine l'information pertinente, à partir de l'état physique du patient jusqu'à son histoire médicale. Cette information sert de référence au personnel infirmier qui identifie subséquemment les problèmes du patient. De plus, il permet l'élaboration d'un plan de soins qui tient compte des problèmes actuels de santé, des objectifs. (22)

L'ordinateur s'avère un facilitateur pour la démarche de soins et pour l'utilisateur qu'est l'infirmière. C'est aussi un outil qui permet d'améliorer la qualité des soins, et cela, parce que l'étape de la cueillette de données est d'emblée utilisée. A l'Hopital Saint-François d'Assise de Québec ou Marie-Josée Labranche travaille, elle constate les bienfaits de cette évolution. (23)

Au Centre Anna Laberge, centre ultra moderne en banlieue de Montréal, les systèmes d'informations furent inclus dans les plans de construction. Dans un article de la revue Santé Société, Guérin présente ainsi le Centre Anna Laberge, comme un hôpital "sans papier". (24)

En Abitibi-Témiscamingue aucun établissement en santé n'a développé de tels projets d'informatisation en soins infirmiers. Nous vivons encore de la résistance à faire compléter une collecte de données alors que les unités pilotes de Saint-François d'Assise de Québec et de l'Hôpital d'Ottawa vivent de la résistance au niveau de l'utilisation de l'ordinateur. Quelques années nous séparent. Nous en viendrons probablement aux mêmes étapes, mais un peu plus tard. (25)

5. Le chercheur, la situation problématique et la recherche de solutions:

Nous complétons d'abord une formation infirmière traditionnelle de trois ans en 1968, à l'école de l'Hôpital Saint-Luc de Montréal, puis un baccalauréat en sciences en 1978 et une maîtrise en sciences infirmières, option administration en 1981.

Après quatre ans d'expériences cliniques comme infirmière soignante (médecine-chirurgie, psychiatrie, obstétrique, urgence, soins intensifs), nous optons, en 1972, pour une carrière en administration des soins infirmiers, à titre de coordonnatrice (1972-1981), directrice des soins infirmiers au centre d'accueil (1982-1982), conseillère en soins infirmiers (1985-1987) et directrice des soins infirmiers en centre hospitalier soins aigus à La Sarre (1987-1988), puis à Edmundston depuis août 1988.

Tout en cheminant dans cette carrière, nous avons enseigné à temps partiel au niveau collégial (1974-1978) et universitaire (1986-1987) dans les domaines suivants: la démarche de soins infirmiers, les soins aux personnes âgées, le perfectionnement en soins d'urgence (niveau post-scolaire), les soins en santé communautaire (niveau universitaire).

En janvier 1986, alors que nous travaillons au Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda à titre de conseillère en soins infirmiers, nous avons identifié deux principaux facteurs de résistance à l'utilisation de la démarche de soins infirmiers: une collecte de données trop élaborée (8 pages) et une structure organisationnelle en personnel non adéquate qui faisait en sorte de partialiser les soins.

En ce qui concerne la lourdeur de la collecte de données, certains efforts d'amélioration avaient été tentés. Malgré ce travail, nous constatons peu de résultats. A titre d'exemple, à l'unité de soins prolongés, les plans de soins sont rédigés mais rarement évalués. En fait, l'utilisation de la démarche se fait sporadiquement; c'est-à-dire sur cette unité des soins prolongés, une seule infirmière utilise la démarche de soins dès l'arrivée des bénéficiaires.

Pendant cette année 1986, lorsque nous visitons les unités, nous profitons des maintes occasions pour nous enquérir auprès des infirmières des raisons de leur résistance. Presqu'invariablement, on nous oriente vers les contraintes habituelles: l'ampleur de la collecte et le manque de temps. En fait, les infirmières utilisent la même grille de cueillette que celle des étudiantes en techniques infirmières.

Cette grille conçue pour les étudiantes comme instrument pédagogique doit être suffisamment détaillée pour favoriser l'apprentissage. Dans la pratique, cette grille devenait inappropriée.

Sensibilisées par le rapport du comité d'inspection professionnelle, les infirmières se disent désireuses d'initier la démarche de soins; elles acceptent de débiter la démarche de soins si elles peuvent travailler avec une grille plus concise.

Nous proposons à la directrice des soins infirmiers de travailler à la création d'une nouvelle grille, de choisir une unité de soins pilote, pour en faire l'essai, de la valider avec les infirmières de cette unité et de mesurer les résultats. Le projet est exposé aux infirmières cadres lors d'une réunion en mai 1986. Ensemble, nous convenons d'une tentative d'implantation à l'unité de médecine.

Après avoir procédé aux étapes d'élaboration de la grille de collecte de données en limitant celle-ci à une page recto-verso, deux infirmières consentent à l'expérimenter dès juillet 1986. (voir annexe I, la collecte de données expérimentée à cette fin).

En septembre, octobre, puis jusqu'à mon départ, fin novembre 1986, nous constatons que l'expérience va bon train.

Nous quittons cet établissement de santé pour accéder à un poste de directrice des soins infirmiers au Centre hospitalier de La Sarre. Dans cet établissement de 75 lits, la démarche de soins n'est pas utilisée. Toutefois, tout comme à Rouyn, suite au rapport de l'Ordre des infirmières du Québec, les infirmières semblent disposées à s'impliquer.

A titre de directrice des soins infirmiers, nous devons composer avec les contraintes de l'établissement (restrictions budgétaires, pénurie d'infirmières, organisation en personnel) pour stimuler les infirmières à travailler scientifiquement. Un cheminement avait été fait à La Sarre: un guide d'utilisation du cadre conceptuel préparé et des plans de soins, adaptés à partir de formules provenant d'un centre voisin.

Dès janvier 1987, avec notre support, l'infirmière-chef de l'unité de médecine-chirurgie initie un comité qu'on nomme le "Comité de la démarche de soins infirmiers". Ce comité est formé de l'infirmière-chef, d'une infirmière (chef d'équipe de l'unité médecine-chirurgie II), et de deux autres infirmières travaillant à l'unité I, ayant terminé récemment un recyclage (infirmières-auxiliaires ayant complété une formation de 15 mois en techniques infirmières).

L'infirmière-chef choisit ces trois personnes en raison de leur intérêt à la démarche de soins. Il faut spécifier que la majorité des infirmières ont déjà reçu une formation sur le cadre conceptuel de Henderson.

A compter de la fin janvier 1987, ce comité se réunit une fois par semaine. Les membres de ce comité sont libérés pendant leur quart de travail pour oeuvrer à ce comité. Le comité répète ces réunions jusqu'en mai 1987. Les membres revisent le guide d'utilisation du cadre conceptuel Henderson déjà existant, puis développent une grille standard et des exemples types ou plans de soins fictifs de problèmes survenant fréquemment sur les unités de médecine, chirurgie, pédiatrie et pouponnière.

La grille ou collecte de données est conçue non pas sous la forme d'un questionnaire mais par thèmes; soit les quatorze besoins fondamentaux, avec sous-thèmes aidant l'utilisateur dans son entrevue auprès du client. Par exemple, au besoin fondamental "respirer" il est indiqué entre parenthèse (rythme, amplitude, coloration, environnement, habitude, émotion) ce qui suggère à l'infirmière de faire le tour de ce problème. Cette grille se limite à une page recto-verso et à une feuille supplémentaire pour les commentaires (annexe II).

En mai 1987, l'infirmière responsable de ce comité présente les résultats appréciables de leur travail. Avec notre accord, elle propose cette grille standardisée aux membres du personnel de ses services et les infirmières acceptent de l'expérimenter. Il s'agit de l'unité I (médecine, chirurgie, maternité et pouponnière).

Pendant toute la période estivale (période où la clientèle est réduite), quelques infirmières utilisent la collecte de données en question, à partir de l'accueil du bénéficiaire. Elles élaborent de plus les plans de soins. A une période donnée de la journée, les membres de l'équipe de soins se penchent sur un plan de soins et évaluent le cheminement du bénéficiaire quant aux activités de soins prévues.

On constate certaines difficultés d'intégration. Par exemple, en pouponnière il faut développer davantage la partie enseignement au besoin fondamental "apprendre". C'est différent en médecine chirurgie mais on vit des problèmes d'ajustement de la collecte, ce qui fait qu'à l'automne 1987, on constate un certain essoufflement et une réduction de l'utilisation de la démarche. De plus, des infirmières bien impliquées dans le processus quittent leur poste à cette unité pour accéder à d'autres postes.

D'autres préoccupations d'ordre managérial occupent la personne responsable de ce comité, ce qui retarde la progression de ce dossier de quelques mois. En mai 1988, on en est à l'étape d'améliorer la collecte de données pour l'adapter davantage aux besoins de chaque clientèle. La pertinence de continuer à sensibiliser les infirmières à l'importance de la démarche scientifique et de stimuler leur intérêt, nous amène à planifier un cours au programme de formation continue pour l'année 1988-1989: "Modèle et théorie".

A la fin juillet 1988, nous quittons cet emploi de directrice des soins infirmiers au centre hospitalier de La Sarre pour évoluer vers un poste de même directorat dans un centre hospitalier de taille intermédiaire (200 lits), à l'Hôpital Régional d'Edmundston. Dans cette institution, le cadre conceptuel en fonction était aussi celui de Henderson et nous vivons les même

difficultés dans l'intégration de la démarche de soins. Après avoir évalué la situation et les contraintes de ce nouveau milieu, nous constatons que nous aurons aussi à jouer un rôle de soutien et traverser les mêmes étapes qu'au Centre Hospitalier de La Sarre. Compte tenu de notre préoccupation, nous orientons notre travail et nos interventions vers l'utilisation d'une démarche scientifique par les infirmières, la formation d'un comité à cet effet (Voir Annexe III) le procès-verbal de la première réunion du comité de la démarche des soins infirmiers).

6. La définition du problème

Ce problème entourant le soutien à l'intégration de la démarche de soins infirmiers (démarche effectuée dans plusieurs hôpitaux du Québec) apparaît être de deux ordres: d'ordre professionnel et d'ordre organisationnel.

D'une part, la profession à partir de la définition de l'acte infirmier exige que la professionnelle pratique auprès de la clientèle de façon systématique et scientifique. L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, garante de la profession, a développé des normes et critères de compétence, reliés étroitement à la définition de l'acte infirmier. Lorsque l'Ordre effectue une inspection de ses membres, elle procède à l'évaluation à l'aide de ces normes et critères (Annexe IV). Les cinq premières normes et critères font intimement référence aux étapes de la démarche de soins. (26) L'infirmière doit répondre à ces exigences, à ces normes et critères: elle ne doit pas y résister mais plutôt s'y conformer.

En deuxième lieu, il revient aux organisations hospitalières d'assurer les mécanismes permettant à la professionnelle infirmière de travailler conformément aux exigences de sa profession: programmes de formation continue, attribution des catégories adéquates de personnel auprès du bénéficiaire, personnes ressources pouvant soutenir les infirmières dans leur cheminement, comité de support. Ces mécanismes doivent favoriser entre autres l'intégration de la collecte de données, première étape de la démarche de soins. (27)

A titre de directrice des soins infirmiers, il est de nos fonctions de composer avec les contraintes de ces deux ordres: professionnel et organisationnel. En effet, nous nous devons de respecter les normes émises par la corporation des infirmières, reliées à la démarche de soins. De plus, il faut planifier et organiser le secteur des soins infirmiers et déployer des mécanismes afin de permettre au personnel infirmier de pratiquer plus adéquatement.

C'est à l'intérieur de notre pratique professionnelle que nous introduisons notre objet de recherche: le problème de soutien à l'implantation de la démarche de soins consistant tantôt en objet de recherche et tantôt en objet de pratique.

L'intervention de soutien vise à favoriser auprès des intervenants, une autonomie et une prise en charge de leurs responsabilités. Intervenir comme soutien est l'occasion d'être une personne ressource privilégiée tel que défini par Maheux (1982): "L'intervention de soutien s'organise en fonction de l'analyse que l'individu ou l'équipe fait de la situation. L'intervention est donc pragmatique et circonstanciée. Le soutien correspond, dans le vécu du praticien, à une situation d'apprentissage ou de résolution de problème". (28)

Sommaire:

Avant même d'initier cette recherche-action, des événements liés à notre pratique professionnelle des vingt dernières années nous ont sensibilisé indubitablement à l'importance de la démarche de soins infirmiers et plus particulièrement, pour l'objet de notre étude, à la première étape (la collecte de données): l'évolution de la profession au Québec (profession régie par une loi), l'évolution de l'enseignement du "nursing" au Québec, le développement de standards de compétence par les associations infirmières du Canada (normes), etc...

Nous sommes convaincue que si les infirmières procèdent ou entreprennent la première étape de la démarche, elles continueront en procédant vers les suivantes étapes.

De plus, nous associons la résistance des infirmières à la démarche de soins infirmiers, à des facteurs précis, et entre autres: à la formation des infirmières, à l'organisation en personnel, à la gestion des soins, et à la composition des outils de travail (celui de la collecte de données).

Certaines expériences dans nos emplois antérieurs nous prouvent qu'il est possible de déployer des efforts concertés, orchestrés de sorte à permettre l'opérationnalisation en milieu hospitalier de la première étape de la démarche de soins. Nous avons émis l'hypothèse que l'infirmière peut pratiquer à une unité de soins, en intégrant dans son quotidien cette étape: c'est ce que nous avons tenté de vérifier pendant une année en agissant autant comme soutien que professionnelle à l'Hôpital Régional d'Edmundston.

CHAPITRE DEUXIEME:

L'orientation de la recherche

CHAPITRE DEUXIEME: L'orientation de la recherche

Ce chapitre présente les buts et les limites de la recherche, le cadre théorique et la méthodologie de la présente recherche.

Nous expliquons les convictions, les valeurs, les cadres de référence à la base de notre réflexion.

Nous précisons l'approche méthodologique utilisée, ainsi que notre double rôle de chercheure et de professionnelle dans le processus de recherche, et le rôle des divers participants.

1. Les buts et les limites de la recherche

Le choix de l'objet de recherche a été influencé par les facteurs inhérents au problème précédemment défini. Ces facteurs sont reliés à l'aspect professionnel et à l'aspect organisationnel du milieu clinique de recherche et sont au nombre de six:

- 1.1 Les connaissances de base des infirmières dans le milieu de recherche sur la démarche de soins et particulièrement sur la collecte de données.
- 1.2 Les connaissances de base des infirmières dans le milieu de recherche sur le cadre de référence en soins infirmiers.
- 1.3 La qualité de l'outil disponible dans le milieu de recherche: la collecte de données.

1.4 Le niveau de l'utilisation de la collecte de données dans le milieu de recherche.

1.5 Le processus de changement idéal à la situation et au milieu.

1.6 Le rôle de soutien de chercheur dans le milieu de recherche.

A. Buts de la recherche:

Notre démarche de recherche consiste à amener un groupe d'intervenants (infirmier(e)s syndiqué(e)s et infirmière-chef) à modifier leurs comportements quant à l'utilisation d'un outil scientifique de travail, (soit la démarche de soins), à les soutenir dans ce processus et à leur faire respecter les exigences de leur profession ainsi:

Les objectifs spécifiques de la recherche se situent et concernent les processus suivants:

1. Au niveau du diagnostic:

En impliquant les intervenants concernés par la problématique, au processus stratégique (processus).

2. Au niveau de la planification ou de l'élaboration de solution:

En créant un instrument de base de la collecte de données (contenu).

3. Au niveau de la planification:

A partir d'un instrument de base de la collecte de données, en adaptant l'instrument aux clientèles de chaque unité ou spécialité (contenu).

4. Au niveau de l'exécution:

En implantant l'utilisation de la collecte de données dans une unité de soins de l'hôpital: celle de médecine I (processus).

5. Au niveau de l'évaluation:

En évaluant l'instrument de collecte de données et le processus d'implantation de son utilisation dans une unité de soins (contenu et processus).

B. Limites:

Cette recherche est effectuée à l'Hôpital Régional d'Edmundston, centre hospitalier de courte et de longue durée de dimension intermédiaire (200 lits), situé en région périphérique à l'extrême nord-ouest du Nouveau-Brunswick. Cet établissement de santé est considéré en région périphérique tout comme l'était celui de La Sarre, avec les contraintes que cela sous-entend: éloigné de grands centres urbains (à 200 km et 300 km environ d'un autre centre urbain dense comme Bathurst et Fredericton), mais non suffisamment loin pour répondre aux critères de centre éloigné.

La phase d'implantation ou d'exécution de la collecte de données se limite à l'unité de médecine I, laquelle servira de projet pilote en vue de l'implantation à d'autres unités, suite à la recherche. Cette unité pilote nous apparaît pertinente parce que dans une unité de médecine la clientèle y est variée, y réside plus longtemps qu'en chirurgie car investiguée plus longuement et permet aux infirmières de travailler plus globalement avec les quatorze besoins fondamentaux de Henderson.

Cette recherche s'effectuera sur une période de douze mois.

Phase diagnostic: septembre 1988 à la fin décembre 1988
Phase planification: janvier 1989 à la fin mai 1989
Phase exécution: juin 1989 à la fin août 1989
Phase évaluation: septembre 1989

2. Le cadre théorique

Les cadres de référence présentés à ce chapitre viennent supporter nos valeurs, nos conceptions, nos croyances. Ils sont identifiés à deux champs d'activité distincts: les sciences d'administration et les sciences infirmières.

Dans "Le mal de l'âme", Bombardier souligne une évidence qui dépeint bien les femmes professionnelles de notre génération, entre autre, l'importance de l'efficacité: "Nous vivons dans un monde où tout se comptabilise car l'efficacité, but ultime, impose sa tyrannie" (29).

A la fin des années 70, les auteurs nouvellement traduits en français ou encore qui arrivaient tout juste sur le marché américain vantaient généreusement les bienfaits de la transparence, de l'authenticité, des communications bidirectionnelles, de la rationalité, des qualités et des caractéristiques liés au manager qui réussit; tout ce qu'un dirigeant devait posséder pour être efficace ou efficient. Ainsi Lefebvre (1975), Mager (1972) et plusieurs autres auteurs encouragent à la définition d'objectifs opérationnels pour mieux gérer. "La définition, en terme précis, de la mission de l'ensemble d'une organisation et de chacune de ses parties (...) est une étape essentielle dans le processus de gestion" (30).

Levitt (1960), aide l'administrateur à comprendre les situations problématiques des établissements, suggère une grille d'analyse fonctionnelle dont les concepts clés sont la mission, la structure, la technologie et le personnel.

Mintzberg influence par sa façon de percevoir les organisations et les acteurs y inter-agissant, comme structure ou bureaucratie professionnelle. Selon la structure organisationnelle de Mintzberg, celle des milieux de santé se définit comme étant décentralisée où chacun est autonome dans sa pratique et où les acteurs s'identifient fortement à leur profession: "Toutes ces organisations s'appuient pour fonctionner, sur les compétences et le savoir de leurs opérateurs qui sont des professionnels; toutes produisent des biens et services standardisés. (31)

Mintzberg (1984) présente sa vision des rôles du manager en ces termes:

"En résumé le cadre doit concevoir le fonctionnement de son organisation, observer activement son environnement interne et externe, prendre l'initiative de changements lorsque c'est désirable, et la ramener à un état stable lorsqu'elle fait face à une perturbation. Il doit amener ses subordonnées à travailler de façon efficace pour l'organisation et il doit leur fournir des informations spéciales dont il acquiert une partie grâce au réseau de contacts qu'il développe. De plus il doit remplir un certain nombre de devoirs, parmi lesquels l'informations de personnes externes, la conduite de négociations et les devoirs liés au rôle de symbole". (32)

Et lorsqu'on est tant préoccupé par l'efficacité et la qualité du service, on veut cette compétence grandissante et non stagnante.

Thomas Peters (1985), en raison de sa quête vers l'excellence, encourage les pratiques et les entreprises à l'efficacité et à l'excellence. Cet auteur présente des études en collaboration avec des entreprises américaines et européennes, où les dirigeants ont comme point commun une intention d'excellence.

Les idées de Peters sont un stimulant à innover et renforcent nos approches suite à des projets déjà mis de l'avant avec succès. Comme professionnelle et dirigeante, nous avons besoin d'être rassurée et stimulée. Lorsque Peters explique les rôles de l'entraîneur, il mentionne:

"Les grands entraîneurs incarnent quelques valeurs simples mais leur art consiste à faire vivre ces valeurs par chaque personne différente avec laquelle ils entrent en contact et qu'ils tentent d'influencer. (...) Entraîner recouvre un ensemble de rôles d'éducation, de parrainage, de guide, de conseil et d'aide." (33)

Peters incite le manager à changer des choses dans son organisation. Le changement doit même être une norme; pour augmenter les chances de survie de son entreprise, le manager doit avoir la passion du changement. Il ajoute que le leader doit se faire, du changement, un besoin quotidien: "Qu'avez-vous changé concrètement aujourd'hui? Cette question doit devenir le leitmotiv dans l'entreprise. Posez-la au moins une dizaine de fois par jour". (34)

Nos valeurs ont évolué au cours de nos expériences cliniques et nos apprentissages. L'importance d'être transparente, authentique, communicatrice, efficace, dynamique en management et en changement organisationnel, a été influencée entre autre par ces auteurs. Notre recherche repose sur ces valeurs.

A. Le cadre de référence de Henderson

Tel que précisé dans les buts de la recherche, notre expérimentation porte sur deux dimensions: l'élaboration d'un instrument de collecte de données et l'implantation d'un processus de changement

dans l'organisation. Ces deux dimensions bien qu'interreliées se réfèrent chacune à un cadre de référence spécifique.

Nous référerons au cadre conceptuel spécifique des soins infirmiers de Virginia Henderson pour l'élaboration de l'instrument de la collecte de données. Ce schème de référence en soins infirmiers est aussi utilisé par les infirmières de l'Hôpital Régional d'Edmundston où nous avons effectué notre recherche.

Pour nous aider à soutenir les intervenants dans notre démarche, pour procéder aux changements désirés et pour opérationnaliser l'utilisation de la collecte de données, nous nous appuierons sur l'approche de changement planifié.

Ce cadre conceptuel de Henderson apparaît pertinent pour l'élaboration de l'instrument de collecte de données parce qu'il circonscrit les besoins bio-psycho-sociaux à l'intérieur d'une vision holistique de l'individu et de son autonomie.

Comme tous les cadres conceptuels utilisés en soins infirmiers, celui de Henderson comprend les composantes essentielles suivantes:

1. Les postulats, qui sous-tendent le tout;
2. Les valeurs qui justifient le tout;
3. Les éléments qui sont:
 - . Le but, idéal et limité
 - . Le bénéficiaire du service
 - . Le rôle du professionnel
 - . La source de la difficulté éprouvée par le bénéficiaire
 - . L'intervention du professionnel
 - . Les conséquences (35)

Les postulats:

Les postulats sousjacents au cadre de référence de Henderson sont au nombre de trois:

1. Tout homme tend vers l'indépendance et la désire.
2. L'individu forme un tout présentant des besoins fondamentaux.
3. Quand un besoin demeure insatisfait, c'est que l'individu n'est pas complet, entier, indépendant. (36)

Les valeurs:

Les valeurs ou croyances du cadre conceptuel de Henderson s'avèrent une suite logique des postulats préalablement exposés. Elles sont au nombre de trois:

1. Soins infirmiers et ses fonctions propres, car les fonctions de l'infirmière ne peuvent être assumées par d'autres intervenants.
2. Soins infirmiers et actes délégués, car l'infirmière ne peut usurper le rôle du médecin ni déléguer son propre rôle à une autre personne qui est moins préparée qu'elle à le jouer.
3. Soins infirmiers et le service à la société, car la société désire un service et compte sur ce service qu'aucune autre professionnelle que l'infirmière ne peut donner à sa place. (37).

Les éléments:

Tous les éléments épousent de très près les postulats émis. Le but de la profession est de stimuler le bénéficiaire à se reprendre en main et de satisfaire ses quatorze besoins fondamentaux.

Le rôle de l'infirmière est lié à la définition que Henderson fait du service offert par l'infirmière, celui d'assistante, de suppléante auprès du malade. (38)

La source de difficulté ou le coeur du problème, ce qui amène vraiment l'individu à consulter, c'est en fait un ou des besoins fondamentaux en carence qui se manifestent sous différentes formes. Par exemple, le bénéficiaire se présente avec un essoufflement, une sensation d'étouffement mais la source de difficulté réelle s'avère être une allergie ou encore une obstruction des voies respiratoires. (39)

L'intervention de l'infirmière auprès du client est guidée par la manifestation et la source de difficulté. Elle agit ainsi sur la cause et l'effet: "Les modes d'intervention dont dispose l'infirmière sont les suivants: remplacer, compléter, substituer, ajouter, renforcer, augmenter". (40)

L'infirmière intervient pour rendre le client le plus rapidement indépendant, autonome. Aussi pour celui qui manifeste une difficulté respiratoire, elle collabore à soulager l'allergie et à enseigner au client comment se protéger contre l'agent allergène.

Les conséquences de l'intervention amènent le bénéficiaire à cheminer vers l'indépendance dans la satisfaction des quatorze besoins fondamentaux. Ce cheminement peut se faire rapidement, ou plus progressivement et lentement selon l'état et la capacité d'adaptation de l'individu.

C. La jonction entre Henderson et l'approche à la résolution de problèmes:

Le cadre de référence de Virginia Henderson avec ses composantes n'est pas la démarche de soins. Il est important d'en faire la différence. Toutefois tout schème conceptuel en soins infirmiers est utilisé selon la démarche de soins infirmiers reconnue et statuée depuis 1967 par un comité d'infirmières américaines: définition du problème, collecte des données, interprétation des données, planification de l'intervention, exécution de l'intervention et évaluation. (41)

La collecte des données est une étape importante de la démarche scientifique. Cependant, le contenu de la collecte, l'instrument, peut être conçu selon le cadre conceptuel d'un auteur: celui de Henderson entre autres.

La démarche scientifique en soins infirmiers prend l'appellation en anglais "The problem solving method" (la méthode de résolution de problème). Voyons la comparaison que fait Adam entre la démarche en soins infirmiers et la résolution du problème, afin d'en ressortir les similarités:

Démarche scientifique

1. Définition du problème
2. Collecte des données
3. Interprétation des données
4. Planification de l'intervention
5. Exécution de l'intervention
6. Evaluation

Résolution de problèmes

1. Reconnaître un malaise
2. Recueillir et analyser les données qui s'y rattachent
3. Identifier la nature exacte du problème
4. Décider d'un plan d'action
5. Exécuter le plan
6. Evaluer le plan (42)

Les deux processus sont similaires. La démarche scientifique et la méthode de résolution de problème s'apparente également au modèle de Collerette-Delisle; que nous utiliserons dans la démarche méthodologique de la présente recherche.

3. La méthodologie:

Afin de structurer nos interventions sur le terrain, nous étions en quête d'une stratégie ou d'une méthodologie qui permettrait d'observer mais aussi de soutenir les individus. Il nous fallait manoeuvrer pour implanter un nouvel outil (instrument nouveaux pour Edmundston): nous devenions tantôt acteur et tantôt observateur, tantôt soutien.

Et nous avions à coeur que notre projet ait des résultats probants à long terme pour l'établissement, pour les intervenantes-infirmières et pour la clientèle. Notre méthodologie d'implantation, que nous expliciterons dans les paragraphes suivants, devait s'apparenter au "problem solving": nous voulions que les intervenants nous entourant dans cette recherche-action en saisissent le processus et y participent.

A. L'approche méthodologique:

Notre choix s'est donc arrêté à l'approche de changement planifié suggérée par Colletterte et Delisle (1982), car la démarche proposée s'apparente au "problem solving" utilisé et connu des professionnels de la santé.

Cette méthodologie a été utilisée de façon participative. Elle a permis de rassembler les personnes ressources en comité, d'évaluer ensemble la conjoncture en regard de la problématique définie, de prévoir les étapes de la réalisation du projet, de décrire les rôles de chaque intervenant, de bâtir un outil de collecte de données, d'implanter cet outil et de juger l'efficacité de cette opération. Cette approche permettait à chacun de s'impliquer dans toutes les phases du projet.

B. Le modèle retenu:

Colletterte et Delisle définissent le changement planifié comme: "Un effort délibéré de changer une situation dite insatisfaisante, au moyen d'une série d'actions dont le choix et l'orchestration résultent d'une analyse systématique de la situation en cause".
(43)

L'approche du "changement planifié" se veut un outil qui permet d'opérationnaliser des intentions de changement, avec réalisme, en considérant les limites de la situation et en exploitant ses possibilités.

Deux facteurs principaux caractérisent les phases de résolution du problème: le contenu et le processus. A chaque étape ou phase, la pensée et les réflexions se structurent autour de ces deux facteurs.

Le contenu est orienté vers l'objet du changement et la méthode de travail; exemple, l'outil ou la grille de collecte de données. Le processus réfère aux éléments tels que le climat, les interactions, le choix des personnes ressources, etc. (44)

Cette méthodologie demande que la situation de recherche soit examinée et traitée avec objectivité, rigueur et souplesse (caractéristiques de la méthodologie). Les auteurs nous rappellent que: "Il faut que la démarche du changement planifié invite à développer un souci de rigueur et de rationalité dans ses actions, ce qui est essentiellement différent de la rigidité". (45)

C. Les étapes de la recherche:

Les étapes de la recherche de ce modèle sont résumées en quatre grandes phases:

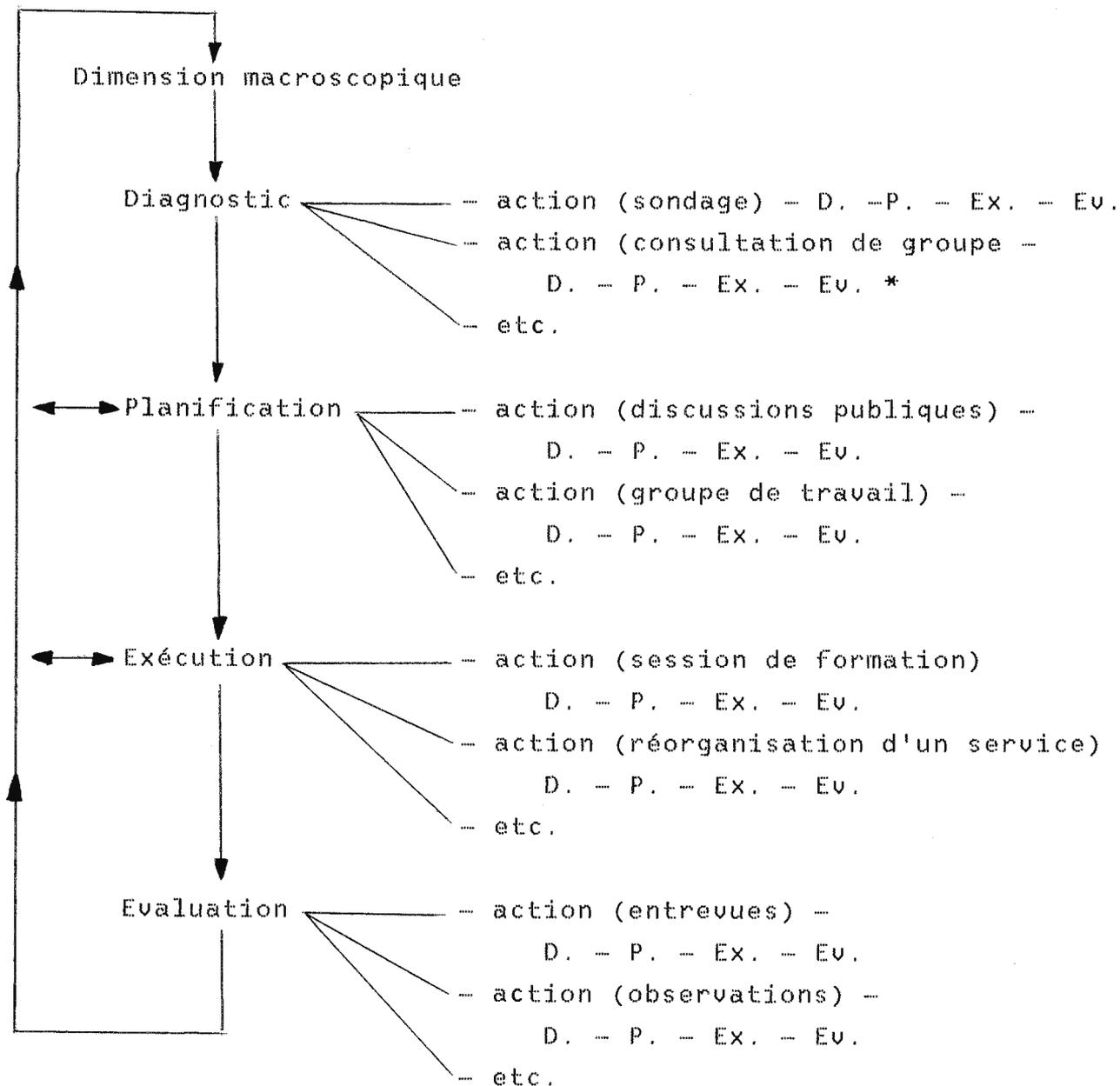
1. Le diagnostic de la situation
2. La planification de l'action
3. L'exécution de l'action
4. L'évaluation de l'action (46)

A ces quatre étapes suggérées par Collerette, nous ajouterons une cinquième étape ou réflexion portant sur le processus, inspirée de la grille de André Morin (1986). (47)

La méthodologie ou approche de Collerette, utilise le concept du système de la résolution de problèmes qui se présentent dans des situations concrètes et qui impliquent des rapports humains. Collerette et Delisle précisent que: "La pratique du changement planifié se caractérisait par deux aspects. Premièrement un intérêt pour les phénomènes psychosociaux qui émergent des tentatives de changement. Deuxièmement le souci de suivre une démarche de préparation des interventions qui laisse le moins de choses possibles au hasard". (48)

Le tableau qui suit présente la démarche du changement planifié. Chaque phase est illustrée par une boucle interne qui s'insère dans les quatre phases de la démarche (diagnostic - planification - exécution - évaluation): il s'agit donc d'une séquence progressive de phases à l'intérieur d'une démarche globale.

TABLEAU 1: Représentation schématique de la "démarche du changement planifié"



*Légende: D: Diagnostic
P: Planification
Ex: Exécution
Ev: Evaluation

Source: COLLERETTE, Pierre, DELISLE, Gilles. Le changement planifié: une approche pour intervenir dans les systèmes organisationnels. Les Editions d'Arc Inc. Montréal, 1982. p. 66.

Nous présentons ces phases dans le contexte de la présente recherche.

Phase un - Le diagnostic:

C'est une série d'activités qui permet de dégager une vision claire de la situation problématique et comprend trois dimensions, soit:

1. La collecte de données sur la situation
2. L'analyse des données
3. La mise en relief des éléments les plus révélateurs et les plus significatifs. (49)

Cette étape a été exposée précédemment dans la définition de la problématique et du problème, au chapitre premier. La situation problématique identifiée à l'Hôpital Régional d'Edmundston s'apparente à celle observée auparavant au Centre Hospitalier de Rouyn et celui de La Sarre. La situation de l'Hôpital Régional d'Edmundston semble présenter les mêmes éléments révélateurs de la problématique soit: absence d'un outil de collecte de données adéquat, manque de formation des utilisateurs, répartition insuffisante en personnel infirmier sur les unités de soins, manque de support du dirigeant face à l'utilisateur de la démarche.

Par conséquent nous procédons à une telle vérification auprès d'un groupe d'infirmières de l'établissement, personnes ressources pour identifier la situation: car seules les personnes travaillant sur le terrain peuvent bien confirmer la situation. (50)

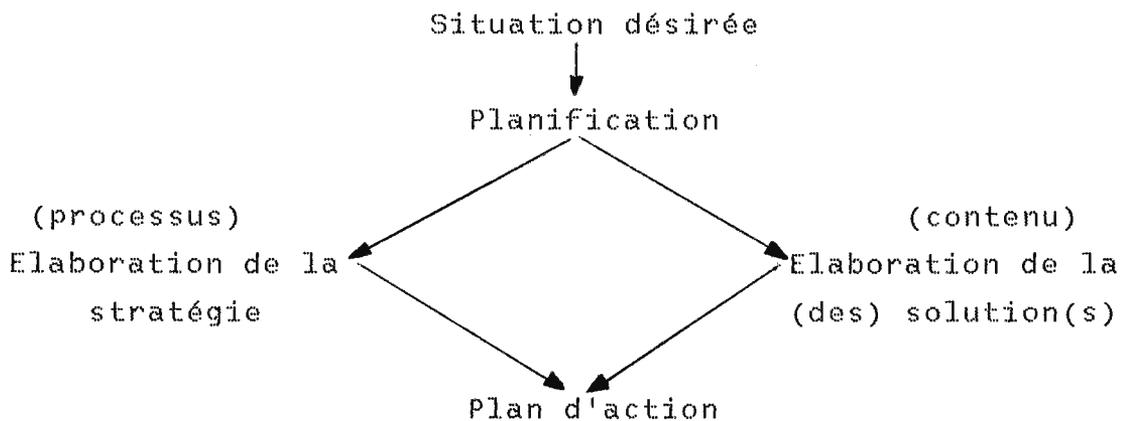
A cette première étape il s'agit de travailler davantage avec le facteur contenu pour établir tout d'abord où, avec qui et comment nous sommes en mesure d'intervenir dans le milieu. Nous avons réalisé cette première étape dans les premiers mois de notre recherche soit de septembre 1988 à la fin décembre 1988.

Phase deux - La planification de l'intervention:

A cette étape le chercheur choisit et élabore les moyens appropriés pour agir sur la situation qu'il veut changer.

Le tableau qui suit offre une représentation schématique de la phase de planification.

Tableau 2: Représentation schématique de la planification:



Source: Collerette et Delisle, p. 61

Les activités liées à cette phase sont les suivantes:

- La définition des objectifs
- L'élaboration des stratégies
- Le choix des moyens d'action
- L'identification des acteurs concernés par l'action
- L'établissement d'un plan d'action
- La conception et la préparation des outils nécessaires à l'action
- La conception et l'élaboration des instruments de contrôle et d'évaluation. (51)

Cette seconde phase débute en septembre 1988 pour se poursuivre jusqu'en septembre 1989.

Phase trois - L'exécution:

C'est l'étape de l'opérationnalisation dans le milieu clinique du projet de recherche comme tel, qui pour nous, consiste en l'implantation de la collecte de données "nursing".

Phase quatre - L'évaluation:

En fin de recherche, le chercheur, en collaboration avec toutes les personnes impliquées, évalue les résultats de l'implantation. C'est la fin de la boucle qui nous permet de revenir à la première étape et de recommencer en évitant les erreurs déjà commises et en réajustant notre plan.

D. La formation d'un comité:

C'est en octobre 1988 que nous formons un comité à l'Hôpital Régional d'Edmundston: comité qui a pour mandat d'implanter la collecte de donnée "nursing". Après discussion, il prend le nom de "Comité de la démarche des soins infirmiers", (voir à l'Annexe III, le procès-verbal de la première rencontre du Comité).

Font partie de ce comité, à la première rencontre, les personnes concernées par la problématique, soit: la directrice des soins infirmiers, la coordonnatrice en unités de soins et la coordonnatrice en quart de soirée. S'ajoutent à cette équipe en décembre 1988 l'infirmière-chef de l'unité expérimentale, deux infirmières soignantes et une représentante de l'Ecole de Formation Infirmières (processus). Ces sept personnes doivent déjà connaître les notions de la démarche de soins, le modèle conceptuel de Henderson, et doivent déjà avoir dans le passé, utilisé la démarche de soins (contenu). A ce moment là bien que le comité compte sept personnes, il reste ouvert à l'ajout de personnes ressources.

Objectifs du comité:

Il est décidé alors que l'expérimentation aura lieu et se limitera à une unité de médecine et nous serons à l'affut de tous les impacts de nos approches et du climat provoqué par l'intégration de la première étape de la démarche de soins infirmiers (la collecte de données): ses effets chez les infirmières, sur l'équipe et sur les malades.

Diffusion de l'information:

Nous clarifions auprès du groupe élargi, l'intérêt et les buts de notre recherche. De plus, chacune reçoit copie de notre avant-projet, de même que des documents d'information.

Les intervenantes doivent définir leurs rôles respectifs reliés à leurs fonctions et à leurs intérêts professionnels. L'explication des visions du malaise par ces intervenants permet de comprendre et de formuler la réalité telle que perçue et de réfléchir sur la solution ou les solutions au problème.

Cette première rencontre a permis tout d'abord d'échanger sur la problématique vécue, de définir le mandat principal du comité, de discuter des rôles de chacune et d'avancer quelques moyens d'action.

Nous constatons que les éléments des problématiques définis à partir des Centre hospitalier Rouyn Noranda et Centre hospitalier La Sarre s'apparentent à ceux de l'Hôpital Régional d'Edmundson.

E. Le rôle du chercheur:

Le chercheur occupe ici deux rôles; celui de responsable du projet et présidente du "comité de démarche des soins infirmiers"; celui de chercheur dans un processus de recherche-action. Le chercheur assume un rôle d'agent de changement dans le milieu organisationnel de sa pratique professionnelle.

La tâche de recueillir et d'analyser les données est ajoutée à son rôle de soutien et de président du comité.

F. Le plan d'action:

Les membres du comité retiennent les étapes suivantes d'un plan d'action:

1. L'élaboration d'une grille et d'un guide de la démarche de soins infirmiers, à partir d'une analyse des grilles utilisées dans d'autres hôpitaux.

Les grilles validées et expérimentées dans d'autres hôpitaux sont analysées par tous les membres du comité. Une grille de base est adaptée en consensus par les membres du comité. Un guide d'utilisation de cette grille ou collecte de données est préparé par la coordonnatrice en projets (conseillère à la directrice des soins infirmiers). Ce guide est par la suite soumis au comité, qui par la suite en fait l'étude et y apporte les corrections pertinentes.

2. L'élaboration d'un plan d'action par un comité restreint.

La coordonnatrice en unité de soins planifie un plan d'action avec les personnes ressources du service d'éducation et de la direction du personnel, visant à l'implantation de la collecte de données.

3. La validation du plan d'action par les membres du comité.

Ce plan d'action (information, formation et action) est soumis aux membres du comité, corrigé, accepté et opérationnalisé.

4. L'implantation.

Etape où les intervenants de l'unité pilote reçoivent la formation pertinente qui leur permettra par la suite d'utiliser, de mettre en pratique, d'expérimenter la collecte de données.

5. L'évaluation du projet.

Phase où toutes les personnes concernées revisitent les acquis, les apprentissages, le degré d'opérationnalisation, pour réajuster, corriger le plan d'action à long terme.

Le tableau qui suit présente en détail chacune des étapes de la démarche méthodologique retenue ainsi que les échéanciers révus.

Le tableau 3 qui suit présente le détail de chacune des étapes et les échéanciers.

Phases du processus de recherche	Etapes méthodologiques	Echéancier
1. En septembre 1988 nous avons vérifié si la problématique définie précédemment s'apparente à celle du nouveau milieu clinique. Devant une affirmation, nous avons partagé nos données de la situation avec un groupe de personnes ressources et mieux défini la problématique du milieu avec leur aide, sensibilisé les intervenantes infirmières concernées, aux besoins de changement.	Phase I - Le diagnostic de la situation insatisfaisante et début de la Phase II - La planification de l'intervention. - la collecte de données sur la situation - l'analyse des données - la mise en relief des éléments les plus révélateurs et les plus significatifs	1. Septembre 1988
Avec la collaboration des personnes cibles nous avons initié un comité de la Démarche en soins infirmiers: d'abord un comité restreint pour définir le mandat, le rôle de chacun, l'unité pilote et l'échéancier.	- la définition des objectifs - l'identification des acteurs	Octobre 1988
Devant l'intérêt grandissant, le comité s'est élargi et regroupe maintenant: des intervenants de la direction des soins infirmiers, des intervenants de l'unité pilote et un intervenant l'école des infirmières. Chaque membre est invité à exprimer ses intérêts, son rôle et ses objectifs par écrit. Ce groupe se maintiendra jusqu'en septembre 1989.		Décembre 1988

Phases du processus de recherche	Etapes méthodologiques	Echéancier
2. Les membres du comité élargi ont échangé sur la problématique, se sont partagés les activités et ont statué sur l'échéancier: à partir de la documentation remise (référence) et sur le document de l'avant-projet.	Phase I et Phase II: - l'analyse des données - la mise en relief des éléments les plus révélateurs et les plus significatifs - l'élaboration des stratégies - le choix des moyens d'action - l'établissement d'un plan d'action	2. Décembre 1988
3. Le modèle conceptuel de Virginia Henderson s'avère le modèle privilégié dans la province de Québec mais aussi dans la région d'Edmundston, au Nouveau-Brunswick. C'est le modèle privilégié par l'école des infirmières et donc le modèle qui est familier à la majorité des infirmières oeuvrant dans l'Hôpital. C'est donc une contrainte importante qui nous guide dans l'élaboration de la collecte des données en soins infirmiers et toutes les autres étapes de la démarche en soins infirmiers. Nous avons donc dès le départ de notre recherche convenu de ce choix.	Phase II - - le choix des moyens d'action - la conception et la préparation des outils nécessaires	3. Janvier 1989

Phases du processus de recherche

Etapes méthodologiques

Echéancier

En janvier, nous serons en mesure de procéder au choix de l'outil car après avoir analysé des collectes de données ou grilles étant déjà utilisées dans divers établissements de santé nous choisirons parmi celles qui pourraient le plus s'utiliser dans notre hôpital. A partir de ce choix nous créerons une grille de base. A nouveau cette grille de base sera adaptée selon l'unité spécialisée (pédiatrie, soins intensifs, maternité, psychiatrie).

Janvier 1989

Un guide d'utilisation sera proposé, corrigé et accepté par tous les membres du comité.

4. Nous opérationnaliserons notre outil en mai sur l'unité de soins pilote. Pour ce faire, nous procéderons d'abord par des sessions d'information pour préparer les futurs utilisateurs de l'unité pilote. Puis nous organiserons des sessions de formation et pour les personnes ressources et pour les utilisateurs de l'unité pilote.

Phase III
- opérationnalisation
- formation
- expérimentation

4. Mai 1989

Et finalement nous procéderons à l'utilisation de l'outil sur l'unité pilote en suivant de près le processus de transformation du système, les acteurs du système, les bénéficiaires du système, les effets du système choisi, les contraintes de l'environnement et la vision du monde.

Phases du processus de recherche

Etapes méthodologiques

Echéancier

-
- | | | |
|--|--|-------------------------|
| 5. Avec le suivi de l'utilisation de la collecte de données nous serons plus en mesure de prendre conscience de la situation vécue et réelle: car il y aura délibération et confrontation entre les opinions des utilisateurs et leur conception de la profession. Ce sera l'amorce de l'amélioration de la situation. | Phase II - Planification et Phase III - Exécution
- la conception et l'élaboration des instruments de contrôle et d'évaluation | 5. Juillet et août 1989 |
| 6. En septembre 1989, nous ferons le point sur notre processus. Nos actions ont-elles favorisé à vraiment engendrer la correction du problème identifié. Est-ce que nos actions, tout en corrigeant une situation donnée, auraient provoqué d'autres difficultés non identifiées au départ?... | Phase III - Evaluation en cours
- les actions engagées - objectifs
- les facteurs responsables des résultats | 6. Septembre 1989 |
| 7. Après avoir fait le point, nous tenterons de nous réajuster en revisant notre plan d'action. Par exemple peut-on se permettre de passer à l'étape de l'intégration de la démarche de soin et de la cueillette de données sur une autre unité de soins ou doit-on corriger des mesures importantes auparavant?... | Phase IV, Phase I et Phase II
- l'analyse des résultats
- la redéfinition du diagnostic
- la planification pour autres unités des soins | 7. Septembre 1989 |

G. Les instruments:

Tout au long de la phase d'exécution nous procédons à de multiples rencontres du comité (des personnes ressources) pour connaître les effets de l'intégration et pour les supporter dans le cheminement. De plus, nous effectuons des visites régulières sur l'unité pilote afin de vérifier les résultats de l'intégration. Nous en profitons pour stimuler, encourager directement les acteurs de ce projet. Finalement nous bâtissons, avec les personnes ressources, des instruments nous permettant de jauger l'ampleur de l'utilisation de la collecte et de ses impacts.

Des outils doivent être ainsi conçus pour évaluer la progression dans l'utilisation de la collecte de données par les infirmières ainsi que la qualité des informations recueillies par le formulaire de collecte de données mis à l'essai.

Ces instruments d'évaluation sont au nombre de six, (Annexe IX) et consistent en:

1. Un tableau aide-mémoire de la complexité de l'implantation du plan d'intervention.

Voilà un tableau qui rappelle à l'infirmière le savoir faire, le savoir être et le savoir. Ce tableau s'avère un aide-mémoire et supporte l'outil qui suit en deuxième exemple.

2. Une grille de contrôle des apprentissages et/ou des acquis.

Cet instrument permet d'évaluer l'apprentissage de l'individu au niveau du savoir, du savoir faire et du savoir être.

3. Une grille d'évaluation de l'apprentissage individuel.

Cet outil permet de colliger la date de l'apprentissage et la qualité d'apprentissage de l'infirmière: par exemple, à quel point l'individu est capable d'expliquer le modèle conceptuel et la démarche systématique, son rôle et le but de sa profession, etc... face à la démarche de soins infirmiers. Cette évaluation est réalisée par l'infirmière clinicienne.

4. L'évaluation de l'utilisation des étapes de la démarche par une infirmière.

Par cette grille nous indiquons la qualité de l'utilisation des étapes de la démarche de chaque utilisateur sur le terrain. Par exemple à partir de la collecte de données quel est le diagnostic infirmier ressorti, l'objectif de soins défini, les interventions de soins planifiés et les résultats de soins réalisés.

5. L'échéancier pour le contrôle des plans d'intervention.

Cette grille permet à chaque infirmière de vérifier leur performance quant au projet: la quantité de collectes et de plans de soins complétés à l'intérieur d'un temps précis.

6. L'instrument d'analyse de données:

Après avoir recueilli les informations du bénéficiaire par la collecte de données, l'infirmière doit les analyser et identifier quels sont les besoins spécifiques satisfaits, les non-satisfaits et quelle est la source de difficulté pour chacun: des 14 besoins fondamentaux.

H. Les retombées attendues

Le soutien à l'application de la collecte de données en soins suscitera dans notre établissement:

- L'amélioration des connaissances de base des infirmières dans le milieu, concernant les étapes de la démarche scientifique.
- L'amélioration des connaissances des infirmières, sur le cadre de référence de Virginia Henderson.
- L'adaptation d'un outil de base pour recueillir les données dès l'admission des bénéficiaires.
- L'utilisation automatique de la collecte des données dès l'arrivée des bénéficiaires.
- La participation de tous les intervenants au processus: même si l'infirmière initie le processus, chacune participe à lui rapporter des observations.
- L'implication du chercheur (leadership de compétence du chercheur) dans le milieu.

La démarche scientifique (et plus précisément la première étape de cette démarche, la collecte de données) fera donc en sorte que l'infirmière procédera à la dispensation des soins aux malades de façon systématique quelle que soit sa conception personnelle des soins. D'utiliser la première étape de la démarche fera en sorte d'augmenter son autonomie dans sa pratique puisqu'il revient à l'infirmière de décider comment, quand, par qui, elle intervient auprès de son client.

SOMMAIRE:

Avant d'entreprendre cette recherche-action, nous avons tenté d'évaluer nos intentions, les buts de l'étude et ses limites, en tenant compte de la réalité de l'établissement hospitalier où l'expérimentation se déroule.

Nous avons basé l'objet de cette recherche sur un tissu théorique, qui supporte nos valeurs, nos croyances, notre vision des soins infirmiers et de sa gestion: des auteurs en administrations que nous prévilégions et le cadre de référence en soins infirmiers de Henderson que nous croyons approprié et pertinent pour les besoins du milieu.

Par la suite, nous avons explicité quelle approche nous préconisons pour implanter la collecte de données: la méthodologie, le modèle retenu et les étapes de la recherche. Les phases de l'intégration dans le milieu clinique, au nombre de quatre (modèle de Collerette et Delisle), sont exposées de façon détaillée et aident à prévoir le déroulement prochain de la recherche-action. Il s'agit des phases du diagnostic, de la planification, de l'exécution et de l'évolution. Les phases du processus ont finalement été mises en relief, en parallèle avec les étapes méthodologiques et l'échéancier. Nous présenterons dans le prochain chapitre le déroulement qu'a véritablement pris l'expérimentation.

CHAPITRE TROISIEME:

Le déroulement du projet

Chapitre Troisième: Le déroulement du projet

Nous consacrons ce chapitre, à relater tous les événements étant survenus pendant notre expérimentation à l'Hôpital Régional d'Edmundston. Cette recherche-action devait se concentrer sur une unité pilote pendant l'année d'expérimentation, l'unité Médecine I, mais s'est étendue à d'autres unités.

Tel que planifié, nous avons agi comme observatrice et comme soutien dans l'implantation de la collecte de données en soins infirmiers. L'implantation s'est élargie au delà de l'étape première de la collecte de données et a progressé rapidement jusqu'aux autres étapes de la démarche de soins infirmiers. Nous avons laissé évoluer les participantes à leur rythme.

Nous soupçonnions les intervenants disposées à collaborer dans ce projet et malgré nos objectifs bien définis, nous ne savions pas tout à fait ce qui allait se dérouler; comment elles réagiraient à notre soutien. Il nous fallait prendre un recul, demeurer observatrice et laisser les actrices interagir. Tout au long de l'année, nous avons tenté de jouer adéquatement ces rôles. Pour demeurer alerte et témoin de ce qui se passait, il nous fallait colliger le maximum d'information, rassembler les résultats des actions, des réactions, des interactions, provoquées par cette expérimentation.

Nos observations ont été apportées à partir des réunions formelles de comités (observations indirectes) et par les visites sur le terrain (observations directes).

Presqu'à chaque réunion, nous avons rédigé un procès-verbal. Nous présentons dans le texte qui suit, le contenu de ces procès-verbaux, de ces rencontres formelles, de ces visites sur l'unité pilote: tout en référant aux phases du projet. Et nous accompagnons notre narration de tableaux explicatifs.

Ce qui est particulièrement intéressant dans ce projet s'avère toute la dynamique humaine entraînée par ce projet, l'ampleur du changement organisationnel généré par les acteurs immédiats impliqués directement dans la recherche-action (les personnes ressources du comité de la démarche de soins) et par les personnes indirectement impliquées (la direction de l'Hôpital, les infirmières des autres unités de soins, la direction de l'Ecole de Formation Infirmières, les infirmières de la région, et hors région, etc). C'est avec cette perspective que nous vous invitons à procéder à la lecture de l'évolution de cette recherche-action.

Evolution du projet

Pour faciliter la lecture des événements des douze mois de cette expérimentation et les actions sur le terrain, nous présentons une description chronologique des faits en respectant les quatre étapes méthodologiques de la recherche: la phase de diagnostic, la phase de la planification, la phase de l'exécution, la phase de l'évaluation. Pour ce faire, nous décrirons les faits à partir des informations colligées dans les procès-verbaux du comité de la démarche de Soins Infirmiers, de nos observateurs et des personnes concernées par ce projet, en particulier de la clinicienne et de la coordonnatrice en unités de soins.

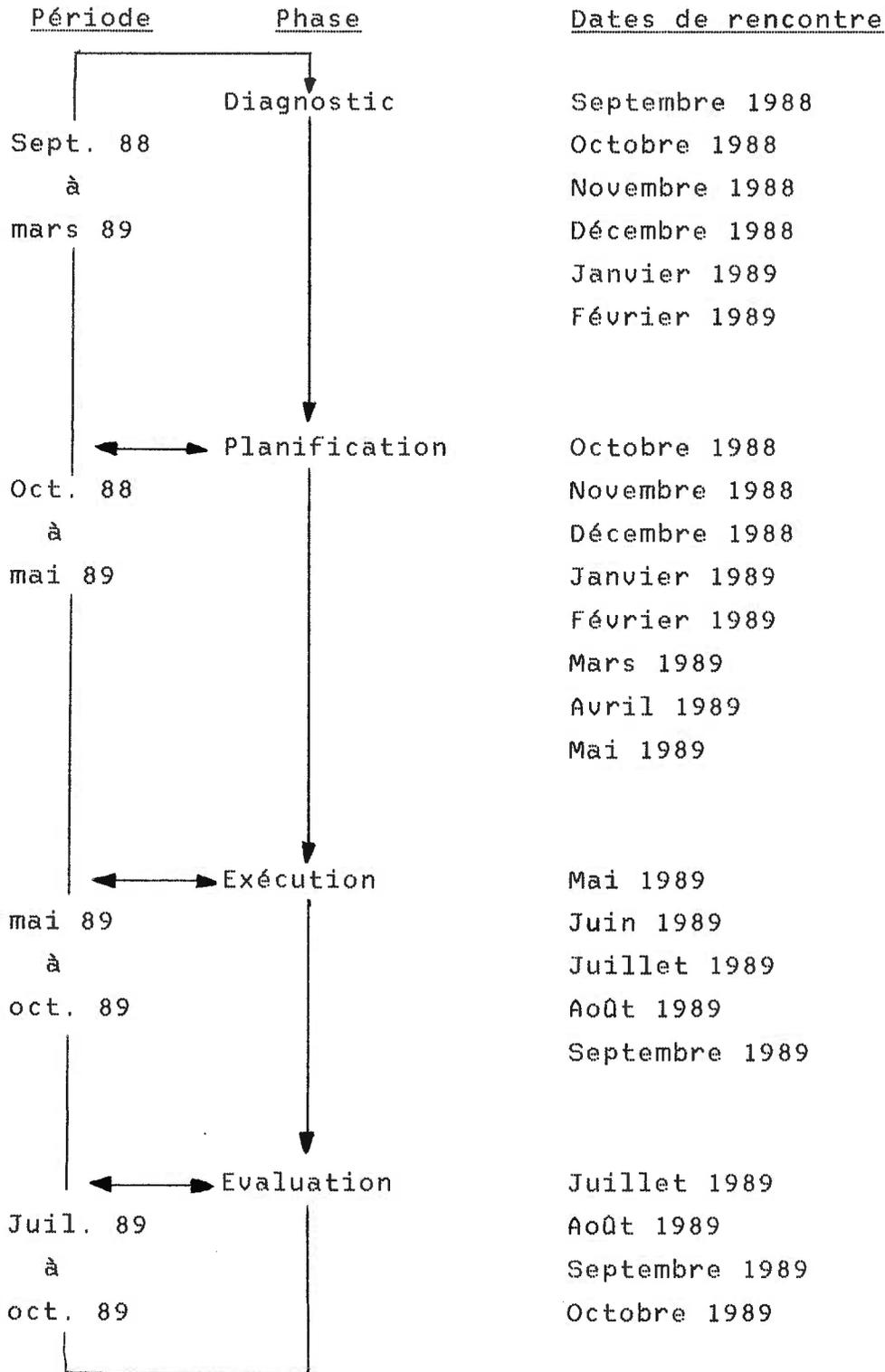
Le tableau 4 représente les quatre phases du modèle de Collerette et Delisle, et permet d'identifier à quel moment, dans cette année d'expérimentation, l'équipe progresse dans le contenu et dans le processus de la recherche. Ainsi dès octobre 1988, l'équipe ou le comité est constitué et s'interroge sur la problématique (phase du diagnostic). Déjà à cette rencontre les intervenants de ce comité se dote d'un mandat d'une façon de procéder, d'un échéancier (phase de planification). Deux phases peuvent parfois ainsi s'entre croiser: il en est de même pour la phase du diagnostic et de la planification, mais aussi pour la planification et l'exécution, l'exécution et l'évaluation.

La composition de ce comité (4 personnes à la première réunion) n'est pas limitée puisque comme vous le verrez dans le compte rendu de cette expérimentation, le comité s'élargit et se restreint selon les besoins. Les personnes intéressées de ce comité se regroupent pour tenter d'implanter la collecte de données dans le milieu: c'est ce qui les émule.

Pour progresser de façon efficace les membres de ce comité décident dès le départ de se partager les tâches: les activités et les rôles dans ce projet sont choisis et définis selon la fonction réelle de chacune dans le milieu.

Les membres de ce comité prévoit se rencontrer au moins une fois par mois compte tenu de la limite de temps de la recherche et aussi par désir d'efficience.

TABLEAU 4 Représentation schématique de la démarche du changement planifié, (échéanciers et rencontres)



Comme vous pouvez le constater à la lecture des événements suivants, nous référons fréquemment aux phases et dates schématisées dans le tableau précédent.

Phase Diagnostic:

Août 1988- Début de notre mandat à titre de directrice des soins infirmiers.

Septembre 1988- (Collecte de données sur la situation) Après de multiples échanges avec les infirmières soignantes, les infirmières-chefes, les infirmières de l'équipe de direction des soins infirmiers, les infirmières professeuses de l'Ecole de Formation infirmière d'Edmundston, les administrateurs de l'hôpital et de l'Ecole (équipe des directeurs), nous avons identifié que certains efforts furent mis de l'avant dans le passé pour introduire dans le milieu la démarche de soins infirmiers: il y a eu la formation d'une vingtaine d'infirmières de l'Hôpital, sur la démarche de soins infirmiers et sur le cadre conceptuel de Henderson en 1985. Ces premiers efforts quoique louables n'ont pas évolué ni vers une formation accrue, ni vers une intégration dans la pratique des soins. Cette première indication nous permet de croire à la pertinence de notre objet de recherche: en relation avec la réalité du milieu d'Edmundston. Nous avons sensibilisé les intervenants précités à la nature de notre recherche et avons perçu leur désir de

participation: le premier pas est de les inviter à partager nos données, d'évaluer les perspectives d'opérationnalisation (changement organisationnel) et de préciser la problématique du milieu.

En fait, tel qu'expliqué auparavant dans le chapitre de la méthodologie nous voulions consulter les intervenants du milieu académique et de l'hôpital pour évaluer où ils en étaient quant à la démarche de soins et aussi vérifier à quel point la problématique vécue en Abitibi correspondait ou s'approchait de celle d'Edmundston. A l'hôpital, peu d'instruments ont été développés, mais à l'Ecole de Formation Infirmières on enseigne la démarche de soins infirmiers tout en utilisant un cadre conceptuel social, celui de Maslow: les curriculums de l'Ecole sont bâtis en fonction du modèle de Maslow et à ce moment-là, la direction de l'école ne prévoit changer ni le cadre conceptuel, ni les programmes. Ce choix que nous respectons ne nous a pas empêché d'indiquer clairement à la direction de l'école notre volonté de procéder à l'introduction de la démarche de soins infirmiers avec un cadre "nursing" (celui de Henderson) à une unité pilote. Ces personnes nous encouragent à procéder et nous assurent d'un éventuel soutien.

En septembre 1988, les échanges entre les infirmières de l'hôpital et de l'Ecole de Formation Infirmière se sont limités à des rencontres informelles, c'est-à-dire des entretiens sans procès-verbal, parfois en amenant le sujet à l'intérieur d'une discussion dont l'objet était autre. Nous voulions d'abord sentir le pouls et voir à quel point les individus étaient intéressés: susciter l'intérêt et non l'imposer.

Notre désir étant de former un comité de personnes ressources et déclencher le processus fin septembre ou début octobre 1988, nous utilisons tous les forums possibles pour en parler: nous en avons parlé au directeur général de l'hôpital lors d'une rencontre hebdomadaire, à la directrice de l'école de formation infirmière lors d'une première visite de son établissement, aux infirmières de l'équipe de direction tout en vérifiant leur cheminement de travail.

A mesure que nous échangeons sur le sujet nous constatons des réactions favorables de la part des infirmières responsables. Déjà en septembre 1988, plusieurs veulent participer au futur comité.

Phase diagnostic et phase planification;

Octobre 1988- Le 17 octobre 1988 nous tenons une première rencontre (Mise en relief des du "Comité de la démarche de soins infirmiers". Ce comité est d'abord constitué d'un groupe limité de

éléments quatre personnes de l'équipe de la direction des
révélateurs- soins infirmiers particulièrement enthousiastes au
diagnostic) projet de recherche, désireuses de s'impliquer et
disponibles à ce moment-là: il s'agit de la con-
seillère en soins infirmiers, la coordonnatrice en
unité de soins, la coordonnatrice au quart de soir
et de nuit et nous-même.

(Définition Notre consultation en est à ses débuts et il est
du mandat) aisé, avec ce groupe restreint, de définir la fina-
lité du comité, les rôles de chacun des membres, le
processus du projet et l'échéancier.

La finalité du comité est de stimuler, de mettre de
l'avant l'utilisation de la démarche de soins avec
un cadre conceptuel "nursing" sur toutes les unités
de soins infirmiers, ce qui nous permettra de res-
pecter les normes de pratique de la profession
telles que définies par l'A.I.I.C (l'Association des
Infirmières et Infirmiers du Canada), par
l'A.I.I.N.B. (l'Association des Infirmières et
Infirmiers du Nouveau-Brunswick) et également de
rencontrer les recommandations du Conseil d'Agrément
Canadien des Hôpitaux (organisme de certification
des hôpitaux du Canada), dont la certification et
les recommandations datent déjà de 1987.

Les normes de pratique infirmière de l'A.I.I.C. et
de l'A.I.I.N.B. s'apparentent. Elles portent sur
les mêmes facteurs soit, sur la démarche de soins
infirmiers, sur le cadre conceptuel "nursing", sur

la relations d'aide et sur le rôle de responsabilité infirmière. Ces normes sont moins détaillées que les normes et critères de compétence de l'infirmière de l'O.I.I.Q. (Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec), documents déjà inclu à l'annexe IV. Il faut noter qu'au Nouveau-Brunswick lorsque l'infirmière contribue à la cotisation de l'A.I.I.N.B. une partie de la cotisation est versée à l'A.I.I.C. L'infirmière du Nouveau-Brunswick fait aussi partie de l'A.I.I.C.: cela n'est plus au Québec depuis 1986. Comme tout professionnel de la santé, l'infirmière doit respecter les normes de compétence exigées par sa corporation professionnelle.

Lors de cette première rencontre en octobre 1988, les membres du comité tentent de définir leur rôle, ainsi que les activités pertinentes au projet et avec lesquelles elles avaient plus d'affinité et dans lesquelles elles pouvaient s'impliquer. Le comité se penche également sur les critères guidant le choix de la collecte de données, sur la formation éventuelle du personnel et le choix du cadre conceptuel.

(Elaboration Il apparait alors aux membres du comité que les de stratégies employés de l'unité pilote doivent s'impliquer dans et choix des le choix et la création de la grille-collecte de acteurs) données.

En octobre et novembre 1988 bien que nous ayons entrepris la phase I du diagnostic où nous avons consulté, sensibilisé, échangé sur la problématique, nous sommes légèrement avancée dans la deuxième phase, soit celle de la planification en prévoyant nos interventions futures quant à la collecte de données, l'analyse des données, la mise en relief des éléments les plus révélateurs, l'identification de certains des acteurs et le partage des activités.

Novembre 1988 (Choix de l'unité pilote) Après des discussions informelles, l'unité pilote retenue et qui répond aux critères fixés par les membres du "comité de la démarche de soins", est celle de la "Médecine I". L'infirmière-chef de cette unité vient d'être nommée en novembre 1988 et manifeste son intérêt pour ce défi, lors de l'entrevue de sélection. Si les membres du comité acceptent ce choix, cette infirmière-chef peut joindre le comité à la prochaine rencontre.

Décembre 1988 L'intérêt grandit et d'autres infirmières nous communiquent leur désir de s'unir au comité: une enseignante de l'Ecole de Formation Infirmière, l'infirmière-chef de l'unité pilote et deux infirmières soignantes de cette même unité. Cette nouvelle équipe élargie favorise une décentralisation des informations et des activités.

Janvier 1989 C'est le 11 janvier 1989 qu'a lieu notre deuxième (Elargissement du comité, répartition des tâches) réunion formelle du "comité de la démarche de soins infirmiers" cette fois-là avec un comité enrichi de quatre nouveaux membres. L'infirmière professeure à l'Ecole de Formation Infirmière accepte le rôle de personne ressource dans l'adaptation de l'outil de la collecte de données, pour le milieu clinique.

En plus du critère déjà évoqué concernant le choix de l'unité pilote, nous présentons les avantages d'opter pour l'unité Médecine I. Cette unité comporte une clientèle variée mais dont le rapport "jours-hospitalisation" est plus élevé compte tenu des problèmes de santé des bénéficiaires: soins intensifs intermédiaires, problèmes cardiaques, problèmes pulmonaires, soins palliatifs, etc. Ce que nous identifions surtout comme étant favorable et facilitateur pour notre recherche, c'est la continuité des soins par une équipe d'infirmières relativement stables.

Les infirmières du secteur de psychiatrie avaient émis le désir de se prêter à notre recherche mais ce secteur s'avère à notre avis trop spécialisé, leur clientèle limitative (huit lits) et changeante (séjours restreints). Cependant rien n'empêche d'adopter la formule de collecte de données à ce secteur dans un avenir prochain à partir du prototype créé pour l'unité pilote.

(Choix des moyens d'action - revue de la littérature) En vue des mois à suivre et sur le conseil de l'enseignante de l'Ecole de Formation Infirmière, les membres du comité décident de lire (ou relire pour certaines), "Etre infirmière" d'Evelyn Adam, laquelle présente le cadre conceptuel de Henderson et la démarche de soins infirmiers, comme moyen de sensibilisation. Nous mettons à la disposition des infirmières de l'unité pilote cette documentation, de même que des extraits de littérature pertinents au cadre conceptuel et à la démarche de soins: extraits de revues "nursing". L'infirmière enseignante et la conseillère s'offrent à rassembler les articles de revues et à les distribuer sur les unités (non pas seulement l'unité pilote).

(Moyens d'action - engagement d'une consultante) La conseillère et l'infirmière professeure, avec l'appui des autres membres du comité, nous amènent à entrevoir la sensibilité de retenir les services d'une consultante en soins infirmiers qui nous guidera dans la réalisation de la création de la collecte et qui procédera à la formation des infirmières. Trois noms de consultantes sont avancés.

(Moyens d'action - formation des membres du comité) On pense à organiser un cours de formation. Un module sur l'utilisation de la démarche de soins infirmiers préparé à l'intention des étudiantes du niveau baccalauréat est mis à notre disposition par l'infirmière enseignante. Cette personne offre ses services pour donner un cours aux membres du comité sur le sujet.

(Moyens d'ac- La coordonnatrice en unités de soins s'informe auprès
tion - infor- d'autres centres hospitaliers sur les moyens de sen-
mation du de sensibilisation utilisés auprès des infirmières
personnel) avant une phase d'exécution. Elle mène une investi-
gation concernant les consultantes suggérées, leurs
disponibilités et leurs horaires. De plus, elle
informe les infirmières-cheffes du mandat et de
l'évolution du comité et vérifie avec elles le ni-
veau de connaissances des infirmières sur le cadre
conceptuel et la démarche.

(Parallèle Nous avons à titre de directrice, la responsabilité
entre les d'informer nos collègues directeurs de l'évolution du
problémati- comité et du projet de rétention de la consultante
tiques et consultante (ce qui impliquait un impact budgétaire).
définition Nous invitons aussi les membres du comité en plus de
des objectifs lire Adam, à procéder à la lecture de l'avant projet
des acteurs) afin d'échanger ensemble sur la problématique des
milieux à une prochaine rencontre (parallèle entre
la problématique décrite dans l'avant projet et
celle vécue à Edmundston). Nous demandons aux mem-
bres du comité de se définir un objectif lié à leur
rôle, de mettre par écrit les intérêts qui les ont
amenées à s'impliquer au comité et de tenir un jour-
nal de bord (commentaires personnels de leur vécu
dans le projet tout au long de l'année, liés à la
recherche-action).

(Plans
d'actions)

Ensemble nous avons, à cette réunion du 11 janvier, planifié le calendrier de l'année; calendrier qui nous semble réalisable si chacune travaille avec dynamisme et rigueur.

Le 12 janvier la coordonnatrice en unité de soins achemine une note de service sur les unités de soins avisant les infirmières-chefes de l'évolution du comité et de l'implantation de la démarche de soins avec le cadre conceptuel de Henderson: l'opérationnalisation du plan est prévue pour mai 1989 à l'unité de Médecine I. Elle invite les infirmières-chefes à décrire sur une grille à cet effet, le niveau de connaissances des infirmières soignantes concernant le cadre conceptuel de Henderson (voir en annexe V, une lettre de la coordinatrice et une grille en vue d'identifier le niveau de connaissances des infirmières sur le modèle conceptuel de Henderson et sur la démarche "nursing").

Avec notre aide, elle procède à l'achat de plusieurs copies de "Etre infirmière", pour chaque membre du comité, et le rend disponible sur toutes les unités de soins.

La coordonnatrice en unités de soins a recueilli des informations sur les consultantes identifiées. L'une d'elles a aidé l'Hôpital Chaleur de Bathurst à implanter la démarche de soins avec le cadre conceptuel de Henderson. A Bathurst, le projet a

pris naissance en 1985 et l'opérationnalisation a mis deux ans à se concrétiser. Le processus s'applique dans cet établissement, mais indique que cela nécessite beaucoup de suivi.

Des informations ont commencé à être acheminées sur les unités de soins par la conseillère; "Si le diagnostic infirmier vous intéresse" (conférence), "Du modèle de Virginia Henderson à la pratique des soins infirmiers" (livre), etc...

Le 23 janvier 1989, les membres du comité se rencontrent pour une troisième fois. Nous en profitons, à la demande des membres, pour rappeler que notre projet n'est pas chose nouvelle puisqu'il fait partie intégrante des recommandations du Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux. Les recommandations pour direction des soins infirmiers à l'hôpital d'Edmundston, en vue de la certification en 1987 sont les suivantes:

- a. Mettre à jour la philosophie et les objectifs de la direction des soins infirmiers;
- b. Développer une formule de collecte initiale des données afin de faciliter l'identification des besoins individuels des bénéficiaires;
- c. Noter au plan de soins les diagnostics infirmiers, les objectifs de soins et les interventions infirmières appropriées;

d. Noter au dossier le résultats des interventions reliées à l'efficacité des interventions infirmières.

Nous informons les membres du comité de l'acceptation du projet de la consultante par le comité de régie (comité consultatif au directeur général).

Concernant l'engagement d'une consultante, la coordonnatrice en unités de soins a communiqué avec une consultante de l'Université de Montréal (celle qui dans les années précédentes a effectué une session de formation à Edmundston). Celle-ci suggère une session de formation de quatre jours pour des groupes maximum de 20 personnes. Les sessions porteront sur les éléments suivants:

- Sensibilisation
- Cadre conceptuel de Henderson
- Démarche de soins, diagnostics infirmiers (approche N.A.N.D.A.)
- Investigation et évaluation des outils, déterminer les objectifs et interventions.

L'approche préconisée par cette consultante est de former des experts dans le milieu afin que ces personnes deviennent des ressources. Elle est disponible à compter d'avril au coût de \$55 à \$60/heure. Nous demandons à la coordonnatrice de continuer son investigation auprès de deux autres

consultantes: étude comparative qui doit être présentée au comité de régie.

Les membres discutent des informations partagées sur les unités de soins, de la littérature consultée pendant les deux semaines précédentes et d'un autre livre de Riopelle et al. "Soins infirmiers, un modèle centré sur les besoins de la personne", pouvant nous aider à élargir notre concept. L'infirmière enseignante précise que quelque soit le modèle utilisé, la démarche est toujours la même. Le rôle de l'infirmière est d'amener le bénéficiaire vers l'indépendance ou une mort paisible.

(Sensibilisation des employés de l'unité pilote à la littérature pertinente) L'infirmière-chef de l'unité pilote se dit disponible à présenter le concept "Etre infirmière" de Adam à ses employées et à coordonner cette étape avec elles: il lui faudra échanger avec les infirmières afin de les stimuler à lire le livre et à effectuer un suivi.

Nous continuons le diagnostic de la situation problématique à l'Hôpital d'Edmundston. Il nous manque alors des informations concernant l'historique de la profession au Nouveau-Brunswick. Nous nous proposons de recueillir ses données auprès de la directrice de l'Ecole de Formation Infirmière.

La conseillère a reçu des exemples de collectes de données de certains hôpitaux et nous en distribue des copies. La coordonnatrice de soir et de nuit nous en promet d'autres.

Puis chacun des membres du comité ayant réfléchi davantage à ses intérêts et à ses objectifs quant au rôle à y jouer, les partage avec le groupe:

Suite à cette rencontre du 23 janvier, l'infirmière-chef de l'unité pilote reçoit cinq exemplaires du livre "Etre infirmière" à l'intention de ses employées.

La conseillère complète l'inventaire des formulaires de collectes de données en soins infirmiers et en expédie une copie à chacune des participantes.

La coordonnatrice en unité de soins invite une des infirmières du service d'éducation de l'Hôpital à se joindre à notre groupe. Elle communique aussi avec quelques hôpitaux (autres que ceux contactés par la conseillère) pour qu'ils nous envoient leurs formulaires de collectes de données: Hôpital Le Gardeur de Repentigny, Hôpital Jean Talon et l'Hôtel Dieu de Québec. L'Hôpital Le Gardeur en plus de nous acheminer des exemples de collectes de données accompagne le tout d'un vidéo sur le cadre conceptuel de Henderson et d'un cahier d'accompagnement. De plus une deuxième consultante, (celle qui avait participé à l'implantation de la démarche à l'Hôpital de Bathurst), se dit intéressée à agir dans notre milieu, mais doit voir à se faire libérer par son employeur.

L'infirmière enseignante nous remet la littérature promise.

La coordonnatrice de soir et nuit se désiste du comité pour des raisons personnelles.

En fin janvier, nous avons cheminé beaucoup plus que prévu dans la phase II (la planification): Notre groupe s'est agrandi, chacune des participantes a aussi déterminé ses intérêts, ses objectifs et moyens d'action liées à son rôle respectif. Le choix de l'unité pilote est arrêté. L'échéancier est précisé.

Nous aurions aimé fin janvier, avoir procédé au choix d'un formulaire de collecte de données, avoir adapté un formulaire à nos besoins, avoir débuté l'élaboration d'un guide d'utilisation, mais certaines contraintes ralentissent notre rythme: maladie, congés, et désistement de la coordonnatrice de soir et de nuit.

Le processus de planification s'avère par contre bien enclenché. Quand au contenu, nous commençons à accumuler des informations et à les partager. Nous chevauchons encore la première phase (diagnostic); le diagnostic de la problématique d'Edmundston n'étant pas terminé.

Février 1989 (Conception et préparation des outils - collecte des données)

Le 6 février se tient une quatrième réunion du "comité de la démarche de soins infirmiers. Parmi les exemples de collectes distribuées dans les jours précédents, les membres du comité analysent et retiennent les plus adéquates. Le mot d'ordre est d'attendre de recevoir d'autres exemples avant de finaliser le choix.

Les participants retiennent trois grilles se rapprochant des contraintes pré-établies:

Hôpital d'Youville: - comprend les quatorze besoins fondamentaux
- répond à notre critère de concision (une feuille recto-verso)

Centre Hospitalier - Concise
Rouyn-Noranda

Collecte de base et - Collecte et plan de soins
carton de plan de intégré
soins (hôpital non
identifié)

Au cours des jours qui suivirent avec l'aide de la coordonnatrice en unités de soins et de notre adjointe nous tentons d'estimer l'impact budgétaire des services de la consultante (pour 12 mois), les coûts reliés à la formation (démarche de soins, cadre conceptuel et diagnostic) en prévoyant trois jours par groupes et les coûts reliés au remplacement en personnel (remplacement des infirmières en formation).

Comme la conseillère est en absence maladie pour une période de trois mois, la coordonnatrice en unité de soins additionne à ses activités celle déjà entreprises par la première: la recherche d'exemples de collectes dans des établissements précis.

Une cinquième réunion du comité est convoquée pour le 20 février. Les membres du comité continuent l'analyse de trois nouveaux exemples de collecte. Entre autre, l'exemple de l'Hôpital Le Gardeur présente beaucoup d'intérêt. Cependant la section des renseignements généraux de cette grille ne nous satisfaisait pas. Les membres décident dans un premier temps de modifier la grille de l'Hôpital Le Gardeur en y greffant les renseignements généraux (coordonnées du bénéficiaire) de la grille du Centre Hospitalier de Rouyn-Noranda. La coordonnatrice en unités de soins vérifie par la suite si les renseignements généraux, tel que conçus se rapprochent suffisamment du questionnaire d'admission: formule utilisée alors dans le milieu et qui se verrait éventuellement éliminée par l'utilisation de la collecte de donnée "nursing". Elle devait à nouveau communiquer avec l'Hôpital Le Gardeur pour leur demander des exemples de collectes de données et de guide d'utilisation des unités spécialisées.

Nous sommes d'accord à présenter un premier essai, un prototype de collecte adaptée, à une prochaine rencontre. Mais avant de finaliser la grille ou collecte, nous attendons l'échantillon de l'Hôpital Jean Talon.

Nous recevons un vidéo du Centre Hospitalier Régional de la Mauricie intitulé "Programme d'implantation modèle conceptuel Henderson et démarche nursing". Les participantes qui l'ont visionné expriment leur réserve quant à cet outil: il ne répond pas à nos besoins et exigences, quoique bien préparé.

Il y a discussion et échange de documents sur le diagnostic infirmier et les normes de pratique: les membres privilégient davantage N.A.N.D.A. (North American Nursing Diagnosis Association) plutôt que le recueil de diagnostic infirmiers de Riopelle et col. De plus l'Ecole de Formation Infirmière a conçu un pamphlet à l'intention des étudiantes à partir de l'outil N.A.N.D.A. qui s'intitule "Liste de diagnostics infirmiers". Nous comparons les normes de pratique de l'A.I.I.N.B., de l'A.I.I.C. et de l'O.I.I.Q. en constatant que même si elles sont décrites différemment, elles sont à 50% basées sur la démarche de soins et cadre conceptuel "nursing".

(Moyens d'ac- L'infirmière du service de l'Education nous encourage tion - Outil à enregistrer sur vidéo une session complète de de formation) formation par la consultante. Ceci nous permettra dans l'avenir de rafraîchir les données auprès des infirmières et/ou de procéder nous-mêmes à des périodes de formation, en partie ou en totalité. Cette proposition est retenue.

L'infirmière-chef de l'unité pilote demande à la ressource du service d'éducation de l'aider à effectuer sur son unité un suivi des connaissances des employées; l'infirmière du service d'Education s'offre à aider, mais ne peut être la personne désignée à cette responsabilité.

Dans les jours qui suivent notre rencontre, le parallèle des deux problématiques terminé est distribué, discuté, corrigé, soumis à nouveaux aux membres du comité et accepté tel qu'amélioré (en Annexe VI: parallèle entre la problématique de l'Hôpital d'Edmundston et celle du C.H.R.N. et du C.H.L.S.).

Des démarches sont amorcées afin de négocier avec l'employeur de l'ancienne consultante de l'Hôpital de Bathurst.

Nous présentons, fin février, un projet initial pour l'embauche de la consultante, à nos collègues directeurs via le comité de régie. Le projet avait été préparé uniquement en fonction d'une formation pour les infirmières de l'unité pilote. Nos collègues directeurs nous demandent que le projet soit bonifié et préparé en fonction de l'implantation de la démarche de soins infirmiers sur toutes les unités de soins; ce qui correspond à un suivi beaucoup plus large (nécessité d'une personne ressource additionnelle pour effectuer le suivi, soit une clinicienne) et à une implication

d'au moins deux ans de la consultante au niveau de la formation de tous les groupes (et non des trois mois prévus pour le personnel de la Médecine I). Il nous faut estimer les coûts pour toutes les unités de soins et acheminer une demande au Ministère de la santé.

Fin mars, nous recevons la visite de la conseillère du Ministère de Santé et des Services Communautaires, lui faisons part de notre projet corrigé, une estimation des impacts budgétaires étalés sur deux ans. Cette personne ressource semble apprécier cette initiative et nous donne espoir quant à des possibilités de financement du projet d'embauche de la consultante.

Mars 1989 A une sixième reprise, les membres du comité se réunissent formellement. Comme nous avons reçu le matériel des outils de l'Hôpital Jean Talon de Montréal nous sommes en mesure de comparer avec notre premier prototype. Nous ne retenons pas l'outil de l'Hôpital Jean Talon: la collecte ne répond pas à nos critères étant trop dense, trop longue, quoique bien éclairée. Cependant le guide d'utilisation s'avère très bien fait, clair, expliqué de façon pratique et simple. On pense alors se baser sur cet instrument pour développer notre guide.

Déjà certains ajustements sont suggérés au premier prototype. Comme nous sommes en groupe restreint lors de cette réunion, nous pensons important de consulter les absents. De plus, nous nous entendons pour soumettre ce contenu à la consultante que nous embaucherons.

En mars notre progression s'est limitée à la phase de planification et porte sur le cheminement dans la création ou l'adaptation d'un instrument de collecte de données.

Avril 1989 Le 18 avril avait lieu une septième réunion du comité de la démarche en soins infirmiers, où la présence de la majorité permet de présenter et de modifier la grille qui est adoptée: l'ayant fait parvenir au préalable aux participantes les corrections sont faites. En plus des renseignements généraux et des quatorze besoins fondamentaux corrigés, il est décidé d'ajouter à la fin de l'instrument un espace pour la signature de l'utilisateur et la date: l'instrument amélioré sera acheminé à la consultante dans les jours suivants.

Début d'avril, nous arrêtons notre choix de consultante. Elle nous a fait parvenir sa vision du projet d'implantation du plan d'intervention, le plan de cours et un calendrier des activités en tenant compte de nos contraintes. Nous en distribuons copie à chacune des personnes présentes: après en avoir fait la lecture, toutes appuient ce programme (en annexe VII). La consultante débute sa tâche à compter du 29 mai 1989.

Après étude, les frais encourus à l'embauche de la consultante sont identifiés à \$25,000 pour deux ans: consultante et formation de l'équipe pivot. Evidemment le remplacement des infirmières, la rétention d'une clinicienne, le matériel didactique et secrétariat ne sont pas inclus. Dans son ensemble, en coûts récurrents et non-récurrents, ce projet est évalué à près de \$200,000 pour deux ans.

(Formation de l'Equipe Pivot) Comme nous l'avons souligné précédemment, cette consultante suggère la formation d'une équipe d'expertes pour préparer les membres du comité restreint d'infirmières, à devenir des personnes ressources dans le milieu. Les membres de l'équipe d'expertes que nous avons surnommée "Equipe Pivot" sont la directrice de soins, la conseillère, la coordonnatrice en unités de soins, et une nouvelle ressource qui effectuera le suivi sur toutes les unités de soins (avec des responsabilités de clinicienne spécialisée: soutien clinique et suivi de l'intégration à tous les niveaux). Les membres de l'Equipe Pivot se rendront à Montréal en fin avril 1989, pour une formation spécifique auprès de la consultante. Nous n'avons pas encore reçu de réponse du Ministère de la santé concernant notre demande d'un apport budgétaire.

(Organisation de la formation) Les deux infirmières du service d'éducation se chargent d'aviser les autres établissements de santé et d'éducation de la région, de la mise sur pieds de notre formation spécifique. Compte tenu de notre mission régionale, il nous apparaît important d'offrir ce service de formation. Le service d'éducation s'occupera d'orienter les personnes intéressées, vers les différents groupes planifiés (provenant de notre hôpital), et ce en collaboration avec la direction des soins infirmiers.

L'infirmière-chef de l'unité pilote prépare la liste d'infirmières de son unité en deux groupes et prévoit avec la coordonnatrice en personnel (staffing) les

remplacements; afin que les groupes soient planifiés, organisés pour la dernière semaine de mai et la première de juin.

(Conception des outils - plan de soins)
Finalement à cette rencontre du 18 avril, nous discutons de la création d'un plan de soins adapté à la collecte de données et sur lequel l'infirmière aurait à inscrire les objectifs de soins, les interventions de soins, l'évaluation, les médicaments, les traitements et autres réalisations. Il nous fallait prévoir la grandeur du carton du plan de soins, inscriptions bilingues, kardex pour les continger, etc...

(Mandat de L'Equipe Pivot)
Le 28 avril, les membres du comité se réunissent pour échanger en détails des modalités de "l'Equipe pivot"; suite aux informations reçues de la consultante. Cette équipe aura pour but d'assurer la continuité du travail amorcé lors de la formation des infirmières: elles effectueront le suivi sur les unités, seront responsables de la formation continue, de l'implantation de la démarche et du modèle conceptuel de Henderson, s'assureront de l'adaptation de la collecte de données. L'Equipe Pivot se modifiera à mesure qu'elle se transportera d'une unité à l'autre: un noyau stable de personnes auxquelles s'ajoutera l'infirmière-chef de l'unité et une infirmière soignante de l'unité de soins où aura lieu l'implantation. Le groupe noyau demeurera en étroite communication avec la consultante tout au long du processus. Tous les membres présents acceptent ce mécanisme de fonctionnement.

Ainsi en avril 1989 la phase II - planification - est en majorité complétée, ainsi que le contenu de l'instrument de la collecte (qui reste à soumettre à la consultante), et le début de la création du plan de soins. Le processus a bien évolué: présentation d'un projet à la régie, choix d'une consultante, création de l'Equipe Pivot, planification et organisation des groupes d'infirmières en vue de la formation, invitation des établissements de santé et d'éducation de la région à la formation disponible.

Aussitôt que le formulaire de la collecte de données est vérifié par consultation auprès de l'experte-conseil, la conseillère procède à l'édification du guide d'utilisation. Le guide doit être terminé et mis à la disposition des utilisateurs dès le début juin pour la phase d'exécution.

Phase exécution et phase planification;

Avril 1989 L'Equipe Pivot se rend à Montréal pour une formation de deux jours intensifs avec la consultante. La collecte est vérifiée, requestionnée et finalisée. Au retour, soit en mai, l'équipe, avec la collaboration de la consultante, conçoit le guide d'utilisation. La collecte de données et le guide d'utilisation sont acceptés par les membres du comité, car ils répondent aux contraintes, aux critères et aux attentes préconisés (voir en Annexe VIII, l'exemple de la collecte de données et son guide d'utilisation).

En mai, notre adjointe prend des informations sur l'utilisation d'un progiciel intégré, en démarche de soins infirmiers, selon le cadre conceptuel de Henderson. Nous nous proposons de participer à la démonstration de ce progiciel maison de l'Hôtel Dieu de Québec.

Les sessions de formation des infirmières ont lieu telles que prévues pendant la semaine du 29 mai 1989.

La phase II, la planification, prend fin en ce qui concerne l'objet de notre recherche, la collecte de données en fin mai: il reste à finaliser le plan de soins, étape non prévue dans notre recherche. La phase III - l'exécution du plan d'action, débute avec la formation des infirmières de l'Equipe Pivot et des infirmières de l'unité pilote: il y a un chevauchement de la phase II et III en mai.

Juin 1989 Le 6 juin, nous convoquons une rencontre pour effectuer le bilan de la première session de formation. La consultante présente au groupe élargi ses observations, ses impressions de l'apprentissage des employés de l'unité pilote et nous conseille des interventions à maintenir ou à développer. Elle profite de cette visite pour rencontrer les infirmières-chefes des unités de soins, les sensibiliser à l'intégration de la démarche de soins infirmiers et répondre à leurs questions. Elle nous fait état des résultats de cet échange. La consultante insiste particulièrement sur les rôles importants de l'infirmière-chefesse de l'unité pilote, sur les rôle des autres membres de l'Equipe Pivot et sur les

mécanismes essentiels de l'intégration: l'utilisation des outils, l'organisation en personnel, les moyens d'action favorisant la contamination positive.

(Mise en oeuvre du plan d'action) Le 12 juin, commence à l'unité pilote, véritablement l'implantation de la phase d'exécution. Les infirmières pratiquent en utilisant la collecte de données "nursing" à partir de l'admission des bénéficiaires. De plus le "questionnaire au malade" est retiré des dossiers et la collecte de données "nursing" remplace cette ancienne formule, à l'unité pilote.

A la mi juin, nous réunissons les infirmières-chefes et les membres de l'Equipe Pivot pour échanger sur l'évolution de l'intégration de la démarche dans le milieu. Nous distribuons les outils finalisés: la collecte de données, le plan de soins et le guide d'utilisation. Le guide d'utilisation a été affiné mais il reste à y ajouter des questions pour aider les infirmières à mieux comprendre certains besoins fondamentaux. Nous faisons en sorte d'explicitier les points ambigus, tant sur le processus que sur le contenu.

Le 22 juin a lieu une réunion du groupe restreint (Equipe Pivot). Même si les membres du comité discutent de l'adaptation et la finalisation du carton de plan de soins (contenu), la rencontre est surtout orientée sur le suivi de l'intégration. La réorganisation du service, ne se fait pas sans heurts et nous nous inquiétons de l'organisation du personnel, du suivi de la qualité des gestes posés, du leadership utilisé. Des interventions souhaitées sont suggérées et planifiées par

par les membres du comité: l'infirmière-cheffe interviendra (en position hiérarchique) et la clinicienne l'aidera dans les limites de ses responsabilités (en position conseil). Toutes les participantes sont d'accord à maintenir les efforts positifs encouragés antérieurement par la consultante et d'accord pour insister sur l'utilisation des outils disponibles.

(Conception et utilisation d'instruments de contrôle et d'évaluation) A la dernière semaine de juin, la coordonnatrice en unités de soins fait parvenir une note de service à l'unité pilote, félicitant les infirmières de s'être impliquées à l'intégration de la démarche, leur rappelant qu'une grille d'évaluation a été adoptée et sera utilisée pour vérifier régulièrement leur niveau d'apprentissage (Annexe IX: Grille d'évaluation des apprentissages). Un nom de code serait inscrit sur la formule d'évaluation, affichée au poste des infirmières, afin de respecter la confidentialité des évaluées et les stimuler. Du 12 juin au 17 juin nous constatons que la collecte de données est utilisée par 50% des infirmières soignantes de l'unité pilote lors des admissions.

Considérant que l'utilisation ne se fait pas avec l'énergie désiré, la clinicienne redouble d'efforts pour encourager les infirmières à compléter la collecte dès l'admission du bénéficiaire, sinon dans le plus bref délai. Un délai de 72 heures est acceptable. Certaines infirmières prennent jusqu'à quatre-vingt-dix minutes pour compléter les premières collectes mais en fin de mois, connaissant beaucoup mieux les besoins fondamentaux et les

questions à poser, cette période diminue à moins de trente minutes. La clinicienne insiste auprès des infirmières-cibles pour qu'elles ne sautent pas d'étapes, sur l'importance d'utiliser la grille pour classer et analyser les données. (voir Annexe X: Instrument d'analyse des données).

Le mois de juin a été consacré presque en totalité à la phase III - Exécution; soit la formation des individus à partir des contenus développés, l'utilisation de ces contenus dans la pratique de tous les jours, et le développement de moyens de contrôle. Il y a chevauchement de deux phases (Planification et Exécution) en début du mois, pour la finalisation du plan de soins (voir à l'Annexe XI: Le plan de soins finalisé).

Phase évaluation et phase exécution:

Juillet 1989 A la semaine du 17 juillet, devant la difficulté de l'infirmière-chef responsable à exercer son leadership sur l'unité pilote, la directrice des soins infirmiers doit prendre une décision administrative et la relever de ses fonctions. Ses difficultés ne se limitent pas à l'objet de notre recherche, mais elles ne remettent aucunement en question ses capacités et ses habiletés d'infirmière soignante. Cette décision ébranle quelque peu les participants, mais n'empêche pas la progression des efforts déployés à cette phase exécution.

(Mesures des actions engagées) La consultante très présente et sensible aux réactions recommande l'usage d'un examen pour permettre aux infirmières de l'unité pilote de vérifier leurs notions: la clinicienne emploie cet examen comme moyen de stimulation (voir à l'Annexe XII, l'outil d'évaluation des connaissances de la démarche des soins infirmiers).

De plus, comme incitatif visuel et pour rappeler aux infirmières de respecter les délais fixés, la clinicienne met de l'avant une petite étiquette de couleur rose qu'elle dispose sur le dessus des dossiers lorsque la collecte n'est pas débutée ou non terminée. Cet incitatif donne les résultats escomptés puisque la clinicienne observe vers la fin juillet une nette amélioration au niveau de l'utilisation de la collecte et au niveau de la collaboration (les infirmières se regroupent pour s'aider à développer certains plans de soins).

Les infirmières des autres unités de soins se préparent aux sessions de formation organisées pour la dernière semaine de juillet et août 1989. Avec la collaboration de la clinicienne, elles commencèrent à transcrire les informations des anciens plans de soins aux nouveaux plans de soins. Ce processus se réalise sur les unités Chirurgie II, Médecine II, Psychiatrie et à l'unité des Soins Intensifs; l'unité de Chirurgie I est fermée pour le mois de juillet, comme à tous les étés. Les infirmières de ces unités croient ainsi accélérer le processus d'exécution en étant prêtes à passer à la phase

d'opérationnalisation immédiatement après la période de formation. Même les secrétaires qui colligent certaines informations aux plans de soins (examens diagnostic et médicaments) sont préparées par la clinicienne.

Août 1989 Dès la première semaine d'août, la consultante revient (Formation et procède à quelques sessions de formation, pendant le des infirmières pendant ce mois habituellement réservé aux vacances. autres Ces sessions complètent la formation des infirmières unités) travaillant sur les unités de soins généraux (Médecine I, Médecine II, Chirurgie I et Chirurgie II), de même que celles du secteur de psychiatrie et de l'unité des Soins Intensifs.

D'autres sessions sont prévues pour l'automne 1989 et pour le printemps 1990, afin de finaliser l'enseignement spécifique et adapté aux unités spécialisées: Pédiatrie, Gynéco-obstétrique - Pouponnière, Hémodialyse, Soins Ambulatoires et Urgence.

Aux groupes d'infirmières de notre établissement, se joignent dix-huit infirmières de l'extérieur: dix-sept proviennent de la région (onze de l'Ecole de Formation Infirmières, deux de l'Hôpital Extra Mural, une de l'Extra Mural de Grand-Sault, une du Foyer Ste-Elizabeth, une du Foyer de Soins de la Villa Desjardins, une de la Santé Publique et une de l'Hôpital Georges L. Dumont de Moncton). Nous chargeons des frais de cours minimales à nos partenaires, soit \$25.00 par jour, par personne.

Pour cette initiative régionale, nous avons recueilli la somme de \$1,225.00: quinze infirmières ayant suivi la formation de trois jours et une infirmière la formation d'une journée. Ces argents participent à défrayer une partie des honoraires de la consultante.

A la fin du mois d'août, la consultante se prête à l'enregistrement de la formation sur cassette vidéo: cet enregistrement devra être repris à deux reprises en raison d'ennuis techniques. Il s'agit là d'un vidéo-maison destiné à faciliter l'enseignement dans les prochains mois par l'Equipe Pivot.

(Suivi du changement organisationnel) Le 14 août, nous convoquons une réunion du comité de la démarche des soins infirmiers. Nous faisons le point sur l'évolution de l'intégration à l'unité pilote: nous constatons que la formation des infirmières des autres unités et l'intégration des autres unités ont un effet de stimulation et d'émulation.

La coordonnatrice en personnel est invitée à ce comité pour expliquer les impacts de la rareté en personnel (vacances) sur les sessions de formation. Cette conjoncture nous amène à trouver ensemble des solutions, même les plus inédites: nous avons à ce moment-là identifié des ressources qui peuvent remplacer les compagnes en formation à des quarts et à des postes où elles n'avaient pas l'habitude d'oeuvrer. Même les infirmières-chefes participent à ce mouvement extraordinaire.

Le 21 août, la coordonnatrice en unités de soins avise les infirmières-chefes que la consultante les visitera sur leur unité spécifique, cette même semaine, à des heures et des journées précises. Le but de cette visite est de faire l'évaluation et la mise au point sur l'opérationnalisation de la formation sur la démarche de soins selon Henderson: évaluation nécessaire au cheminement personnel de la consultante à titre d'enseignante professionnelle.

Le 23 août a lieu une réunion du comité sous la présidence de la coordonnatrice en unités de soins: nous sommes alors en vacances et notre adjointe nous remplace. Toutes les infirmières soignantes des unités de soins identifiées comme personne ressource à la démarche sur leur unité sont invitées à participer à cette réunion. La consultante présente l'évolution de l'opérationnalisation à l'unité pilote et sur les unités où l'introduction de la démarche est commencée depuis le début du mois d'août. Elle souligne les agents facilitateurs et les embûches: il semble que les infirmières ont plus de difficulté au niveau du dixième besoins - communiquer avec ses semblables - où elles doivent s'informer du besoin fondamental "sexualité". La consultante aborde certains conseils pour aider les infirmières à mieux interviewer les bénéficiaires, à mieux procéder aux étapes suivant la collecte de données et à ne plus se faire aider par d'autres intervenants.

A cette réunion, la clinicienne explicite les rôles de chacun des membres du comité et la fréquence des réunions.

La coordonnatrice en unités de soins réitère à son tour le rôle des membres de l'Equipe Pivot et en particulier le rôle de l'infirmière-chef. De plus elle informe les participantes du bon emploi à apporter à la collecte de données: ce document est conservé au dossier du bénéficiaire à son départ.

La clinicienne débute le suivi des infirmières, maintenant initiées à la démarche et au cadre conceptuel, qui travaillent sur les autres unités. Afin de structurer et de faciliter ses interventions elle se crée un calendrier (noms des personnes à rencontrer, heures, et unités).

Les approches, la constance et les instruments de suivi utilisés par la clinicienne semblent porter fruits à l'unité pilote. Depuis le 12 juin sur l'unité pilote, et cela jusqu'au 20 août, nous remarquons que 90% des collectes s'avéraient entièrement complétées. Aux espaces-réponses, les infirmières se préoccupent davantage d'apporter les informations pertinentes, que le besoin fondamental soit déficient ou non. Ayant pris de l'assurance, les infirmières complètent une collecte à l'intérieur de trente à soixante minutes.

En définitive, le mois d'août est consacré à la phase III - Exécution: sessions de formation pour les infirmières des autres unités, début d'opérationnalisation sur les autres unités, suivi des infirmières de l'unité pilote et des autres unités. Nous accélérons le processus d'opérationnalisation (la consultante n'étant pas disponible à compter de septembre), observons certains résultats, planifions et procédons à la formation des autres unités, entreprenons l'opérationnalisation sur d'autres unités et développons des outils d'apprentissage (vidéo). De ce fait, nous chevauchons donc jusqu'à une certaine mesure la Phase IV évaluation et la phase I diagnostic selon les unités.

Phase diagnostic et évaluation:

Septembre 1989 Un peu plus d'une semaine après la dernière session (Bilan et nouveau diagnostic) de formation, les membres du comité de l'Equipe Pivot se réunissent pour faire le point; soit le suivi de l'intégration sur l'unité, la formation future, le plan de soins au dossier du malade et aux archives et la formule "questionnaire aux malades".

Pour ce qui est du suivi sur les unités, même si certaines infirmières de la gynéco-obstétrique - pouponnière sont formées, la clinicienne préfère attendre l'arrivée de la nouvelle infirmière-chef pour l'opérationnalisation. Le poste est ouvert et la nomination a lieu en octobre.

La volonté de faire, de même que le soutien de l'infirmière-chef, sont essentiels pour permettre éventuellement la création d'outils adaptés à la spécialité de la gynéco-obstétrique, ainsi qu'à leur implantation.

Les moyens d'action utilisés par la clinicienne à des fins de suivi et de stimulation démontrent des résultats étonnants. Les moyens sont le calendrier, l'assignation des infirmières en collaboration avec l'infirmière-chef, la vérification des collectes, la vérification de l'analyse des données, la vérification des plans de soins, les cartons placés dans les karex (spécifiant les 4 tableaux importants regroupant les diagnostics infirmiers liés à chaque besoins fondamental), les indicatifs de couleur "rose" placés sur le dessus des dossiers, etc...

Bien que des interventions se maintiennent à l'unité pilote, les membres du comité planifient des sessions de formation pour novembre 1989 et février 1990. Ces sessions sont entièrement dispensées par les membres de l'Equipe Pivot. Certaines infirmières de l'unité Gynécologie n'ont pas profité de la formation, de même que celles en Pédiatrie, Hémodialyse, Soins Ambulatoires et Urgence. Il nous reste à préparer et à adapter les outils pour ces unités spécialisées: les collectes de données, le plan de soins, les outils d'évaluation, les guides d'utilisation, etc.

Bien que nous ayons obtenu du comité des formules le droit de laisser la collecte de données au dossier du bénéficiaire à son départ, nous mettons d'autres efforts pour que le plan de soins y soit aussi colligé. En septembre la responsable du service des archives accepte cette évolution. Il nous reste à recevoir l'assentiment des chefs de départements (médecine familiale, médecine spécialisée et chirurgie). Cela correspond à modifier les règlements des services des archives. Nous avons envoyé pour ce faire une lettre explicative aux chefs des départements concernés.

La formule "questionnaire aux malades" sera abolie à chacune des unités spécialisées à mesure que les collectes de données sont adoptées, finalisées, acceptées au comité des formules et disponibles à l'utilisateur.

La dernière semaine de septembre nous acheminons à chaque membre du comité de la démarche de soins infirmiers des facteurs ou questions, les préparant à procéder à l'évaluation de la recherche action survenue à l'unité pilote (voir Annexe XIII, Les facteurs d'évaluation du projet).

Le 13 septembre, à titre de directrice et responsable de ce projet nous acheminons au directeur général le détail des frais de séjour, des déplacements et des honoraires de la consultante.

Le 28 septembre, nous réclamons par écrit aux établissements extérieurs le remboursement des frais de formation pré-établis.

Octobre 1989 (Evaluation finale du projet) Lundi le 2 octobre, nous sommes donc prêtes à évaluer les résultats de douze mois d'évolution du projet, en termes de processus et de contenu. Le but principal de l'implantation était d'introduire un nouvel outil dans le milieu.

Sommaire:

Pour respecter les normes de compétence de la profession infirmière et permettre à ses professionnelles de s'y conformer, nous voulions créer un outil de collecte de données "nursing" adapté aux besoins de l'établissement hospitalier, vérifier s'il est réaliste pour les infirmières d'intégrer, d'implanter, d'utiliser couramment une grille de collecte de données dans leur pratique quotidienne. Nous avons observé qu'en effet cela est faisable et avons constaté qu'il est possible d'aller au-delà de cette première étape de la démarche.

Dans ce troisième volet nous venons de souligner, la phase diagnostic, qui a débuté en septembre 1988: nous y avons analysé la problématique d'Edmundston et mis en relief les éléments contextuels significatifs de l'établissement hospitalier et de celui de l'établissement d'enseignement.

La phase planification débute en octobre 1988 avec la création du comité de la démarche de soins infirmiers. Les acteurs de ce comité se concertèrent, définissent leurs objectifs et se partagent les activités. Certains acteurs mettent de l'avant les activités proposées avec bonheur, d'autres moins, et d'autres se désistent. Cependant au printemps 1989, après de multiples efforts, une collecte de données est adaptée avec le consensus des membres du comité et prête à être soumise à une consultante en soins infirmiers.

Après la vérification auprès de cette consultante, la collecte de données est finalisée, puis le guide d'utilisation de cette collecte de données et un exemplaire de plan de soins sont conçus. Ils seront disponibles pour les utilisateurs en juin 1989, pour la phase d'exécution. La consultante participe à la formation des infirmière, portant sur le cadre conceptuel de Henderson et sur la démarche de soins infirmiers. Nous procédons après cette formation, à l'implantation de la démarche de soins infirmiers (de l'étape de la collecte de données et des autres étapes), à l'unité pilote de la Médecine I, dès la mi-juin 1989. Par la suite, en fin juillet et début août 1989, les infirmières d'autres unités de soins reçoivent la formation et intègrent la démarche systématique dans leur pratique.

La phase exécution prend fin en septembre 1989, pour les fins de notre recherche, mais dans la réalité de notre organisation est encore en évolution. Finalement en octobre 1989, l'équipe de personnes ressources du comité, fait le point sur tout le déroulement de cette année d'expérimentation.

CHAPITRE QUATRIEME:

Les résultats

Chapitre quatrième: Les résultats

Nous traiterons dans ce quatrième volet, des résultats de notre recherche-action dans notre milieu institutionnel, ou plus précisément des résultats au point de vue des changements organisationnels: l'analyse et le suivi de l'objet de recherche à l'unité pilote, l'évaluation globale de l'année d'expérimentation et nos réflexions sur le processus.

En recueillant ces résultats, en les décortiquant, les analysant avec les personnes intéressées (les membres du comité, de l'Equipe Pivot et les infirmières soignantes), nous sommes en mesure de juger la qualité des formulaires créés, de prévoir pour les années à venir, et espérer pour l'évolution de la démarche de soins infirmiers à long terme.

Notre réflexion et notre évaluation sur l'ensemble de l'expérimentation, autant au niveau du contenu que du processus, nous permet aussi de constater toutes les énergies déployées dans cette année de recherche-action, les acquis et les pertes: les énergies humaines (formation, remplacement des employés pendant la formation, ajouts en personnel, nouveaux postes ouverts, etc...), les énergies matérielles (achat de nouveaux kardex, imprimerie de nouvelles collectes de données, de nouveaux plans de soins, etc...), les énergies financières (salaires, frais de déplacement, etc...).

L'analyse des résultats met donc en évidence les échanges, la collaboration, la rétro-action des acteurs mais aussi les retombées de ce projet.

1. Analyse et suivi de la recherche

Afin d'évaluer la qualité et les résultats de notre opérationnalisation, des données statistiques concernant l'utilisation de l'outil par les infirmières, ont été recueillies tout au long de la phase exécution.

Notre étude de la phase exécution se situe du 12 juin 1989 jusqu'au dernier jour de recherche, soit le 30 septembre 1989. Pour ce faire, 103 dossiers d'hospitalisation et formulaires de collecte de données sont analysés. Les objectifs de cette analyse sont de vérifier si les quatorze besoins fondamentaux sont documentés, et aussi d'identifier des mesures correctives à apporter, soit au formulaire, soit à la pratique des infirmières.

Afin d'effectuer l'analyse des dossiers les critères suivants doivent être présents aux dossiers remplis par les infirmières:

- Une donnée inscrite à chaque sous division des besoins;
- Une donnée pertinente à chaque sous division;
- Les facteurs-santé notés autant que les problèmes;
- Aucun espace vide.

Par exemple, si on réfère à la collecte de données en Annexe VII, au besoin "respirer", les cinq points d'information connexes doivent être complétés: voies respiratoires, émotions, environnement, habitudes et particularités.

Et tel que le démontre le tableau 5 suivant, tous les quatorze besoins fondamentaux sont étudiés, sur chacun des 103 dossiers. Chaque résultat qualitatif des réponses notées par les infirmières sur les collectes de données étudiées, est compilé, quantifié:

d'après les critères précités, la réponse est retenue ou rejetée, selon son degré de conformité et le résultat s'additionne ou non dans la colonne "réel", exprimé en %. Nous explicitons plus loin les résultats ci-indiqués.

Tableau 5 Evaluation des résultats d'utilisation

Critères	% de Conformité	
	Réel	Standard
1- Respirer	81.6	100%
2- Boire et manger	85.4	100%
3- Eliminer	81.6	100%
4- Se mouvoir	80.6	100%
5- Dormir et se reposer	89.3	100%
6- Se vêtir et se dévêtir	79.6	100%
7- Maintenir la T° du corps dans les limites normales	70.9	100%
8- Etre propre et protéger ses téguments	70.9	100%
9- Eviter les dangers	55.3	100%
10- Communiquer avec ses semblables	82.5	100%
11- Agir selon ses croyances et ses valeurs	82.5	100%
12- S'occuper de façon à se réaliser	77.7	100%
13- Se recréer	76.7	100%
14- Apprendre	55.3	100%

$$\bar{X} = 76.4\%$$

En référant au tableau 5, nous constatons au total, une moyenne de 76.4% de conformité. Nous avons noté sur les 103 dossiers, des informations écrites et pertinentes à tous les items des besoins fondamentaux.

Les résultats apparaissent plus faibles au niveau de deux besoins: éviter les dangers et apprendre. Le besoins de "communiquer avec ses semblables", soit le besoin intégrant la "sexualité", s'est amélioré suite aux interventions de la consultante et de la clinicienne. Les mesures correctives recommandées s'avèrent plus aisées à partir de la compilation des résultats. L'infirmière clinicienne évalue régulièrement les collectes de données, procède à un enseignement sur une base individuelle et de groupe, sur tous les besoins fondamentaux, en appuyant davantage sur les deux besoins identifiés comme déficients. Nous constatons que les infirmières ont de la difficultés à interviewer les bénéficiaires sur ces besoins fondamentaux: c'est parce qu'elles saisissent mal la nature de ces besoins particuliers ou parce que le guide d'utilisation ne leur fournit pas suffisamment de matériel à ce niveau, ou les deux raisons à la fois.

Il demeure que de tels résultats nous aident à améliorer nos approches et nous encouragent à maintenir nos efforts d'implantation, à planifier une évaluation dans un délai précis (fin décembre 1989), et finalement à améliorer nos outils d'apprentissage.

A l'unité pilote, dès la formation des infirmières, nous observons que du 12 juin 1989 au 28 juillet 1989, celles-ci utilisent la collecte de données progressivement.

Selon le tableau 6, nous constatons pendant cette courte période (47 jours) que 28 collectes de données sont complétées par le personnel régulier, soit une moyenne de 2.2 collectes par infirmières, pour les 13 infirmières initiées.

Cette façon d'étudier la réalité sur le terrain nous apparaît très significative et nous projetons de répéter cette étude des données de façon concourante à toutes les unités de soins à tous les mois: la clinicienne prend à sa charge cette dernière activité (étude concourante mensuelle).

De plus, cinq infirmières de l'équipe flottante et travaillant sous une forme occasionnelle complètent huit collectes, soit une moyenne de 1.6 par personne: que nous reflètent les deux tableaux suivants.

Tableau 6 Performance de l'utilisation par le personnel régulier

Nom	Nombre de collectes complétées
1. A	4
2. B	5
3. C	2
4. D	1
5. E	2
6. F	2
7. G	0
8. H	1
9. I	2
10. J	2
11. K	3
12. L	1
13. M	3
	TOTAL: 28

—
X = 2.2/infirmières

Tableau 7 Performance de l'utilisation par le personnel occasionnel

Nom	Nombre de collectes complétées
1. N	2
2. O	2
3. P	2
4. Q	0
5. R	2
TOTAL: 8	

—
 $X = 1.6/\text{infirmière}$

Nous spécifions que l'opérationnalisation sur l'unité pilote se fait graduellement surtout en quantité qu'en qualité: les collectes n'étant pas toujours complétées avec rigueur. Voici ce que les personnes ressources remarquent (voir tableau 8).

Par le tableau suivant, nous sommes en mesure d'observer la vitesse ou le rythme d'implantation de l'outil, par les utilisateurs, en unité pilote: le degré de conformité, la qualité de l'utilisation et la rapidité de fonctionnement. Nous réalisons par le tableau 8, qu'au début de la période d'opérationnalisation, le 12 juin, un pourcentage des collectes de données sont complétées partiellement (au haut de la page à droite), puis à demi (colonne du milieu), puis totalement (au bas de la page à gauche).

bleau 8 Qualité de l'utilisation de la collecte à l'unité pilote

Date	% de collecte remplie complètement	% de collecte remplie à demi	% de collecte remplie partiellement
1989-06-12			99% des collectes sont remplies vaguement, beaucoup de traits (-) ou espace libre. 90 à 120 minutes sont consacrées à remplir la collecte de donnés.
1989-07-17		50% des collectes sont remplies avec plus d'exactitude, plus approfondies. Moins d'espaces libres ou de traits (-). Meilleure compréhension du guide - usage plus efficace de ce dernier. Des explications, lectures, etc. sont données aux infirmières sur les techniques d'entrevue. 60 à 90 minutes sont consacrées à remplir la collecte.	
1989-08-20 à 1989-09-01	90% des collectes sont remplies complètement. Les espaces sont tous remplis. Les données sur les composantes bio-psycho-sociales sont notées. On note les éléments de santé puis la problématique de santé s'il y a lieu. 30 à 60 minutes sont consacrées à remplir la collecte de données. Beaucoup d'informations sont données sur l'approche et la technique d'entrevue. On note plus de facilité à faire une entrevue.		

Une période de rodage de l'instrument semble évidente avant que les infirmières deviennent habiles à poser les bonnes questions et habiles à compléter rapidement la collecte. Cependant en une quarantaine de jours, nous sommes à même de constater une nette amélioration malgré toutes les contraintes vécues (résistance de certaines, période de vacances, roulement du personnel, roulement de la clientèle, etc...).

En effet, dans les 20 premiers jours, les infirmières complètent partiellement la nouvelle collecte, en prenant beaucoup de temps pour ce faire (90 à 120 minutes). Puis après un mois déjà nous notons une évolution: les collectes s'avèrent de mieux en mieux achevées, en moins de temps (60 à 90 minutes). Finalement après deux mois et demi, nous observons encore une amélioration grandissante dans la performance en terme de temps et de la qualité d'utilisation.

2. Evaluation de l'expérimentation

Outre les données statistiques précédentes, il nous est apparu également important d'évaluer l'ensemble du projet avec les personnes ressources (les membres du comité); soit d'évaluer le contenu et le processus. Le propos de cette évaluation qui suit, est donc partagé par tous les membres du comité des soins infirmiers.

Les points de cette évaluation sont les suivants (voir Annexe XIII, Les facteurs d'évaluation du projet).

A. Facteurs inhérents aux problèmes:

1. Les connaissances de base sur la démarche, et particulièrement sur la collecte sont décrites dans les termes suivants; depuis treize ans la démarche est enseignée à l'Ecole de Formation Infirmière d'Edmundston; la démarche est plus ou moins utilisée dans le milieu hospitalier; les infirmières ont besoin d'un rafraîchissement de leurs connaissances quant à la démarche "nursing"; plusieurs infirmières de l'unité pilote n'ont jamais entendu parler de la "démarche nursing": celles qui ont étudié au cours traditionnel;
2. Les connaissances de base sur le cadre conceptuel se présentent ainsi; depuis treize ans le cadre conceptuel enseigné à l'Ecole de Formation Infirmières est celui de Maslow: cadre conceptuel social; les étudiantes qui termineront en décembre 1989 provenant de l'Ecole de Formation Infirmière d'Edmundston, auront reçu l'enseignement de base sur le modèle conceptuel de Henderson; la plupart des infirmières qui ont étudié dans la province de Québec connaissent déjà Henderson; à partir de 1979 les bachelières en "nursing" ont étudié le cadre conceptuel de Henderson ou de Roy; en 1985, 21 infirmières ont profité d'une formation pertinente, mais ne l'ont jamais mis en pratique; dans les douze derniers mois nous avons procédé à la formation sur le cadre conceptuel, rafraîchi les données pour celles qui le connaissent, initié et formé celles qui ne le connaissent pas (125 infirmières de l'interne et 18 infirmières de l'extérieur); les services d'une consultante ont été retenus pour la formation: démarche, cadre conceptuel et diagnostics "nursing". La consultante embauchée est la même qu'en 1985,

donc déjà connue dans le milieu; il y eut formation sur le diagnostic "nursing" selon le registre américain N.A.N.D.A., développé à la base par une auteure britannique L. Carpenito, dont nous avons la version française dans notre établissement.

3. La qualité de l'outil révèle qu'il est important, tout au long de la création de l'outil, de respecter l'aspect format "recto-verso", et le critère dit "succint"
4. Le niveau d'utilisation de la collecte de données nécessite les services d'une clinicienne, pour faciliter son intégration: elle suivait et suit encore tous les jours les infirmières à l'unité pilote et les autres unités et travaille en étroite collaboration avec l'Equipe Pivot et la consultante. L'intégration de ce projet aurait été quasi impossible sans sa présence sur les unités.
5. Le processus de changement idéal à la situation fut influencé par les éléments suivants: L'infirmière-chef de l'unité pilote était responsable de procurer les lectures pertinentes à son personnel et d'échanger avec eux: résultats = échanges minimes; l'infirmière-chef doit agir comme leader auprès de ses employées (planification, organisation, contrôle, évaluation): résultats minimes; trois membres de l'équipe pivot suivent une formation intensive en avril. Elles reviennent avec des idées et se sentent en confiance face aux questionnements d'antan. Le personnel de l'unité pilote reçoit les sessions de formation en fin mai et début juin; il y a raffinement de la collecte de données et du guide d'utilisation (fin mai):

construction et finalisation, sensibilisation, opérationnalisation de mai à octobre; à compter du 12 juin il y a suivi à l'unité pilote et aux autres unités, surtout par la clinicienne et la coordonnatrice en unités de soins; à l'unité pilote les infirmières trouvent que la collecte demande beaucoup de temps: au début de une à deux heures puis par la suite moins de trente minutes; les infirmières sont confrontées entre les valeurs antérieures et les nouvelles; soit de stimuler les bénéficiaires à devenir autonomes et non plus de faire les gestes à leur place.

6. Le rôle de soutien du chercheur et le rôle de professionnelle est affecté ainsi:

Au départ, c'est une expérience nouvelle. Nous sommes ouvertes à toutes les suggestions; entre autres, celles de retenir les services d'une consultante et d'autoriser le poste de clinicienne. Cela occasionne toutefois des coûts qu'il faut justifier et faire accepter par l'administration. Le tout se déroule bien quoique les sommes n'ont jamais été consenties par le Ministère de la Santé (d'accord en principe mais sans ajout de budget);

Nous agissons comme soutien en insistant sur les points suivants:

- Respect du format - recto-verso
- Choix du cadre conceptuel
- Éléments complexes à clarifier lors des rencontres
- Fréquences des réunions à respecter
- Guide d'utilisation à être terminé avant la phase Exécution
- Importance du leadership (participation) des cheffes
- Implication des participantes

- Marketing pour auto financement afin de couvrir les coûts de la formation - don de \$1,000 + frais de cours aux participantes de l'extérieure \$1,225 = \$2,225. Un comité de marketing fut institué pour effectuer une levée de fonds.

Après entente avec la consultante, elle accepte de continuer la formation en août tout en faisant payer ses honoraires à long terme.

Il y a sensibilisation des infirmières lors des sessions de formation, à l'aspect légal et aux normes de la pratique;

Il y a eu un support surhumain de la coordonnatrice en unités de soins;

Il y a émergence d'une grande satisfaction de chaque membre du comité suite aux efforts déployés pour mener à terme ce projet;

Les membres du corps médical invitèrent en fin septembre une participante de l'Equipe Pivot à les rencontrer afin qu'elle explicite l'outil de travail (collecte de données et plan de soins) et justifie la présence de ces documents au dossier du client.

B. Respect des étapes de changement planifié:

Phase I - (Diagnostic) - L'étape est bien respectée: elle a commencé avec un mini-groupe en octobre 1988, puis le comité s'est élargi aux besoins.

- Phase II - (Planification) - Cette étape débute aussi en octobre 1988: l'instrument de base est terminé en même temps que le guide d'utilisation en fin mai 1989.
- Phase III - (Exécution) - Cette étape s'avère bien respectée - la collecte de données devient utilisée à 100% lors de chaque admission en fin septembre 1989.
- Phase IV - (Evaluation) - Nous procédons actuellement et terminons l'analyse des statistiques en novembre 1989.

C) Autres questions

Facteurs ayant aidé:

De multiples facteurs ont entraîné le succès de ce projet pendant cette année d'expérimentation. Il est difficile de les nommer sans en oublier quelques-uns. Voici ceux que les membres du comité ont considéré comme les plus évidents: la disponibilité de la consultante, la présence de la clinicienne, la qualité de la collecte de donnée et du guide d'utilisation, le plan de soins, les argents, le dynamisme de l'Equipe Pivot, la volonté des dirigeants, la tenacité de la directrice des Soins Infirmiers (chercheure et professionnelle), l'implication de la coordonnatrice en unités de soins, l'implication des infirmières

du service d'éducation, l'implication des gens de l'extérieur, les personnes ressources (les membres du comité), la volonté et la participation des infirmières-cheffes, la disponibilité et la collaboration des infirmières soignantes, la collaboration du syndicat des infirmières.

Facteurs ayant nuit:

Si plusieurs facteurs ont aidé, certains ont agi comme inconvénients: la période des vacances, l'orientation des nouveaux employés (en particulier des infirmières provenant du Québec qui terminent leur formation en fin mai et qui sont embauchées à partir de juin), la faiblesse du leadership de l'infirmière-cheffe de l'unité pilote, la permanence en quart de soir et de nuit, la résistance à la formation, le transfert des malades provenant des unités où la démarche n'est pas implantée.

3. Réflexion sur le processus:

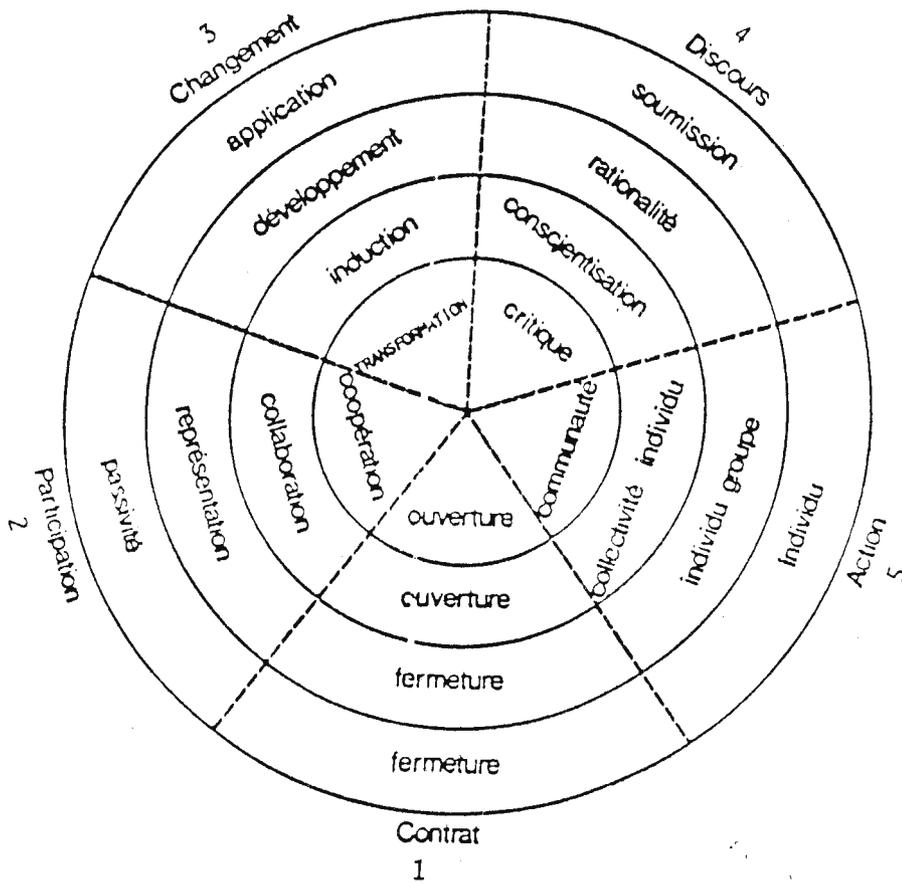
Après avoir fait le point avec les membres du comité de la démarche (réflexion de groupe), comme chercheure et professionnelle nous croyons essentiel de procéder à une réflexion personnelle.

Pour structurer plus aisément notre réflexion sur le processus du changement organisationnel provoqué par notre recherche - action, nous présenterons ici nos impressions selon la démarche recherche-action de A. Morin (1988) et les éléments que l'auteur considère essentiels à ce processus.

- le concept de contrat
- le concept de la participation
- le concept du changement
- le concept du discours
- le concept d'action

Le tableau 4.5 qui suit, présente donc la grille de recherche-action et supporte toute notre réflexion personnelle.

Tableau 5.0.1 Grille de recherche-action



Référence: MORIN, A. De la théorie à la pratique, Québec, Presses de l'Université du Québec, 1986, p. 231.

Le concept du contrat nous permet de réaliser dès le départ du projet, à quel point notre supérieur immédiat, nos collègues directeurs, les collaboratrices de notre direction, nos subordonnées, les infirmières qui travaillent à l'extérieur de notre institution, démontrent un intérêt, une ouverture ou une fermeture d'esprit (approbation ou désapprobation).

A. Le concept de CONTRAT: fermeture ou ouverture

Morin définit le concept du contrat comme devant s'exprimer clairement et explicitement. "Sa richesse découle d'une entente sur un langage commun, enfin le contrat gagne à être cohérent avec son idéologie. Le contrat peut se situer entre les deux pôles, soit du contrat fermé et du contrat ouvert, et peut prendre diverses formes. Il peut être écrit, formel ou être verbal et informel". (52)

(Approbation des supérieurs hiérarchiques) Lorsque nous avons débuté notre mandat à titre de directrice à l'Hôpital Régional d'Edmundston, dès les premières semaines nous avons présenté aux directeurs (au Comité de régie) nos objectifs professionnels. Un de nos objectifs spécifiques était d'intégrer la démarche de soins infirmiers sur une unité pilote, cet objectif défini indépendamment de notre recherche. Même si notre recherche se limite à l'intégration et l'application d'une collecte de données, cela ne nous a pas empêché de mettre tous les efforts de l'avant pour que les infirmières pratiquent en respectant les normes de compétence, soit en utilisant toutes les étapes de la démarche de soins infirmiers.

(Structure d'un comité) Nous avons par la suite constitué un comité pour la la bonne marche de notre recherche, remis une copie de notre avant-projet aux membres de ce comité et les avons sensibilisé à notre marche à suivre.

(Définition des rôles de chercheur) A titre de chercheure et professionnelle (directrice des Soins Infirmiers) nous entrevoyons en octobre 1988 notre rôle comme étant double: déjà garante de la profession infirmière nous nous offrons aussi d'agir comme soutien, personne ressource aux membres du comité et aux participantes de cette recherche.

(Rôle de la conseillère) La conseillère se propose d'agir comme collaboratrice, de travailler au niveau de la formulation, de la recherche de la littérature et de la formation.

(Rôle de la coordonnatrice en unités de soins) La coordonnatrice en unité de soins s'engage à effectuer une estimation de l'impact des coûts, en terme de ressources humaines, matérielles et autres: impacts que probablement d'autres centres de santé ont expérimenté. Elle se dit également disponible à participer à l'enseignement clinique.

(Rôle de la coordonnatrice de soir et de nuit) La coordonnatrice en quart de soirée et de nuit, quoique moins libre, a convenu de communiquer dans les établissements de santé où la démarche est opérationnelle, d'y investiguer sur la collecte de données et de leur demander de nous envoyer une copie de leur outil tout en vérifiant si la collecte respecte le critère de concision que l'on s'est fixé. De plus elle coordonnera l'utilisation de la collecte par les infirmières en quart de soir et de nuit.

(Engagement) Au mois de novembre 1988 nous retenons les services d'une nouvelle infirmière-cheffe à l'unité Médecine I: unité que nous avons pressenti comme unité pilote probable. En comité de sélection nous avons partagé ce souhait avec la candidate qui s'est alors démontrée des plus enthousiaste à ce futur défi.

(Ouverture à plusieurs dimensions et aux idées des personnes impliquées) Nous sommes demeurée ouverte aux demandes des membres du comité, aux contraintes, et aux attentes: ainsi au tout début les personnes présentes expriment le désir d'élargir le comité à des personnes ressources de l'extérieur et à des infirmières soignantes croyant que stratégiquement nos intentions se vendraient mieux. Comme certains professeurs de l'Ecole de Formation Infirmière d'Edmundston sont heureuses de cette opportunité, nous invitons l'une d'entre elles à se joindre à notre groupe. Après échange cette infirmière enseignante accepte d'agir comme personne ressource dans l'adaptation de l'outil de collecte de données applicable en milieu clinique.

Nous procédons de la même façon pour une infirmière de chevet après avoir identifié à quelle unité se déroulerait notre projet (infirmière soignante provenant de l'unité pilote).

En janvier chacune ayant soupesé ses intentions, elles définissent plus explicitement leurs objectifs.

En février, nous invitons une infirmière du Service d'éducation à se joindre à notre équipe et elle accepte.

Les membres du comité après discussion sur le choix du cadre conceptuel devant influencer la collecte de données, en viennent à la conclusion suivante: le cadre conceptuel de Henderson, s'adapte bien aux types de soins administrés dans le milieu. Ce modèle est simple à comprendre, aisé à introduire, connu de toutes les infirmières qui nous viennent du Québec et de quelques unes Néo-Brunswickoises ayant fait leur baccalauréat.

(Besoins de formation identifiés) Puis les membres du comité s'interrogent sur les tactiques et les stratégies à déployer pour arriver à opérationnaliser adéquatement le projet soumis: pour que l'expérimentation aille au-delà d'une recherche et que l'implantation évolue vers une pratique usuelle. Les personnes présentes revisitent la problématique: ce qui a été fait jusqu'à ce jour (formation continue de 20 infirmières du milieu, sur le cadre conceptuel de Henderson en 1985), le niveau de connaissances de l'ensemble des infirmières de l'établissement (certaines qui ont à leur actif un baccalauréat en "nursing" ou qui ont étudié au Québec connaissent Henderson).

Les membres du comité tentent aussi d'estimer les besoins futurs de formation: formation sur le modèle conceptuel de Henderson, révision de la démarche de soins infirmiers et formation sur les diagnostics "nursing".

En octobre 1988 le comité n'identifie pas de façon évidente qui s'occupera de former les individus. Cependant ce qui est clair, est qu'aucune des personnes présentes ne peut assumer cette tâche, compte tenu de leurs obligations.

Voilà pourquoi elles nous demandent de songer à embaucher une personne-experte.

(Besoins identifiés d'une consultante et d'une clinicienne) Cette limite nous amène à développer un projet parallèle car cela implique une somme d'argent. Nous estimons dans un premier temps que cette consultante aura pour tâche d'expliquer le cadre conceptuel de Henderson et la démarche en soins infirmiers, aux infirmière de l'unité pilote. Il nous faut aussi retenir les services d'une personne ressource qui effectuera le suivi des applications pratiques sur l'unité pilote (clinicienne). Nos collègues directeurs sont très intéressés par notre projet (structuré selon la formule du Sommet socio-économique) et nous demandent d'étendre le projet et le prévoir pour toutes les unités de soins de l'hôpital. (voir en annexe XIV, le projet d'intégration de la démarche des soins infirmiers).

(Projet Ce dernier projet corrigé fut défendu par le directeur général et, dans un autre temps par nous-même au Ministère de la Santé. Nous le présentons aussi à l'École de Formation Infirmière d'Edmundston via le Conseil d'Administration de l'école (dont nous faisons partie) pour les encourager à se diriger vers un cadre conceptuel "nursing" (celui de Henderson) plutôt qu'un cadre conceptuel social (celui de Maslow).
présenté
au Minis-
tère de la
santé et à
l'École de
Formation
Infirmière
par le di-
recteur gé-
néral et par
la directrice
des Soins)

(Engagement En début d'année 1989, les membres du comité s'entendent pour respecter le calendrier suivant:
sur l'éché-
ancier)

En janvier 1989, il y aura partage des informations à l'unité pilote, identification d'une consultante, sensibilisation des infirmières au projet de recherche, sensibilisation des directeurs au projet de recherche; en février 1989 nous devons avoir complété l'outil de la collecte de données;

en mars 1989 nous devons avoir terminé le guide d'utilisation de la collecte de données;

en mai 1989 la collecte devra être opérationnelle à l'unité pilote.

(Sensibilisation des conseillères de base) Lorsque en mars 1989 les conseillers du Ministère de la Santé viennent effectuer la "révision du budget de base" (identification des besoins accrus en effectifs dans tous les secteurs de l'Hôpital), nous leur renouvelons la mémoire quant à notre projet d'application de la démarche de soins: projet qu'elles appuient dans leur rapport final de juillet 1989 (appui moral, mais non financier).

(Engagement face à la consultante) A ce moment-là nous avons déjà établi des contacts avec une ressource experte: en juillet nous signons un contrat avec madame Johanne Hamel, professeure à la faculté de Sciences Infirmières de l'Université de Montréal. Elle a même dispensé des sessions de formations en fin mai et début juin et nous en avons planifié pour août.

(Création du comité marketing pour levée de fonds - implication du supérieur hiérarchique) Devant cette conjoncture (manque de ressources financières) nous initiions un comité de marketing en soins infirmiers pour générer une levée de fonds destinés à la formation du personnel des soins infirmiers. Comme nous sommes en pleine période de vacances, les membres de ce comité marketing (groupe de personnes restreint) se limitent à décrire le mandat, la mission du comité. Le directeur général accepte d'aviser les membres du Conseil d'Administration de l'existence de ce comité à compter du mois d'octobre suivant: il est impératif d'attendre cette étape avant de s'adresser au public car nous voulons inviter certains membres du Conseil d'Administration, influents dans la communauté, à se joindre à notre comité Marketing.

(Engagement financier des dames auxiliaire - don) Même si la consultante accepte que ses honoraires soient défrayés à long terme elle nous a demandé de payer, l'été même, ses frais de séjour et déplacement. Nous communiquons donc avec la présidente des Dames Auxiliaires et lui soumettons notre embarras. Cette dernière expose notre problème à ses membres et au début septembre nous recevons un don de \$1,000.

(Engagement des infirmières de l'extérieur à la formation) De plus ayant offert aux infirmières des établissements de santé régionaux de participer à nos sessions de formation sur la démarche, nous nous entendons avec leurs administrateurs de soins, et leur chargeons un coût minimum de \$25.00 par jour par infirmière. Comme il s'agit d'une première, nous ne voulons pas exagérer dans nos prix, considérant les inciter à suivre d'autres formations dans l'avenir.

(Support de la visiteuse du Conseil Canadien d'Agrément, au projet) Egalement lorsque les personnes ressources du Conseil d'Agrément des Hôpitaux du Canada viennent évaluer la performance de notre établissement (évaluation aux deux à trois ans), en juin 1989, nous leur expliquons notre cheminement dans ce projet: ce qu'ils apprécient grandement. C'était une de leurs recommandations lors de la certification de 1987. Ce point positif entre autre, participe à hausser le pointage de l'évaluation générale de l'Hôpital.

(Sensibilisation provinciale des directrices de soins infirmiers de la province (directrices des Hôpitaux et de l'Extra-Mural: ce dernier correspondant avec le C.L.S.C. du Québec), au printemps 1989, nous échangeons sur nos réalisations et entre autre, sur la démarche de soins infirmiers; ce qui est remarqué.

Nous continuons à verbaliser sur le sujet régulièrement avec nos collègues directeurs de l'hôpital pour leur indiquer où nous en sommes dans l'évolution du projet.

(Sensibilisation du syndicat infirmières) Les infirmières responsables autant que les infirmières de chevet ont été sensibilisées au courant de l'année par l'entremise de divers comités: comité des infirmières-chefes et coordonnatrices, comité d'exercice à la profession (comité où siègent les représentants patronaux et syndicaux des infirmières), et réunions de la direction des soins infirmiers et des infirmières. A ces divers forum, nous annonçons notre projet et répondons aux questions.

D'ors et déjà nous pouvons assurer que nos intentions sont exprimées clairement dès le début et cela par écrit: les compte-rendus de réunions peuvent en témoigner, de même que la copie de projet pour la consultante et la clinicienne, et finalement le contrat d'engagement de la consultante.

Il est à noter que malgré l'absence de fond assurant le salaire d'une consultante, nous avons quand même procédé à son embauche (sur une base contractuelle - contrat défini) avec la permission du directeur général.

Ce que nous avons prévu restreint au tout départ semble prendre des dimensions plus amples: mais nous avons décidé ensemble (tous les membres de notre comité) de laisser se développer la situation quitte à stopper les élans au besoin. Tel que Crozier le conseille, nous préférons laisser de l'initiative aux acteurs: "Pour pouvoir observer, comparer, analyser et interpréter les comportements qu'il observe, le chercheur doit tout d'abord les mettre en question tels qu'ils se présentent d'emblée à ses yeux et tels qu'ils sont perçus et décrits par les acteurs eux-mêmes". (53)

A la phase diagnostic et planification (phase I et II selon Collerette et Delisle), nous pouvons conclure d'une grande ouverture d'esprit de la part des gens impliqués de près ou de loin: infirmières de l'unité pilote, infirmière-chef de l'unité pilote, conseillère de la directrice des Soins infirmiers, coordonnatrices, consultante, conseillères du Ministère de la santé, directeurs, visiteurs du Conseil d'agrément, directrices des soins de la province, professeurs de l'École de Formation Infirmière d'Edmundston, etc... Une ressource en particulier qui nous démontre de l'ouverture fut la personne retenue à titre de clinicienne: cette personne n'a que très peu d'expérience au niveau de démarche de soins et du

cadre conceptuel de Henderson. Elle s'intègre volontairement à l'Equipe Pivot (dont nous parlerons plus tard) et effectue à la phase exécution un travail hors du commun, extraordinaire: elle vérifie régulièrement les connaissances et les applications autant auprès des intervenants que des clients.

(Fermeture identifiée) La légère résistance vécue (fermeture) à cette étape est exprimée par la direction de l'Ecole de Formation Infirmière d'Edmundston qui veut conserver le cadre conceptuel social: pour l'Ecole, d'opter pour Henderson signifie une modification des curriculum. Il est important de spécifier qu'en mars 1989 l'Ecole de Formation Infirmière d'Edmundston reçoit la visite de l'inspection collégiale et les personnes expertes visiteuses recommandent dans leur rapport de procéder au changement du cadre conceptuel "social" pour un cadre "nursing". Cela dit, la direction de l'Ecole demeure quand même dès le départ attentive à notre évolution: elle nous prête d'ailleurs les services d'un professeur pour notre comité.

Bien qu'à la phase I et II nous n'avons pas connu tellement de fermeture, à la phase III (exécution) cette attitude devient plus évidente chez certaines, et moins chez d'autres.

Il est important de noter que la direction de l'Ecole de Formation Infirmière d'Edmundston fait participer leurs dix professeures régulières à la formation en août 1989: suite aux recommandations.

Sur l'unité pilote, cette fermeture s'exprime davantage, à notre grand désespoir, chez l'infirmière-chef. Grâce au support incessant de la clinicienne, les infirmières résistantes de l'unité pilote finissent par assez bien s'intégrer: à part l'infirmière-chef.

B. Le concept de PARTICIPATION: passivité, représentation, collaboration, coopération

Morin perçoit la participation plutôt comme une coopération entre les différents intervenants d'une structure hiérarchisée. Il précise même que la participation "exige que les intéressés s'impliquent dans la création de mécanismes de coopération. Enfin, la participation est fonction de l'idéologie sous jacente à la recherche". (54)

Toujours en se référant au tableau 9 (grille de recherche-action de Morin), nous constatons que le concept de la participation englobe au positif, la coopération, la collaboration, la représentation des acteurs, mais aussi le côté négatif de la passivité. Voyons ensemble comment nous avons perçu, pendant cette année d'expérimentation ce concept.

(Qualité de la participation) Quand aux membres du comité de la démarche de soins infirmiers, la participation fut extraordinaire pour certaines et mitigée pour d'autres: l'implication n'est pas une question de présence car certaines personnes n'ont pu assister fréquemment à nos réunions en raison de contraintes ou conflits d'horaire avec leur emploi, mais se sont vraiment impliquées, elles nous ont apporté de bons conseils et ont tenu leurs engagements.

(Nombre de
réunion du
comité)

Voyons ensemble à quoi correspondent les données colligées au tableau 10 qui suit, sur la participation des membres du comité de la démarche. Le comité s'est réuni à quinze reprises en groupe élargi ou groupe restreint (membre de l'Equipe Pivot seulement). Lorsqu'il s'agit du groupe restreint nous indiquons dans notre tableau pour les membres qui n'en font pas partie N/P, ou non pertinent.

(Explications
du tableau 10
et participa-
tion de la
directrice)

Nous avons inscrit la présence des personnes présentes par mois, à chaque réunion, selon leur statut dans l'organisation: par exemple D.S.I. pour directrice des Soins Infirmiers, C.U.S. pour coordonnatrice en unités de soins, etc. (voir la légende au bas du tableau). Les pourcentages sont calculés selon la disponibilité des individus pour la quantité de réunions où leur présence est pertinente (par exemple D.S.I. 13 présences/15 réunions ou 87%) et aussi selon la quantité d'individus présents à chaque réunion où leur présence est pertinente (par exemple le 23 janvier 1988, 5 personnes présentes sur 8 pertinentes soit 62%).

Ainsi à titre de chercheure et professionnelle, il nous importe grandement de dynamiser ce comité et nous avons par notre présence au comité (13/15 présences ou 87%) et nos actions tout au long de l'année, prouvé notre implication.

(Participation de la coordonnatrice en unités de soins) La coordonnatrice en unité de soins (C.U.S.) apporte à ce comité une collaboration hors pair. Elle est de toutes les réunions (15/15 présences ou 100%). Elle a réalisé ses objectifs, mais en plus a remplacé, pris sous sa responsabilité les activités de certaines personnes à d'autres moments. Elle nous a aidée à convoquer des rencontres, à organiser les groupes d'infirmières pour la formation, à découvrir, à rechercher la consultante, etc. une participation sans égal.

(Participation de la conseillère) La conseillère à la direction des Soins Infirmiers (C.D.S.I.) rencontre correctement, adéquatement ses obligations. Un problème de santé l'empêche d'assister autant qu'elle l'a souhaité (11/15 présences ou 72%). Cependant, à son retour de maladie, elle se remet à la tâche, et s'implique même dans l'Equipe Pivot.

Elle participe de près à la création de la collecte, du guide d'utilisation et du plan de soins et dépasse ainsi ses objectifs.

(Participation de la coordonnatrice de soir et de nuit) La coordonnatrice de soir et de nuit (C.S.N.) limite sa présence à deux réunions (2/2 présences ou 100%) et quitte son poste pour travailler à l'École de Formation Infirmière où elle a été retenue comme professeure. Sa courte présence ne lui permet pas de rencontrer ses objectifs, et ses engagements sont rencontrés par la coordonnatrice en unités de soins.

(Participation de l'infirmière enseignante) L'infirmière enseignante à l'Ecole de Formation Infirmière (I.E.E.F.) bien que très prise par ses responsabilités professionnelles (5/9 présences ou 56%) est une excellente conseillère et respecte toujours ses promesses, fournissant les documents dans les délais prévus. Ses objectifs fixés sont atteints.

(Participation de l'infirmière-chef de l'unité pilote) Pour ce qui est de l'infirmière-chef de l'unité pilote (I.C.), lorsqu'en poste elle démontre sa fidélité à assister aux réunions (9/10 présences ou 90%). Ses propos lors de ces rencontres nous laissent croire à une implication future dans la pratique, qui s'est très peu réalisée. Cette faiblesse dans l'action accentue d'autres difficultés managériales; difficultés cependant étrangères aux habiletés cliniques de l'infirmière pratiquante. Nous avons misé sur le potentiel de leadership de cette personne pour stimuler l'introduction de la démarche de soins, mais il nous faut au cours de la phase Exécution compter sur d'autres ressources.

(Participation de deux infirmières soignantes) Des deux infirmières soignantes participantes, (I.S.) l'une est retenue dans l'Equipe Pivot et sa participation est restreinte (5/10 présences ou 50%). Elle ne peut se libérer pour chaque réunion en raison de l'organisation du travail sur l'unité. Par contre, au niveau de l'opérationnalisation, elle est un soutien très

important pour ses compagnes, collaborant de près avec la clinicienne. Quand à la seconde infirmière soignante sa présence est encore plus limitée (2/8 présences ou 25%) ayant aussi de la difficulté à être dégagée de ses tâches. Cette infirmière aide également ses compagnes à comprendre et mettre de l'avant les étapes de la démarche. Son implication dans la pratique est lente au début de la phase Exécution, mais se manifeste très positivement au fur et à mesure des semaines. Au départ de l'infirmière-chef, cette infirmière soignante accepta de travailler à titre d'infirmière-chef interimaire (I.C.I.): à cette fonction sa présence est appréciée (2/3 présences ou 66%). Elle amène même les infirmières de l'unité pilote, en fin septembre 1989, à se définir un objectif commun pour maintenir les efforts d'utilisation de la démarche pour l'année 1989-90.

(Participation de l'infirmière du service d'éducation

La représentativité de l'infirmière du service d'éducation (I.S.E.) se remarque, non seulement par l'assiduité aux réunions (8/10 ou 80%), mais aussi par la qualité des conseils et par les actions concrètes: leadership régional, invitation des centres de santé régionaux. Elle s'occupe d'inviter les infirmières des établissements. Cette implication permet d'élargir les horizons de l'intégration à l'extérieur, quoique le contrôle ou suivi est réservé à notre milieu.

(Participation Quoi que la clinicienne (C.L.) est intégrée au de la groupe seulement à partir d'avril 1989, sa participation est excellente, extraordinaire (7/8 clinicienne) cipation est excellente, extraordinaire (7/8 présences ou 87%) autant lors des réunions que sur le terrain.

(Facteurs de Même s'il est parfois difficile de réunir tous stimulation de les membres du comité, nous ne pouvons dire la directrice avoir vécu de la passivité. Nous n'avons peut-être pas senti cette passivité parce que les auprès du être pas senti cette passivité parce que les comité) infirmières et les autres intervenants savaient qu'un tel projet était faisable, réaliste et pertinent. Il avait été réalisé à l'Hôpital Régional Chaleur de Bathurst au Nouveau-Brunswick, quelques années auparavant. Nous leur rappelons aussi que l'utilisation des étapes de la démarche de soins est une norme de compétence de l'infirmière du Canada et du Nouveau-Brunswick. De pratiquer en respectant les normes de compétence ne peut que rehausser l'image de l'infirmière (se prendre en mains et faire sa place = améliorer l'estime de soi). Nous les rassurons aussi en leur expliquant que nous développerons des mécanismes pour répondre à ce besoin (outils de travail comme cueillette de données, plan de soins...), pour rafraîchir leurs connaissances ou pour leur donner de l'enseignement (consultante) et pour les supporter lors de l'implantation (suivi par une clinicienne sur l'unité).

L'élargissement de l'intégration aux autres unités de soins en août a comme effet de stimuler l'unité pilote, de stimuler les participantes résistantes et d'encourager la contamination positive: nous le croyons encore.

(Participation des infirmières de l'unité pilote) Tel que nous l'expliquons au chapitre deuxième, les infirmières de l'unité pilote après avoir intégré, apprivoisé progressivement l'outil de la collecte de données améliorent leur performance. Leur participation est notable. D'ailleurs sans elles cette recherche-action aurait été impensable, irréalisable.

Tableau 10 Participation des membres du comité - 15 réunions

17Q	11J	23J	06F	20F	13M	18A	27A	06J	19J	22J	14A	23A	08S	02O	Disponible Individu.	%
DSI	DSI	DSI	DSI	DSI	DSI	DSI	-	DSI	DSI	DSI	DSI	-	DSI	DSI	13/15	87%
CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	CUS	15/15	100%
CDSI	CDSI	CDSI	-	-	-	CDSI	-	11/15	72%							
CSN	CSN	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	2/2	100%
	IEEF	IEEF	-	-	-	IEEF	IEEF	-	N/P	N/P	N/P	IEEF	N/P	-	5/9	56%
	IC	IC	IC	IC	IC	IC	-	IC	IC	IC	N/P	N/P	N/P	N/P	9/10	90%
	IS	-	IS	IS	-	IS	-	IS	N/P	-	N/P	N/P	N/P	-	5/10	50%
	IS	-	-	-	-	-	-	IS	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	N/P	2/8	25%
			-	ISE	-	ISE	ISE	ISE	ISE	N/P	ISE	N/P	ISE	ISE	8/10	80%
							CL	CL	CL	CL	-	CL	CL	CL	7/8	87%
											ICI	-	N/P	ICI	2/3	66%
4/4	8/8	5/8	4/9	5/8	3/8	7/8	5/9	5/9	6/6	5/6	5/6	4/6	5/5	5/8		
100%	100%	62%	44%	62%	37%	88%	56%	56%	100%	83%	83%	66%	100%	62%		$\bar{X} = 75\%$

O: octobre
 J: janvier
 F: février
 M: mars
 A: avril
 J: juin
 A: août
 S: septembre
 O: octobre

C.D.S.I. = Conseillère direction des Soins Infirmiers
 C.L. = Clinicienne
 C.S.N. = Coordinatrice soir et nuit
 C.U.S. = Coordinatrice en unités de soins
 D.S.I. = Directrice Soins Infirmiers
 I.C. = Infirmière-cheffe
 I.C.I. = Infirmière-cheffe intérimaire
 I.E.E.F. = Infirmière enseignante Ecole Formation Infirmière
 I.S. = Infirmière soignante
 I.S.E. = Infirmière Service d'Education

N/P = Non pertinent: n'avait pas à être présente

- C. Le concept de changement: application, développement,
induction, transformation

Le changement s'exprime pour Morin, soit par l'application d'une théorie, le développement organisationnel, le rayonnement de solutions en partant des participants sur le terrain et la transformation. Morin va jusqu'à dire que: "Le changement nécessite la volonté de transformer prioritairement l'action en complémentarité le discours; il commence lorsque les praticiens réalisent une action concrète; il impose une stratégie centrée davantage sur l'exploration que sur la vérification". (55)

En revenant au tableau 9, le concept du changement se présente et évolue pour Morin selon quatre sous concepts: la transformation, l'induction, le développement et l'application. Les intervenants sur le terrain acceptent ou non le changement, selon l'approche privilégiée, encouragée, utilisée par le dirigeant. Certains facteurs sont donc très importants pour arriver au succès et faire accepter un changement aussi majeur qu'est l'implantation de la démarche "nursing".

(Transformation) Crozier nous rappelle que le changement s'avère la "transformation d'un système d'action" dans ces termes: "Pour qu'il y ait changement, il faut que tout un système d'action se transforme, c'est-à-dire que les hommes doivent mettre en pratique de nouveaux rapports humains, de nouvelles formes de contrôle social." (56) Et c'est vraiment ce que nous avons vécu depuis un an.

(Consul- Si on se rapelle bien, suivant la recommandation de la tante à la consultante, nous avons créé un sous-comité (Equipe formation pivot) formé d'abord de trois personnes (nous étions des mem- membre ex-officio): la coordonnatrice en unité de bres de soins, la conseillère et la clinicienne en font partie. L'Equipe L'objectif de ce comité est de former des experts, per- Pivot) sonnes devenant ressources pour notre milieu. Les membres de ce sous-comité se sont rendus d'abord en formation à Montréal en avril 1989 afin d'être suffi- samment préparés à la phase III d'implantation ou d'exécution prévue pour juin.

S'ajoutera à l'équipe pivot une infirmière de chevet de chaque unité spécifique à mesure que l'intégration se fera sur les unités de soins.

En revenant de cette formation, elles ont davantage confiance en elles: la consultante a renforcé des informations acquises au préalable, complété la forma- tion manquante et répondu à nombre de leurs question- nements. La consultante demeure également disponible: les membres de l'équipe pivot pouvant la contacter à mesure de leur cheminement.

(Consul- Dès la dernière semaine de mai 1989, la consultante tante pro- vient à Edmundston pour six jours de formation (deux cède à la groupes et trois jours pour chaque): ces journées sont formation sont consacrées uniquement aux infirmières de l'unité des infir- pilote, à l'équipe pivot et aux infirmières-chefes. mières de Par la suite, toutes les infirmières de cette unité l'Unité sont prêtes à débiter la phase d'exécution. Cette Pilote) phase débuta le 12 juin 1989.

(Effets positifs de la formation développement) Ces infirmières m'apparaissent alors, très stimulées après cette formation de 3 jours: elles ont passé à travers les étapes d'apprentissage, chacune ayant effectué une démarche au complet (de la collecte de données, au plan de soins, en passant par le diagnostic "nursing" (voir à l'Annexe IX la grille du contrôle des apprentissages ou acquis).

(Consultante assure un suivi du changement) Lors de cette première visite avant de quitter l'établissement, la consultante fait un retour sur les efforts déployés, par l'équipe pivot et par les infirmières de l'unité pilote et vérifie les outils de travail et les rôles de chacun. Elle suggère aux membres de l'équipe d'autres volumes de référence pouvant supporter l'apprentissage. Afin d'assurer un suivi sur l'évolution de cet apprentissage et sur l'évolution du processus d'implantation nous avons prévu avec elle une communication téléphonique hebdomadaire qui est maintenue fidèlement par la clinicienne et la coordonnatrice en unité de soins tout au long de la phase exécution.

(Induction de l'apprentissage se maintient à l'unité pilote) Beaucoup d'enseignement et d'encouragement sont donnés par l'équipe pivot afin d'inciter les infirmières à compléter de mieux en mieux la collecte. La difficulté majeure réalisée est au niveau de l'entrevue. Des efforts sont donc déployés pour partager des notions sur la technique d'entrevue afin d'aider les infirmières à développer leurs approches aux clients: donc pour qu'elles recueillent les données pertinentes et pour qu'elles gèrent plus efficacement leur temps.

Egalement, afin de les supporter dans ce début d'apprentissage, nous les aidons à prévoir une

période de 30 à 60 minutes, consacrée à préparer les plans de soins (conforme à la collecte de données et au diagnostic "nursing"). Pour ce faire, les infirmières sont libérées durant ces périodes et travaillent conjointement avec la clinicienne.

(Contraintes en personnel affectant l'évolution du changement) Après les deux premières semaines certaines contraintes deviennent plus évidentes qui perturbent les moments privilégiés à la conceptualisation des plans de soins. A part la faiblesse de leadership de l'infirmière-chef, nous réalisons des difficultés importantes en personnel: à noter que ces problèmes auraient été moins imposants si nous avions pu bénéficier d'un dynamisme et d'un contrôle différent de la personne responsable de cette unité. Ces contraintes sont un roulement intense de transfert (transferts de malade d'une chambre à une autre), heures/soins très élevées (grands malades), roulement du personnel, absences, vacances.

(Contraintes matérielles affectant le changement) Un dernier point apporte de la frustration: le carton du plan de soins avec les critères de base n'est pas validé et cela met quelques jours avant que la conseillère de la direction des soins infirmiers le corrige avec les recommandations des infirmières.

En septembre des modifications doivent être apportées à nouveau au plan de soins: ajouts et/ou élimination de critères. Ce plan de soins peut par la suite être finalisé à l'imprimerie. De plus, les Kardex ou plateau de métal recevant ces nouveaux plans de soins doivent être commandés et

ne sont pas encore disponibles en juillet: il faut disposer les plans de soins dans des cartables en attendant les Kardex appropriés. Ces fameux Kardex sont livrés à la mi-août et distribués sur l'unité pilote.

(Contamination négative, résistances à l'unité pilote) Nous avons vécu également des manifestations d'agressivité (des paroles désobligeantes envers la clinicienne) et une baisse de motivation de certaines infirmières. Grâce à la tenacité, la fermeté et le positivisme de la clinicienne et de la coordonnatrice en unité de soins, cette vague de contestations passe. Avec la personne ressource de l'unité (infirmière de chevet faisant partie de l'équipe pivot), elles réussissent à définir à chaque jour le temps à être consacré à la fonction de la démarche de soins: cette planification journalière soulage le stress et le changement s'accepte davantage.

(Evolution positive se développe) On constate rapidement l'évolution positive de certaines infirmières face à l'apprentissage et même la facilité de d'autres à collecter les données et à rédiger un plan de soins; alors que d'autres demeurent à l'étape de la collecte. Mais, comprenant que pour certaines personnes l'intégration de nouvelles données s'avère plus long, nous tenons à respecter le rythme de chacune. Nous pensons aussi que des facteurs peuvent agir sur la vitesse de leur évolution: une permanence en quart de soirée, ou de nuit, doublée de l'interruption dans le suivi en raison des absences vacances ou de l'attribution auprès de personnel à orienter.

(Utilisation des instruments de contrôle à encourager)

Un autre facteur nous apparut comme pouvant nuire ou ralentir l'intégration. La clinicienne nous dit ne pas avoir suffisamment insisté sur l'utilisation de l'instrument d'analyse des données et ces feuilles sont parfois non utilisées par les infirmières pour classer et pour prioriser leurs données. Elles essaient de procéder mentalement à cette étape disant n'avoir pas le temps d'écrire ce processus sur papier ... erreur. Elles notent alors un diagnostic médical ou diagnostic infirmier biaisé puisqu'elles n'ont pas identifié le problème ni la source de difficulté générant le problème. Pourtant ces feuilles d'apprentissage s'avéraient et s'avèrent toujours disponibles en bonne quantité sur l'unité. Dès lors la clinicienne insiste davantage sur leur utilisation.

(Statistiques, indices du changement réalisé)

A l'unité pilote, même l'intégration de la collecte de données s'avère presque à sa fin, la 2e semaine d'août on constatait que 50% des infirmières formées travaillent régulièrement le plan de soins de leurs clients. Certaines éprouvent toujours des difficultés à absorber les données et à les mettre en pratique, tandis que d'autres démontrent peu d'intérêt ou réagissent toujours négativement en critiquant. L'ampleur de notre encouragement s'est dirigée vers le raffinement du plan de soins et l'intégration des interventions planifiées auprès du client: car le plan de soins n'est pas un devoir, il doit être un outil pour prodiguer des soins. Les infirmières sur cette unité comprennent mieux que le plan doit refléter le profil du client.

Les infirmières ont toujours besoin d'être aidées dans la formulation des objectifs de soins et dans l'inscription des interventions de façon précise et claire.

(Facteur de stimulation)

Ce qui a également agi sur l'intérêt, à part l'intense participation de l'équipe pivot, fut que le projet s'étende sur d'autres unités: cela ne devient pas un caprice pour un certain temps, sur une unité donnée, mais un mouvement général. Tout le monde va donc travailler de la même façon.

(Changement considéré comme essentiel lié aux normes)

Ce projet en fait réfléchir plus d'une sur son rôle d'infirmière. La démarche de soins infirmiers et l'utilisation du cadre conceptuel "nursing" étant une norme de pratique, elles comprennent de plus en plus le sens de mot "norme". Peuvent-elles pratiquer leur profession en omettant ou en refusant de respecter les standards de base de cette même profession. Avant ce projet, des infirmières ignoraient l'existence même de ces normes. C'était donc tout un exercice, un examen de conscience. Elles ont à redéfinir leur rôle comme professionnelle, comme "infirmière": c'est donc tout un choc pour certaines...

(Changement dans la pratique auprès du bénéficiaire)

D'utiliser la démarche de soins comme outil cela remet en cause leurs approches envers la clientèle. Elles ont perçu ou encore démontré jusqu'alors leurs rôles, comme compensatrices (faisant les gestes à la place des malades) et non pas comme suppléantes (encourager les malades à devenir indépendants).

(Change- En fin d'août à l'unité pilote, pour quelques-unes le
ment et rôle redéfini à "être infirmière" donc "suppléante" du
rôle de client, commence à se manifester par l'approche à pro-
l'infirmi- mouvoir l'indépendance: elles osent s'affirmer à
ère et ses travers la rédaction du plan de soins mais aussi dans
impacts) les approches.

Ces approches se confirment par l'encouragement aux
malades de faire leur lit ou d'aider d'autres malades
à manger, etc.

(Dévelop- Finalement, l'apprentissage des autres unités débute en
pement, fin juillet et première semaine d'août.
extension
du
changement)

Ces sessions d'apprentissage pour les autres unités
devancent considérablement l'échéancier que nous
avons prévu en octobre 1988 et en janvier 1989. Nous
avons planifié alors évaluer tout d'abord les résul-
tats d'intégration de l'unité pilote avant de pour-
suivre l'apprentissage des autres unités de soins. Ce
qui a provoqué cette décision est la contrainte de la
disponibilité de la consultante: n'étant plus dispo-
nible à compter de septembre.

(Résultats Déjà en fin d'août on peut noter chez certaines infir-
du chan- mières une facilité à rédiger un plan de soins et chez
gement) d'autres un besoin de pratique. En août nous consta-
tons que certaines des infirmières de l'unité pilote
résistent encore... Etait-ce dû au manque de leadership

de leur cheffe? C'est un critère à évaluer. "C'est parce que le changement n'est pas naturel, mais avant tout création, invention, découverte et construction humaine qu'il constitue en fait un problème" nous rappelle Crozier. (57)

Peut-être les infirmières des autres unités ont-elles bénéficié de notre première expérience en unité pilote. Elles sont déjà initiées à ce changement. Nous avons tenté d'éviter les erreurs commises une première fois. Les intervenantes de l'équipe pivot ont plus d'assurance, les outils sont mieux adaptés et les vacances s'avèrent presque terminées.

D. Le concept de DISCOURS: soumission, rationalité,
conscientisation, critique

Morin explique que: "Le discours, même s'il devient plus rationnel, doit conserver sa forme la plus spontanée, il doit même être relié au vécu pour favoriser la conscientisation, et il sera d'autant plus évolué qu'on acceptera sa capacité d'être remis en cause". (58)

Selon la grille de recherche-action de Morin, le concept du discours regroupe les facteurs suivants: la critique, la conscientisation, la rationalité et la soumission. Tous les concepts, le discours y compris, sont interreliés. Le discours est donc différent d'un acteur à l'autre, selon qu'il décide ou non de participer et de s'impliquer au changement. C'est dans cette optique que nous partageons avec vous notre réflexion ou notre perception du discours des acteurs en cause dans cette expérimentation: se sont-ils soumis ou ont-ils échangés de façon à implanter un outil propre à leurs besoins?

(Discours de la consultante et des infirmières de l'unité pilote) A chaque session de l'apprentissage, la consultante consacre une partie de la première journée pour laisser verbaliser les participantes sur leurs attentes et leurs craintes. Pour ce qui est des infirmières de l'unité pilote, elle a noté qu'elles ont verbalisé librement, objectivement. Elle a senti quand même des sources de résistance. A la fin de cette formation, le 6 juin, à la séance de retour, elle a encouragé l'infirmière-chef de cette unité et les membres de l'équipe pivot à demeurer à l'écoute, à vivre avec cette résistance en étant fermes, tenaces et positives: à partir de l'infirmière-chef jusqu'aux infirmières de chevet, être solidaires, positives. Il faut donc encourager cette verbalisation et apporter des arguments positifs, encourager la contamination positive. Elle nous met alors en garde, car l'intégration à la démarche à ses yeux s'avère un changement majeur: 5 à 10 ans pour changer les mentalités. Il s'agit d'un cheminement personnel: physique, émotionnel et social (l'infirmière, elle-même placée devant sa propre indépendance). Il faut toujours penser en terme de bio-psycho-social pour le bénéficiaire. De même, elle nous encourage à travailler avec tous les intervenants de la santé (médecins, infirmières-auxiliaires, préposés, etc.).

(Discours, contestations et contamination positive) Nous avons au chapitre précédent évoqué la forme de contestation vécue à l'unité pilote qui se manifeste davantage la première semaine de juillet, soit 3 semaines après le début de l'intégration. Il s'agit de critiques verbales émises par les personnes résistantes ou encore de communications non-verbales

(attitude non chalante, mutisme, fuite ou évitement des personnes ressources). Tel que nous a encouragé la consultante nous avons vécu avec cette résistance et avons fait en sorte de contaminer positivement en répétant nos arguments positifs.

Ces contestations ne s'enclavent pas seulement sur l'unité pilote, car certaines infirmières continuent à parler de leurs insatisfactions aux repas, aux pauses-café. Et quelques infirmières des autres unités de soins, en début juillet, commencent à s'inquiéter, même avant leur session de formation (prévue pour la dernière semaine de juillet et août) et partagent leur questionnement à la coordonnatrice en unité ou à la clinicienne: ce qui permet à ces dernières de rétorquer par de la "contamination positive". Chaque infirmière contestatrice est rencontrée par la clinicienne, encouragée, stimulée et suivie de près même si elle travaille en quart de soir ou de nuit.

(Discours positif - conscientisation) Malgré les infirmières insatisfaites, d'autres réagissent très positivement: il est à noter que certaines ont déjà travaillé dans des établissements du Québec où elles utilisaient la démarche. Elles s'adaptent très aisément ayant une pratique antérieure à leur actif. Les infirmières qui réagissent positivement comprennent les biens fondés de la démarche et en apprécient les résultats.

(Rétro- actions positives des infirmières auxiliaires) Même les infirmières auxiliaires de l'unité pilote nous donnent le feedback suivant: elles trouvent "les plans de soins très clairs, très spécifiques maintenant, car elles peuvent y retrouver toutes les informations du malade sans chercher de midi à quatorze heures".

(Discours de la directrice à l'unité pilote) Nous nous sommes rendue à quelques reprises sur l'unité pilote et à chaque visite nous avons pris au hasard un dossier de client: nous avons vérifié la collecte de données, le plan de soins et avons visité le malade en question afin d'évaluer si la collecte et le plan de soins étaient conformes au client. A notre première visite, le vendredi le 23 juin, nous avons remarqué que la collecte s'avère correcte mais le plan de soins ne reflète pas tout-à-fait l'état de la malade: les interventions de soins étant décrites de façon trop vagues sans indication de délais, et des interventions essentielles ont été omises. Nous avons indiqué nos commentaires à l'infirmière de chevet et l'avons encouragée à bonifier sa démarche. Nous avons échangé avec l'équipe pivot notre expérience. Nous avons répété une seconde visite trois semaines plus tard, encore un vendredi où nous avons procédé de la même façon avec un dossier au hasard. Cette fois-là, nous avons noté une bonne amélioration, la collecte et le plan de soins apparaissant conformes à l'état de la malade: nous en avons félicité l'infirmière de chevet, ce qui ne passe pas inaperçu car elle en est flattée et encouragée. Les actions de soins peuvent être un peu mieux décrites, mais déjà c'est très satisfaisant. Il est à noter que depuis

notre entrée en fonction, nous visitons les unités presque une fois par semaine, dans le but d'améliorer les communications.

(Discours de la directrice
de la
directrice

Notre part du discours expliqué auparavant, dans le concept du contrat, s'est étendue auprès de:

avec les interve- nants)

- Direction de l'hôpital: par le comité de régie
- Ministère de la santé: par les conseillères du Ministère
- Conseil d'Agrément des hôpitaux du Canada: à leur visite d'inspection en juin 1989
- Directrices des soins infirmiers du Nouveau-Brunswick: Director of Nursing Committee
- Direction de l'Ecole de Formation Infirmière d'Edmundston: via le Conseil d'Administration de l'Ecole
- Infirmières responsables: comité des infirmières-cheffes et coordonnatrices
- Infirmières soignantes: comité d'exercice à la profession et réunions de la direction des Soins infirmiers et infirmières
- Secteurs para-médicaux: comité des formules
- Partie médicale: lors d'une réunion extraordinaire
- Association des Infirmières et Infirmiers du Canada: journaliste de la revue "Infirmière Canadienne"

(Conscien- de la partie médicale)
tisation
de la
partie
médicale)

Nous avons invité également la partie médicale à nous rencontrer pour présenter notre projet. Le chef du département de médecine familiale est contacté en début juin pour une telle requête: en septembre il n'avait pas encore prévu de journée pour cet échange spécifique avec ses confrères.

Nous recevons parfois des commentaires de certains médecins en rapport à la démarche et ils sont en général très positifs. Jusqu'à présent un seul médecin a démontré une forte résistance à l'existence des plans de soins. Ce médecin est rencontré à une réunion formelle où sont présents le directeur médical, des confrères médecins et des infirmières responsables, pour cette raison et d'autres motifs. A cette rencontre, nous avons défini la problématique entourant les approches de ce médecin, mais ce qu'il y a de particulier avec notre projet c'est que nous avons surtout défendu la pratique infirmière, soit les normes de compétence et le code de déontologie: nous avons donc rappelé à nos collaborateurs médecins qu'ils doivent respecter ces normes et ainsi permettre aux infirmières de pratiquer leur profession en utilisant les outils "nursing", la démarche de soins infirmiers (collecte, plan de soins, etc.). Cette rencontre nous a permis de sensibiliser quelques médecins et nos explications furent très bien reçues.

(Conscien- Venant de l'extérieur de notre établissement, au niveau
tisation du discours, en juillet nous recevons des appels de
à l'exté- l'Hôpital Georges Dumont de Moncton et de l'Hôpital
rieur) Extra-Mural nous demandant d'accepter de leurs effec-
tifs à nos sessions d'août, de l'Ecole de Formation
Infirmière d'Edmundston pour les 11 professeurs
réguliers. Notre réputation s'étend hors nos murs:
ce qui nous apparaît valorisant et significatif.

Nous avons assez longuement explicité la phase III exécution, intégration, dans le chapitre du "changement".

Puis à mesure des semaines d'intégration jusqu'en fin septembre 1989, en particulier pour les fins de notre recherche, nous contrôlons régulièrement la réalisation de la démarche. Cet outil continuera à être utilisé par la suite, pour notre usage, autant à l'unité pilote que sur les autres unités de soins.

De l'extérieur, nous avons aussi reçu la visite d'une journaliste de la revue "Infirmière Canadienne": revue mensuelle pour canadienne publiée par l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada. Cette journaliste est venue assister à l'assemblée générale annuelle de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick les 14, 15 et 16 mai 1989 et a remarquée notre intervention. Avant de retourner à Ottawa (où réside l'A.I.I.C.), cette journaliste vient nous rencontrer à Edmundston le 18 mai, pour évaluer les possibilités de publication de notre projet.

Nous avons échangé sur les projets en cours dans notre département et lui avons remis entre autres une copie de notre avant-projet. En juillet, elle nous retourne le résumé (blue-print) de cet avant-projet (qu'on peut voir en annexe XV), qui sera publié avec le résultat de notre recherche, possiblement après janvier 1990.

Pourquoi avoir étendu notre évaluation à toute la démarche plutôt que de l'avoir limitée à seulement la collecte de données? Comme nous l'avons précisé dans notre avant-projet, lorsque l'infirmière engage la première étape, elle évolue vers la deuxième. D'avoir encouragé seulement une étape n'aurait pas été logique quant aux exigences des normes et critères de compétence, ni au niveau de l'apprentissage et ni au niveau de l'intégration. Dès le début de sa création, les membres du comité ont choisi cette direction; ce que nous avons respecté.

Au point de vue du discours la phase III exécution s'avère en bonne voie en septembre 1989 malgré les accrochages de parcours.

- E. Le concept de l'action: individu, individu-groupe,
collectivité-individu, communauté

En plus d'être synthétisé comme présenté en titre, Morin voit le concept action ainsi: "Le champ d'action doit correspondre aux capacités des participants, l'action pour être plus réfléchie exige une attention au déploiement de la complexité du réel et enfin l'action est plus efficace si elle obtient le consensus de tous". (59)

Toujours en se référant au modèle de Morin (le tableau 9) concept de l'action englobe quatre sous concepts: la communauté, la collectivité individu, l'individu groupe et finalement l'individu lui-même. Nous avons observé les acteurs interagir sur le terrain, mais comment avons-nous perçu leurs actions particulières quant au projet? Et comment nous-même à titre de professionnelle et de

chercheure avons-nous avancé, cheminé dans cette expérimentation? Comment avons-nous composé avec les actions de ceux qui nous entouraient? Répondre à ces questions fait aussi en sorte d'indiquer la participation de chacun au succès ou à l'échec.

Nous avons précisé dans les concepts antérieurs à quel point nous avons agit, inter-agit d'abord au comité de la démarche de soins (en favorisant le consensus, en acceptant les opinions d'autrui), avec nos collègues directeurs (au sein de l'établissement), avec notre équipe de travail (conseillère, clinicienne, coordinatrices, infirmières-chefes), avec les ressources de l'extérieure (consultante, autres établissements de santé, ministère, etc).

(Action de la directrice) Egalemeent comme directrice nous identifions dès septembre 1988, être capable de motiver les infirmières à travailler en utilisant la démarche scientifique et plus précisément la première étape, la collecte de données;

d'initier un comité sur la démarche de soins infirmiers composé de représentants de la direction des Soins Infirmiers, d'infirmières soignantes, du service de formation et de l'Ecole de Formation Infirmière;

de développer des mécanismes permettant la création d'un outil de collecte de données (basée sur le cadre conceptuel de Henderson), adapté à nos besoins et visant l'utilisation de cette première étape de la démarche de soins infirmiers dans le milieu clinique choisi.

(Action de La conseillère propose de compiler les collectes de la con- données et de développer le guide d'utilisation de la seillère) collecte.

(Action de La coordonnatrice croit être en mesure de procéder à la la coordon- la lecture de la documentation en unité de soins, d'ai- natrice) der à la sensibilisation des infirmières et d'identi- fier des personnes ressources pouvant partager des activités avec le comité.

(Action de L'infirmière enseignante pense être capable de recher- l'infir- cher la littérature pertinente, de réviser le module de mière en- formation, d'aider la conseillère à développer une col- seignante) lecte de base et le guide d'utilisation.

(Action de L'infirmière du service d'éducation s'occupera de dis- l'infir- tribuer la documentation pertinente sur les unités et mière du d'inviter les établissements de la région à participer service à nos futures sessions de formation. d'éducation)

Notre action fut probante si on se fie à la participa- tion des intéressés, aux changements apportés dans le milieu, à la qualité des discours et aux résultats de l'implication de tous.

Sommaire:

En fin de septembre 1989, nos observations se confirment par des données statistiques. Les administrateurs ont l'habitude de dire que les chiffres parlent: c'est vrai dans la mesure où on les interprète. L'analyse de 103 collectes de données nous fournissent d'intéressantes informations et nous permettent de réajuster la formation future: nous remarquons en effet que deux besoins fondamentaux sont mal investigués par les infirmières et des efforts supplémentaires sont déployés à ce niveau (le besoin "éviter les dangers" et le besoin "apprendre").

D'autres données statistiques nous permettent également de constater la progression de l'utilisation de la collecte de données sur l'unité pilote: le rythme de l'implantation.

Ensuite nous évaluons l'ensemble du projet soit le contenu et le processus: les facteurs inhérents aux problèmes, le respect du processus de changement planifié, et nous nous arrêtons à un questionnement quant aux résultats (les facteurs ayant favorisé le succès du projet et l'ayant freiné).

Puis finalement, bien que nous ayons procédé à une réflexion de groupe nous finalisons ce quatrième chapitre d'une réflexion personnelle. Cette réflexion personnelle nous la structurons avec la grille de recherche-action de Morin: les concepts du contrat, de la participation, du changement, du discours et de l'action. Ces concepts interreliés dégagent les résultats de cette année d'expérimentation: selon notre perception, notre vision personnelle des faits.

CONCLUSION

CONCLUSION

"Afin de motiver le personnel en permanence pour l'amélioration constante du produit, il faut avoir une véritable obsession pour la qualité", nous explique Peters. (60) Après avoir mis de l'avant ce projet, avoir stimulé les divers acteurs à progresser, nous nous rendons compte que tout n'est pas terminé mais que tout commence.

Nous espérons voir les infirmières de notre établissement pratiquer en respectant leurs normes de pratique exigées par l'A.I.I.N.B.

Nous étions sensible aux causes pouvant engendrer des résistances aux changements: le niveau de connaissances des utilisateurs, l'organisation des équipes de travail, la qualité de l'outil de collecte, le leadership des intervenants, etc.

Notre intention était, à l'intérieur de douze mois de recherche-action, de tenter d'opérationnaliser sur une unité pilote l'utilisation de la collecte de données, soit la première étape de la démarche de soins. Nous espérons qu'à la fin de notre expérience 50% des infirmières de cette unité pilote procèdent à l'utilisation de l'outil adopté, automatiquement lors des admissions des bénéficiaires.

Grâce à la collaboration de tous, nos espoirs furent dépassés. Non seulement toutes les infirmières de l'unité pilote utilisent très adéquatement l'outil créé, mais en plus les infirmières des autres unités ont été formées et mettent en pratique les étapes de la démarche de soins infirmiers.

Nous avons d'abord pensé en terme d'unité pilote, puis nos confrères et collaborateurs nous ont encouragé à penser plus grand. Et dans notre trajectoire nous avons entraîné des intervenants de l'extérieur. Après un an de recherche, des sessions de formation continuent. Même après avoir complété la formation de tous, il nous faudra continuer à effectuer un suivi et un soutien.

Ce qui nous valorise surtout est que dans le domaine de la démarche de soins avec un cadre conceptuel "nursing" au Québec et ailleurs, les maisons d'enseignement tiennent généralement le leadership en la matière: au Québec on débuta la formation de la démarche dans les CEGEP vers 1967 et l'application dans les hôpitaux suivi beaucoup plus tard. Mais à Edmundston la conjoncture fit en sorte que nous avons été les leaders et avons entraîné l'Ecole dans notre sillage...

Nous espérons en terminant avoir haussé d'un cran la fierté des infirmières, la valorisation de leur image, puisqu'elles peuvent maintenant travailler avec un outil qui est le leur.

RÉFÉRENCES

Références

1. La loi des infirmières et infirmiers du Québec. Editeur officiel du Québec. Avril 1979, article 36 p. 8.
2. Grille pour la démarche nursing. Faculté de nursing. Université de Montréal, 1974-1975 p. 7.
3. LAROUCHE, C.; POIRIER, N. Instruments d'apprentissage: conception. Décarie Editeur. Collège de Bois de Boulogne. Montréal, 1987 p. 78.
4. ADAM, E. Etre infirmière. Les Editions HRW, Montréal, 1977 p. 27.
5. RIOPELLE, L.; GRONDIN, L. et PHANEUF, M. Soins infirmiers un modèle centré sur les besoins de la personne. McGraw-Hills Editeurs, Montréal 1984, p. 2.
6. Ibid à 4 p. 12.
7. JULIEN, C. "Propos sur la profession". Nursing Québec. Juillet-août 1987 p. 27.
8. COLLIERE, F. Promouvoir la vie. Inter Editions. Paris 1982 p. 154.
9. Ibid 8 p. 55.
10. Ibid 6 p. VII.

11. Ibid 7 p. 29.
12. Rapport préliminaire du cheminement d'une étude éventuelle sur la formation professionnelle initiale des infirmières et infirmiers au niveau universitaire. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec 1982 p. 10.
13. DULONG, C. Réponse au questionnaire et guide du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières. Québec: Ministère de l'Education - Direction générale de l'enseignement collégial, septembre 1979.
14. Ibid à 12 p. 31.
15. LAURIN, J.; BRASSARD, C.; LEPAGE, Y. "Qualité des soins et mode de gestion". Administration hospitalière et sociale. Novembre-décembre 1982 p. 12.
16. ROUSSEAU, N. "La démarche nursing et le plan de soins". L'infirmière canadienne. Avril 1981 p. 16.
17. ADAM, E. "Questions et réponses relatives au schème conceptuel". L'infirmière Canadienne. Mars 1984, p. 29.
18. CHAGNON, M. Rapport synthèse des visites d'inspection professionnelle auprès des infirmières et infirmiers des centres hospitaliers de soins de courte durée de la région de l'Abitibi-Témiscamingue. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, service de l'inspection professionnelle. Août 1986 p. 14.

19. BELLEY, M.-C. Enquête sur la satisfaction et la situation des étudiantes dans les programmes en sciences infirmières: document de travail. Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Mai 1986.
20. MASSON, P.-A. "L'informatisation du dossier médical psychiatrique, un grand pas de franchi". Administration hospitalière et sociale. Mai-juin 1985 p. 15.
21. LADOUCEUR, T. et LAPLANTE, J. "L'informatique et les soins infirmiers de l'avenir". L'infirmière canadienne. Août 1987 p. 31.
22. Ibid, 21 p. 32.
23. LABRANCHE, M.-J. L'infirmière canadienne, mars 1987 p. 29.
24. GUERIN, Daniel. "L'avenir est parmi nous". Santé Société. Automne 1987 p. 18.
25. BALL, J.; MARION, K.; HANNAH, J. Uping computers in nursing. Reston Publishing Company Inc. Prentice-Hall, Virginia 1984 p. 245.
26. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. Normes et critères de compétence pour les infirmières et les infirmiers. Montréal. Mars 1985 p. 9.
27. Ibid, 10 p. 62.

28. MAHEUX, G. L'amélioration de l'exercice de la fonction soutenue à la direction régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, une application de la méthodologie des systèmes souples. Avril 1982, p. 12.
29. BOMBARDIER, Denise; ST-LAURENT, Claude. Le mal de l'âme. Edition Robert Lafont, Paris, 1989, p. 9
30. LEFEBURE, Gérald. Le management d'aujourd'hui, Savoir organiser, Savoir décider, les Editions de l'Homme, 1975, Montréal, p. 59
31. MINTZBERG, Henry. Structure et dynamique des organisations, Les Editions Agences d'Arc Inc., Montréal, 1982, p. 310
32. MINTZBERG, Henry. Le manager au quotidien: les dix rôles du cadre; Les Editions Agence d'Arc Inc., Montréal, 1984, p. 183
33. PETERS, Thomas. La passion de l'Excellence, Inter Editions, Paris, 1985, p.358
34. PETERS, Thomas. Le chaos du management, Inter Editions, Paris 1988, p.532
35. Ibid, 27 p. 6.
36. Ibid, 35 p. 11.
37. Ibid, 36, p. 12.

38. HENDERSON, V. and NITE, G. Principles and practice of nursing. Sixth edition, MacMillan publishing Co. In. New York, 1978 p. 34.
39. RIOPELLE, L.; GRONDIN, L.; PHANEUF, M. Répertoire des diagnostics infirmiers selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson. McGraw-Hill Editeur, Montréal 1986. p. 10.
40. Ibid 37, p. 13.
41. Ibid 40, p. 25.
42. Ibid 41, p. 39.
43. COLLERETTE, Pierre, DELISLE, Gilles. Le changement planifié: une approche dans les systèmes organisationnels. Les Editions d'Arc Inc. Montréal, 1982, p. 49.
44. Ibid 43, p. 50.
45. Ibid 44, p. 53.
46. MORIN, André. De la théorie à la pratique. Les Presses de l'Université du Québec, Québec, 1986, p. 231.
47. Ibid 45, p. 53.
48. Ibid 47, p. 52.
49. Ibid 48, p. 54.

50. Ibid 28, p. 40.
51. Ibid 49, p. 57.
52. Ibid 46, p. 246.
53. CROZIER, Michel. L'acteur et le système, Editions du Seuil, 1977, p. 294.
54. Ibid 52, p. 246.
55. Ibid 54, p. 246.
56. Ibid 53, p. 332.
57. Ibid 56, p. 340.
58. Ibid 55, p. 246.
59. Ibid 58, p. 246.
60. Ibid 36, p. 458.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Volumes:

1. ADAM, Evelyn. Etre infirmière. Les Editions HRW, Montréal, 1977.
2. BALL, J.; MARION, K.; HANNAH, J. Using computers in nursing. Reston Publishing Company Inc., Prentice-Hall, Virginia, 1984.
3. BELLEY, Marie Claude. Enquête sur la satisfaction et la situation des étudiantes dans les programmes en sciences infirmières: document de travail. U.Q.A.T., 1986.
4. BOMBARDIER, Denise; ST-LAURENT, Claude. Le mal de l'âme. Editions Robert Lafont, Paris, 1989.
5. COLLIÈRE, Françoise. Promouvoir la vie. InterEditions. Paris, 1982.
6. COLLERETTE, Pierre; DELISLE, Gilles. Le changement planifié: une approche dans les systèmes organisationnels. Les Editions d'Arc Inc., Montréal 1982.
7. Crozier, Michel. L'acteur et le système. Les Editions du Sueil, 1977.
8. HENDERSON, V.; NITE, G. Principles and practice of Nursing. Sixth edition, MacMillan Publishing Co., New York, 1978.

9. LAROUCHE, C.; Poirier, N. Instruments d'apprentissage: conception. Décarie Editeur, Collège Bois de Boulogne, Montréal, 1987.
10. LEFEBVRE, Gérald. Le management d'aujourd'hui: Savoir organiser, Savoir décider. Les Editions de l'Homme, Montréal, 1975.
11. MAHEUX, Gisèle. L'amélioration de l'exercice de la fonction soutenue à la direction régionale de l'Abitibi-Témiscamingue, une application de la méthodologie des systèmes souples. Rouyn Noranda, 1982.
12. MINTZBERG, Henry. Structure et dynamique des organisations. Les Editions d'Arc Inc.
13. MINTZBERG, Henry. Structure et dynamique des organisations. Les Editions d'Arc Inc., Montréal, 1982.
14. MORIN, André. De la théorie à la pratique. Les Presses de l'Université du Québec, Québec, 1986.
15. PETERS, Thomas. La passion de l'excellence. Inter Editions, Paris, 1985.
16. PETERS, Thomas. Le chaos du management. Inter Editions, Paris, 1988.
17. RIOPELLE, L.; GRONDIN, L.; PHANEUF, M. Répertoire des diagnostics infirmiers selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson. McGraw-Hill Editeurs, Montréal, 1986.

18. RIOPELLE, L.; GRONDIN L.; PHANEUF, M.; Soins infirmiers un modèle centré sur les besoins de la personne. McGraw-Hill Editeurs, Montréal, 1984.
19. VICKERS, G. The Art of Judgment. Chapman and Hall, 1965.

REVUES:

1. ADAM, Evelyn. "Questions et réponses relatives au schème conceptuel". L'Infirmière Canadienne. Mars 1984.
2. GUÉRIN, Daniel. "L'avenir est parmi nous". Santé Société. Automne 1987.
3. JULIEN, C. "Propos sur la profession". Nursing Québec. Juillet - août 1987.
4. LABRANCHE, M.J. L'Infirmière Canadienne. Mars 1987.
5. LADOUCEUR, T. et LAPLANTE, J. "L'informatique et les soins infirmiers de l'avenir". L'Infirmière Canadienne. Août 1987.
6. LAURIN, J.; BRASSARD, C.; LEPAGE, Y. "Qualité des soins et mode de gestion". Administration hospitalière et sociale. Novembre - décembre 1982.
7. LEVITT, Théodore. Le marketing à courte vue, Trad. Franç. de "Marketing Myopia", Harvard Business Review. Juillet - août 1960.

8. MASSON, P.-A. "L'informatisation du dossier médical psychiatrique, un grand pas de franche".
Administration hospitalière et sociale. Mai - juin, 1985.
9. ROUSSEAU, N. "La démarche nursing et le plan de soins".
L'infirmière Canadienne. Avril 1981.

Parutions:

1. CHAGNON, Monique. Rapport synthèse des visites d'inspection professionnelle auprès des infirmières et infirmiers des centres hospitaliers de soins de courte durée de la région de l'Abitibi-Thémiscamingue. Ordre des Infirmières et Infirmiers du Québec, service de l'inspection professionnelle, Montréal, 1986.
2. DULONG, C. Réponse au questionnaire et guide du Comité d'étude sur la formation en sciences infirmières. Ministère de l'Éducation, Direction générale de l'enseignement collégial, Québec, Septembre 1979.
3. EDITEUR OFFICIEL DU QUÉBEC. La loi des Infirmières et Infirmiers du Québec. Avril 1979.
4. ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. Normes et critères de compétence pour les infirmières et infirmiers. Montréal, 1985.

5. ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. Rapport préliminaire du cheminement d'une étude éventuelle sur la formation professionnelle initiale des infirmières et infirmiers au niveau universitaire. Montréal, 1982.

6. UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL. Grille pour la démarche nursing. Faculté de nursing, Montréal, 1974.

ANNEXES

8. **Annexes**

- Annexes I: Collecte de données modifiée (C.H. Rouyn) et Collecte de données à compléter par le client (Rouyn)
- Annexe II: Collecte de données (C.H. St-François d'Assise de La Sarre)
- Annexe III: Procès-verbal de la première réunion du Comité de la démarche de Soins Infirmiers (Edmundston)
- Annexe IV: Normes et critères de compétence O.I.I.Q. et normes de pratique de l'A.I.I.N.B.
- Annexe V: Grille pour évaluer le niveau de connaissance des infirmières soignantes (avant formation)
- Annexe VI: Parallèle entre la problématique définie et la réalité d'Edmundston
- Annexe VII: Projet d'implantation du plan d'intervention, plan de cours et calendrier de la consultante
- Annexe VIII: Collecte de données et guide d'utilisation (Hôpital Régional d'Edmundston)
- Annexe IX: Grille d'évaluation des apprentissages après formation
- Annexe X: Instrument d'analyse des données

- Annexe XI: Plan de soins
- Annexe XII: Outil d'évaluation des connaissances
- Annexe XIII: Facteurs d'évaluation du projet après 12 mois de recherche
- Annexe XIV: Projet introduction de la démarche de soins présenté au Ministère de la santé et des Service Communautaires de la province du Nouveau-Brunswick
- Annexe XV: Article de journal à paraître dans la revue de "L'infirmière Canadienne".



CUEILLETTE DE DONNEES

RENSEIGNEMENTS GENERAUX:

Date: _____ Tel. bureau: _____ Tel. autre: _____
 Age: _____ Nationalité: _____
 Etat civil: _____ Occupation: _____
 Scolarité: _____
 Allergie: _____ *Diagnostic nursing*

Tabac: _____ Alcool: _____ Droque: _____ Médicaments: _____

T.A. _____ Pouls: _____ Resp.: _____
 T°: _____ Poids: _____ Taille: _____

Perspective du client face à sa santé: _____

BESOINS FONDAMENTAUX:

1. Respirer (voies respiratoires, habitudes, influence des émotions, environnement):

2. Boire et manger (voies digestives, habitudes alimentaires, fréquence): *dentiers*

3. Eliminer: (fréquence, apparence):
 intestin (selles) : _____
 vessie (urine) : _____
 : _____
4. Se mouvoir, se réaliser, se recréer (démarche, posture, activités sociales):

5. Dormir et se reposer (habitudes de sommeil et de repas):

6. Se vêtir et se dévêtir, maintenir la T° du corps (stature, corpulence, apparence, habitudes vestimentaires):

Date de révision:



PLANIFICATION DES NAISSANCES
CUEILLETTE DE DONNEES

Heure d'arrivée: _____ Médecin avisé: _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX:

Date: _____ Tél. Bureau: _____ Tél. autre: _____
 Age : _____ Nationalité: _____
 Etat civil: _____ Occupation : _____
 Scolarité : _____ Raison de consultation:(diagnostic nursing) _____
 Allergies : _____
 Mode d'arrivée: Ambulant _____ Chaise roulante _____ Civière _____
 Tabac : _____ Alcool : _____ Drogue : _____ Médicaments : _____
 T.A. : _____ Pouls : _____ Resp. : _____ Temp. _____
 Poids : _____ Taille : _____
 Perspective du client face à sa santé: _____

BESIONS FONDAMENTAUX:

1. RESPIRER:

Avez-vous de la difficulté à respirer? oui non
 A la maison utilisez-vous un humidificateur? oui non
 Lorsque vous vivez des situations stressantes, avez-vous le souffle court? oui non

2. BOIRE ET MANGER:

Avez-vous vos dents naturelles? oui non
 Portez-vous des prothèses dentaires(dentiers)? oui non
 Si oui: prothèse totale inf: _____ prothèse totale sup: _____
 prothèse partielle inf: _____ prothèse partielle sup: _____
 Avez-vous de la difficulté à mastiquer? oui non
 Avez-vous de la difficulté à digérer certains aliments? oui non
 Si oui, précisez _____

Les aliments que vous préférez et que vous pouvez manger sont les suivants(viandes, fruits et légumes) _____

Les aliments que vous n'aimez pas sont les suivants _____

Est-ce que vous avez comme habitude de manger trois repas par jour? oui non

Est-ce que vous prenez des collations entre les repas? oui non

Suivez-vous une diète? oui non
Si oui, précisez _____

Est-ce que vous buvez 3 verres et moins par jour? oui non

Est-ce que vous buvez 3 verres et plus par jour? oui non

Quel liquide buvez-vous en particulier, régulièrement? Spécifiez _____

Lorsque vous vivez une situation stressante, cela a-t-il un effet sur le boire ou le manger?
Expliquez _____ oui non

Est-ce une des difficultés qui vous amène à l'hôpital? oui non

5. DORMIR ET SE REPOSER(habitudes de sommeil et de repos):

Quelles sont vos activités de repos (sieste,méthode de relaxation,etc...)

Sommeil:Nombre d'heures

Avez-vous de la difficulté à vous endormir? oui non

Vous éveillez-vous la nuit? oui non

Si oui,pour quelles raisons

Prenez-vous des médicaments pour dormir? oui non

Si oui,lesquels

Si oui,quels en sont les effets

Votre vie quotidienne est-elle influencée par ce problème? oui non

Si oui,précisez

Est-ce une des difficultés qui vous amène à l'hôpital? oui non

Si oui,précisez

6. SE VETIR ET SE DEVETIR,MAINTENIR LA TEMPERATURE DU CORPS:

Est-ce que vous êtes capable de vous habiller seul? oui non

Est-ce que vous êtes capable de vous habiller avec une aide partielle? oui non

Est-ce que vous avez besoin d'une aide totale pour vous habiller? oui non

Avez-vous tendance à être frileuse? oui non

Avez-vous tendance à avoir toujours chaud? oui non

A quoi expliquez-vous cette sensation de froid ou de chaud?

Votre vie quotidienne est-elle influencée par cette difficulté?

Est-ce une des difficultés qui vous amène à l'hôpital? oui non

Si oui,expliquez

7. HYGIENE PERSONNELLE (peau,cheveux,ongles,habitudes d'hygiène):

Est-ce que vous êtes capable de vous baigner seul? oui non

Bain ordinaire Bain tourbillon

Sans aide Avec aide partielle Avec aide totale

Fréquence par semaine Moment de la journée privilégié

Est-ce que vous êtes capable de vous doucher seul? oui non

Sans aide Avec aide partielle

Entretien des cheveux:

Sans aide Avec aide partielle Avec aide totale

Entretien des ongles:

Sans aide Avec aide partielle Avec aide totale

Votre vie est-elle influencée par cette difficulté,si oui,précisez

Est-ce une des difficultés qui vous amène à l'hôpital? oui non

Si oui,précisez

8. EVITER LES DANGERS (mesure individuelle,sécurité,environnement):

Etes-vous soumis à des problèmes de l'environnement tel que:

Pollution air Eau Sol Bruit

Demeurez-vous éloigné de tout service? oui non

Si oui,expliquez

Avez-vous tendance à vous blesser souvent? oui non

Si oui,quelles en sont les conséquences

Votre vie quotidienne est-elle influencée par cette difficulté,si oui,précisez

Est-ce une des difficultés qui vous amène à l'hôpital?



PROFIL DU CLIENT

ADMISSION: Date: _____ Heure: _____

PERSPECTIVE QUE LE CLIENT A DE SA SANTE: _____

1. RESPIRATION:
(Rythme, amplitude,
coloration, environ-
nement, habitude,
émotion)

2. BOIRE & MANGER:
Condition bouche;
mastication, déglu-
tition, digestion,
habitude, émotion.

3. ELIMINER:
Urine, selles,
transpiration,
menstruation,
habitude.

4. SE MOUVOIR:
Posture, circulation,
habitude, émotion.

Taille:	Poids:
T.A.:	Pouls:

11. AGIR SELON
SES CROYANCES
ET SES VALEURS:

Religion.
Pratique.

12. S'OCCUPER EN
VUE DE SE
REALISER:

Noter les condi-
tions physiques,
mentales et émoti-
ves.
Moyens utilisés.
Rôles sociaux.

13. SE RECRÉER:

Noter conditions
physiques, mentales
et émotives.
Goût - Intérêt.

14. BESOIN D'APPREN-
DRE:

Niveau de scolarité.
Attitude du client.
Importance d'appren-
dre. Moyens utili-
sés.

Signature: _____

Date: _____

COMITÉ DÉMARCHE DES SOINS INFIRMIERS

Procès-verbal de la 1ère réunion du Comité démarche
des Soins Infirmiers tenue le 17 octobre 1988, à 8h00
sous la présidence de Mme Marie Claude Belley

Présentes: Marie Claude Belley, directrice des S. I.
Rinette Martin, coordonnatrice des projets
Céline Couturier, coordonnatrice des unités
des soins infirmiers de jour
Diane Morin, coordonnatrice de soirée et nuit

1.0 ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

L'ordre du jour est adopté.

2.0 BUTS (FINALITÉ)

Le but de notre comité est de mettre en branle l'utilisa-
tion de la démarche nursing de Virginia Henderson dans les
différentes unités de soins infirmiers.

Mme Belley nous réfère aux normes de la pratique
infirmière qui citent: "La définition précise de la
pratique infirmière découle nécessairement d'un modèle
conceptuel pour la profession infirmière."

3.0 RÔLE DE LA DIRECTRICE DES SOINS INFIRMIERS

Dans la mise en branle de l'utilisation de cette démarche
nursing, Madame Belley qui se voit comme garante de la
profession infirmière offre un rôle de soutien, personne
ressource aux membres du comité et au personnel infirmier.

4.0 RÔLES DE CHACUN DES AUTRES MEMBRES

Rinette Martin se définit comme collaboratrice au dit
comité. Elle travaillera au niveau de la formulation, de
la recherche et de l'éducation.

Diane Morin agira comme chercheuse; elle investiguera
sur la cueillette des données au niveau de centres
hospitaliers où la démarche a fait ses preuves. De plus,
elle coordonnera l'utilisation du modèle chez le personnel
infirmier pendant le relais de nuit.

Céline Couturier fera de la recherche au niveau des
ressources humaines, matérielles et autres dans les unités
de soins et dans d'autres centres. De plus, elle fera de
l'enseignement clinique aux unités de soins.

5.0 PROCESSUS

Choix de l'unité expérimentale:

- l'unité choisie aura une infirmière-chef désireuse d'implanter ce modèle,
- l'unité choisie aura démontré une capacité de travail d'équipe et de bonnes relations avec son chef,
- l'unité choisie devra être pourvue d'un chef stable et d'un personnel à majorité régulier.

Choix du modèle:

- le modèle conceptuel de Virginia Henderson s'adapte bien aux types de soins infirmiers administrés dans notre milieu hospitalier; son application est simple.

Formation du personnel:

- du 8 au 12 juin, les infirmières-chefes de l'époque et les monitrices en éducation ont toutes reçu 4 jours de formation sur l'utilisation des modèles conceptuels particulièrement celui de Virginia Henderson.

Plusieurs autres infirmières de l'hôpital connaissent le modèle par leur formation collégiale et universitaire ou une expérience clinique antérieure.

Pour le personnel infirmier qui ne connaît pas l'utilisation de Virginia Henderson, il faudra déterminer de quelle façon il sera formé.

Choix de la cueillette des données:

- le personnel de l'unité choisie devrait participer au choix de cette cueillette.

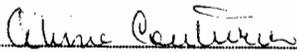
6.0 ECHÉANCIER

L'opérationnalisation de la démarche devrait se faire au cours des douze prochains mois.

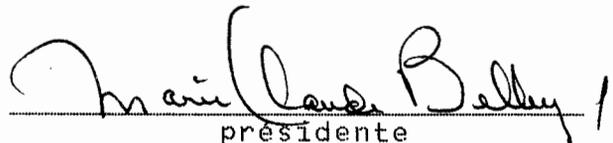
7.0 CHARTRES

Le comité tiendra une réunion par quinzaine. Comme ressource on suggère:

- Centre Hospitalier de Notre-Dame-Du-Lac pour l'utilisation du modèle Henderson à l'unité des Soins Prolongés.
- Centre Hospitalier l'Hôtel-Dieu de Québec où le modèle Henderson est informatisé.
- Le centre hospitalier de Bathurst où on vient tout juste de l'implanter.



secrétaire



présidente

ANNEXE IV

Norme 1:

L'infirmière connaît la source d'information et les moyens pour faire la collecte des données. Elle recueille les données pertinentes, auprès d'individus, de la famille, du milieu et de la communauté et ce, à partir d'une conception de soins infirmiers, selon la condition du bénéficiaire (collecte de données).

Norme 2:

L'infirmière connaît les étapes d'organisation des données recueillies. Elle analyse et interprète les données en se basant sur des connaissances scientifiques, une conception de soins infirmiers, les composantes de la situation et la perception qu'a le bénéficiaire de sa situation. L'analyse et l'interprétation des données sont reliées à l'individu, à un groupe d'individus, à la famille, au milieu, à la communauté. L'infirmière décrit les caractéristiques de la situation et elle vérifie la conformité de son interprétation auprès du bénéficiaire et des personnes concernées (interprétation des données).

Norme 3:

L'infirmière connaît et applique les étapes nécessaires à la planification des soins infirmiers. En se référant à une conception des soins infirmiers, aux données recueillies, à des connaissances scientifiques, elle formule le plan de soins avec la participation du bénéficiaire s'il y a lieu et de la famille ou de la personne significative et avec l'équipe de soignantes (planification des soins).

ANNEXE IV (suite)

Norme 4:

L'infirmière connaît les principes à la base des divers types d'intervention de soins infirmiers. Elle applique ces principes dans la réalisation du plan de soins élaboré. Elle prodigue au bénéficiaire les soins planifiés afin de lui fournir l'assistance dont il a besoin selon sa condition. Elle maintient des relations inter-personnelles, elle donne l'enseignement, elle favorise les apprentissages et la rééducation, elle applique des mesures de confort, des mesures préventives et thérapeutiques et elle contribue aux méthodes de diagnostic. Elle suscite la participation du bénéficiaire, de la famille ou de la personne significative aux soins (exécution des soins).

Norme 5:

L'infirmière connaît les étapes de l'évaluation. Elle procède à cette évaluation avec le bénéficiaire ou les membres de la famille, les personnes significatives. Suite à cette évaluation, elle reprend les étapes de la démarche et apporte les modifications jugées nécessaires (évaluation de la démarche).

Norme 6:

L'infirmière connaît et utilise des moyens pour assurer au bénéficiaire des soins continus en établissement et dans la communauté (continuité des soins).

Norme 7:

L'infirmière situe son rôle dans l'équipe de soins infirmiers et elle l'assume (équipe de soins).

Norme 8:

L'infirmière connaît ses responsabilités en tant que membre d'une profession et elle s'en acquitte (responsabilités professionnelles).

Norme 9:

L'infirmière connaît des méthodes de contrôle des soins infirmiers. Elle contrôle les soins infirmiers selon son niveau de responsabilité (contrôle des soins).

Norme 10:

L'infirmière connaît son rôle au sein de l'équipe multidisciplinaire et elle l'assume (multidisciplinarité).

Croyances a l'appui des normes de pratique infirmière

Les normes de l'AIENB pour la pratique infirmière

- contribuent à l'amélioration continue de la pratique infirmière;
- doivent être élaborées par les membres de la profession infirmière;
- doivent indiquer ce qui est une pratique infirmière acceptable;
- influenceront la pratique, la formation, l'administration et la recherche infirmière et subiront l'influence de ces champs d'activité;
- doivent être assez générales pour s'appliquer à tous les milieux de pratique infirmière;
- doivent être élaborées davantage et évaluées sur une base continue par les infirmières dans un milieu de travail donné;
- doivent englober les attentes reliées au modèle conceptuel pour la profession infirmière, à la démarche infirmière, à la relation d'aide et aux responsabilités professionnelles;
- doivent respecter la liberté de faire un choix avisé concernant la sélection d'un modèle conceptuel à utiliser dans un milieu donné;
- doivent tenir compte des fonctions indépendantes, interdépendantes et dépendantes des infirmières;
- aident à définir les zones de responsabilité des infirmières;
- sont des préalables essentiels à l'évaluation de la pratique infirmière, puisqu'elles fournissent à l'infirmière, à l'organisme de santé et au client des points de repère pouvant servir à l'évaluation; et
- doivent être révisées par l'Association et modifiées au besoin.

NORMES DE LA PRATIQUE INFIRMIERE

Ces quatre normes sont interdépendantes et interreliées.

1re NORME LA PRATIQUE INFIRMIERE EXIGE QU'UN MODELE CONCEPTUEL PROPRE A LA PROFESSION INFIRMIERE SOIT LE FONDEMENT DE CETTE PRATIQUE.

2e NORME LA PRATIQUE INFIRMIERE EXIGE L'UTILISATION EFFICACE DE LA DEMARCHE INFIRMIERE COMME METHODE DE TRAVAIL DANS L'EXERCICE DES FONCTIONS DE LA PRATIQUE INFIRMIERE.

3e NORME LA PRATIQUE INFIRMIERE EXIGE QUE LA RELATION D'AIDE CARACTERISE LES RAPPORTS CLIENT-INFIRMIERE.

4e NORME LA PRATIQUE INFIRMIERE EXIGE QUE LES INFIRMIERES ASSUMENT DES RESPONSABILITES PROFESSIONNELLES.

1re NORME La pratique infirmière exige qu'un modèle conceptuel propre à la profession infirmière soit le fondement de cette pratique.

1. Les infirmières doivent avoir une idée ou conception claire du but distinct de la profession infirmière.

But

- L'infirmière, dans tout milieu de travail.
- 1.1 exprime le but précis de la profession infirmière;
 - 1.2 fait connaître ce but aux autres membres de l'équipe de santé;
 - 1.3 énonce comment le but de la profession infirmière contribue à la réalisation des buts communs à toute l'équipe de santé; et
 - 1.4 décrit les actes professionnels s'harmonisant avec le but exprimé de la profession infirmière.

2. Les infirmières doivent avoir une idée ou conception claire du client.

Client

- L'infirmière, dans tout milieu de travail.
- 2.1 exprime sa vision précise du client; et
 - 2.2 décrit le type de données à recueillir d'après sa conception du client.

3. Les infirmières doivent avoir une idée ou conception claire de leur rôle en réponse aux besoins de la société en matière de santé.

Rôle de l'infirmière

- L'infirmière, dans tout milieu de travail.
- 3.1 décrit son rôle précis d'infirmière; et
 - 3.2 décrit la conception de son rôle par rapport à son analyse des données et à son intervention.

4. Les infirmières doivent avoir une idée ou conception claire de la source de la difficulté du client.

Source de la difficulté

- L'infirmière, dans tout milieu de travail.
- 4.1 découvre l'origine probable des difficultés actuelles et potentielles du client; et
 - 4.2 indique comment elle interprétera les données d'après sa conception du type de problèmes du client qui relève de sa compétence.

5. Les infirmières doivent avoir une idée ou conception claire du centre et des modes d'intervention.

Centre et modes d'intervention

- L'infirmière, dans tout milieu de travail.
- 5.1 énonce sa conception du centre et des modes d'intervention; et
 - 5.2 décrit son intervention par rapport à son centre et d'après les modes dont elle dispose.

6. Les infirmières doivent avoir une idée ou conception claire des résultats attendus de l'activité professionnelle.

Conséquences

- L'infirmière, dans tout milieu de travail
- 6.1 énonce sa conception des résultats attendus de ses activités professionnelles;
 - 6.2 décrit les résultats attendus de ses activités professionnelles; et
 - 6.3 décrit la façon dont elle évaluera les résultats de ses activités professionnelles.

2e NORME

La pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche infirmière comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions de la pratique infirmière.

1. Les infirmières doivent recueillir des données.

Cueillette des données

- L'infirmière, dans tout milieu de travail.
- 1.1 recueille de façon systématique et continue des données correspondant à sa perception du client en se servant des connaissances du domaine infirmier et des domaines connexes;
 - 1.2 recueille de façon systématique et continue les données correspondant aux buts des disciplines connexes;
 - 1.3 détermine les attentes du client en fait de soins;
 - 1.4 utilise toutes les sources disponibles pour la cueillette des données, notamment: le client, le médecin, la famille, toute autre personne appropriée, les dossiers du client, ses propres connaissances et son expérience;
 - 1.5 utilise diverses techniques pour la cueillette des données, notamment: l'entrevue, la consultation, l'examen physique, l'observation et l'évaluation;
 - 1.6 respecte le caractère confidentiel des données recueillies; et
 - 1.7 rend les données accessibles aux personnes autorisées.

2. Les infirmières doivent analyser les données.

Analyse des données

- L'infirmière, dans tout milieu de travail.
- 2.1 interprète les données conformément à son modèle conceptuel et à ses connaissances du domaine infirmier et des domaines connexes;
 - 2.2 interprète les données en tenant compte du plan interdisciplinaire de soins;
 - 2.3 vérifie, si possible avec le client ou d'autres personnes, l'interprétation des données recueillies;
 - 2.4 identifie, si possible avec le client, les difficultés actuelles ou éventuelles;
 - 2.5 établit, si possible avec le client, les priorités pour la solution des problèmes identifiés; et
 - 2.6 s'entretient des problèmes identifiés avec les personnes autorisées.

HÔPITAL RÉGIONAL D'EDMUNDSTON

MEMORANDUM

Destinataire: Infirmières-chefs
Expéditeur: Céline Couturier
Coordonnatrice en unité des Soins Infirmiers
Date: 1989 01 12
Objet: Modèle Conceptuel de Virginia Henderson

Le comité d'implantation du modèle conceptuel de Virginia Henderson prévoit que l'opérationnalisation de ce modèle débutera en mai à l'unité de Médecine I.

Il importe de vous informer que ce modèle sera utilisé dans toutes les unités de soins de notre établissement.

Une étape importante dans la mise sur pied de ce projet est de connaître les ressources disponibles sur les unités.

Veuillez afficher la feuille ci-incluse au poste et vous assurer qu'au cours des deux prochaines semaines, toutes les infirmières qui travaillent chez vous y inscrivent l'information nécessaire, s'il y a lieu.

Merci de votre précieuse collaborations.

CC/gb

PARALLELE ENTRE PROBLEMATIQUE DEFINIE ET LA REALITE D'EDMUNDSTON

Au Nouveau-Brunswick la formation d'infirmière a été offerte à partir du début du siècle dans les hôpitaux et le cours de formation était d'une durée de 3 ans. Depuis 1973 cette formation a été concentrée sur 2 ans ou 24 mois consécutifs. En 1987 dans toute la province du Nouveau-Brunswick, à cette formation de 24 mois intensifs s'est ajoutée une période de tutorat ou session de 3 mois, appelée "préceptorat": cette période de préceptorat permet à chaque finissant de pratiquer dans les milieux cliniques tout en étant parrainé ou marrainé par une infirmière.

Au Nouveau-Brunswick le programme de formation initiale universitaire en sciences infirmières débuta à l'Université de Fredericton en 1959, pour les anglophones et, pour les francophones à l'Université de Moncton en 1969. Cependant, le baccalauréat de perfectionnement était déjà disponible à l'Université de Moncton auparavant.

La formation des infirmières débuta hors des hôpitaux (soit dans les collèges) en 1969: donc en 1972 les premières diplômées des "écoles autonomes" arrivaient sur le marché du travail.

Le gouvernement du Nouveau-Brunswick a ratifié la profession infirmière dans sa loi en 1984. Cette loi, sous l'appellation de "loi des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick", limite l'exercice de la profession aux personnes inscrites au registre de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick.

Utilisation de la cueillette de données au Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick la démarche scientifique s'enseigne au niveau collégial et au niveau universitaire depuis 1973. Cependant le cadre conceptuel de Henderson n'est pas encore utilisé à l'école d'infirmière du collège d'Edmundston: on a maintenu un cadre conceptuel "social" (celui de Maslow). Pour le moment il n'est pas prévu que le cadre conceptuel de Henderson soit intégré au programme d'étude d'Edmundston et cela pour les prochaines années. Toutefois le cadre conceptuel de Henderson de même que d'autres cadres conceptuels nursing sont enseignés à l'Université de Moncton en sciences infirmières, de même qu'à son campus d'Edmundston.

Une formation sur la démarche de soins infirmiers et sur le modèle de Henderson fut organisée en 1985 à l'Hôpital Régional d'Edmundston et 21 infirmières en profitèrent. Malgré ces premiers efforts, la démarche de soins ne fut pas intégrée ni opérationnalisée sur les unités de soins. Cette formation continue, par le service d'Education de l'hôpital ne fut jamais répétée.

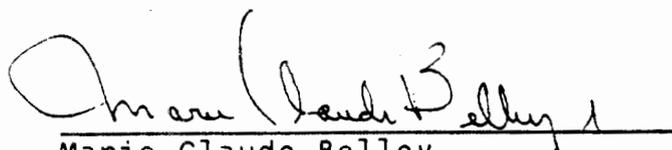
Poutant les normes et critères de compétence de l'Association des infirmières du Nouveau-Brunswick, diffusés ces dernières années, exigent aussi que les infirmières pratiquent en employant la démarche des soins infirmiers et que cette démarche soit basée sur un modèle nursing (annexe I). Des recommandations du conseil d'Agrément des hôpitaux encourageaient la direction de notre hôpital en 1987 à procéder et à s'adapter aux exigences de la pratique (annexe II).

Tout nouveau langage prend un certain temps à s'absorber. Les infirmières de niveau universitaire de même que les infirmières provenant du Québec (province voisine sise à 18 kilomètres de notre institution), possèdent déjà la formation attendue: Rivière-du-Loup, Ste-Anne de la Pocatière, Rimouski. Donc suffisamment d'infirmières de notre hôpital sont initiées à ce langage, pour utiliser ou s'impliquer dans l'utilisation d'une démarche de soins avec un modèle "nursing": parce nombre d'infirmières de notre établissement proviennent du Québec.

Dans le nord de la province du Nouveau-Brunswick, Bathurst fait exemple de chef de file en la matière. En effet depuis près de 4 ans, la démarche de soins avec le modèle de Henderson est intégrée sur toutes les unités de soins à l'Hôpital Régional Chaleur: parce que enseigné au collège de cette région et intégré grâce au soutien de personnes ressources à l'hôpital.

La direction générale de l'Hôpital d'Edmundston de même que tous les directeurs de l'hôpital (comité de régie) sont ouverts à ce que nous procédons à l'embauche d'une personne ressource pour nous aider à opérationnaliser sur toutes les unités de soins la démarche de soins infirmiers basée sur le modèle de Henderson (annexe III).

Parce que les membres de la direction croient à cette pratique essentielle (support des dirigeants), parce que plusieurs infirmières veulent s'impliquer, nous croyons que tous les efforts seront mis en fonction pour réaliser avec succès cette opération.


Marie Claude Belley
Directrice des Soins Infirmiers

PROJET D'IMPLANTATION DU PLAN D'INTERVENTION

SELON LE MODELE CONCEPTUEL DE V. HENDERSON

L'implantation du plan d'intervention est considérée comme un changement majeur chez les infirmières qui le vivent. Il s'agit non seulement d'un changement technique de leur travail, mais surtout d'un changement au niveau de leurs attitudes et de leur façon de voir les soins infirmiers.

Cette méthode de travail orientée par une philosophie distincte du modèle médical vise à augmenter la qualité des soins en individualisant les soins des bénéficiaires. De plus, elle assure une meilleure continuité des soins répartis sur les différents quarts de travail et permet d'améliorer la communication tant au niveau de l'équipe de soins que de l'équipe multidisciplinaire.

Pour se faire, les membres de l'équipe de soins devront passer par les étapes du processus de changement, c'est-à-dire sensibilisation, implantation et stabilisation.

Ainsi l'implantation sera divisée en rapport avec ces étapes afin de favoriser l'intégration de la matière enseignée.

ETAPES DE CHANGEMENT

DUREE DE LA FORMATION

Sensibilisation

3 heures

Implantation

Théorie: 18 heures
Outil: 7 heures

Plusieurs heures seront assurées par les personnes de l'équipe d'implantation de l'Hôpital Régionale d'Edmunston.

A revoir lors de la rencontre du 29 mai 1989.

Stabilisation

Aucune heure prévue.
A revoir lors de la rencontre 29 mai 1989.

Honoraires

Tel que discuté avec Madame Couturier lors de l'appel téléphonique du 31 mars 1989 des frais de \$ 400.00 par jour seront facturés à l'Hôpital Régionale d'Edmunston.

Les journées suivantes ont été retenues: les 29,30,31 mai et les 1er,6,7 juin 1989.

\$ 400.00/jour x 6 jours = \$ 2,400.00

Des frais de transport et d'hébergement (repas et coucher) seront facturés pour la durée de la formation.

Méthodes pédagogiques suggérées

Volumes

Modèle conceptuel

- * Adam, Evelyn, Etre infirmière, H.R.W., 2e éd., Montréal, 1983
- Bizier, Nicole De la pensée au geste, Décarie, 2e éd., Montréal, 1987
- Phaneuf, Margot Soins infirmiers. La démarche scientifique. Orientation vers le diagnostic infirmier, McGraw-Hill, Montréal, 1986
- * Riopelle, L., Grondin, L. Phaneuf, M., Soins infirmiers. Un modèle centré sur les besoins de la personne, MCGraw-Hill, Montréal 1984

Diagnostic infirmier, démarche systématique

Alfaro Rosalinda, Application of Nursing Process. A Step-by-Step Guide, J.B. Lippincott, Philadelphia, 1986

* Carpenito, Lynda, Juall, Nursing Diagnosis. Application to Clinical Practice, J.B. Lippincott, 2nd ed., Philadelphia, 1987

Carpenito, Lynda, Juall, Handbook of Nursing Diagnosis, J.B. Lippincott, 2nd ed., Philadelphia, 1987

Carpenito, Lynda, Juall, Diagnostic infirmier, MEDSI, Paris, 1986. (Traduction de F.Duquesne et M.C. Leng)

* Kim, Mi Ja, McFarland, G., McLane A., Guide pratique des diagnostics infirmiers, Gaétan Morin, 2e éd. Chicoutimi, 1987 (Traduction de Brenda Dutil)

Riopelle L., Grondin, L., Phaneuf, M., Répertoire des diagnostics infirmiers selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson, McGraw-Hill, Montréal, 1986

* Représente les volumes fortement recommandés.

Pancartes

Affichage de pancartes en rapport avec les besoins fondamentaux, la démarche systématique, la philosophie de V. Henderson et de l'exercice infirmier. Le choix et le nombre de pancartes demeurent à votre discrétion. Elles sont d'excellents moyens visuels.

Prix à l'unité:

Prix pour l'ensemble des 4 pancartes:

Méthode visuelle

Appareil rétro-projecteur

CALENDRIER DES ACTIVITES

- 29 mai: AM: Rencontre avec la direction des soins infirmiers.
PM: Rencontre avec le comité d'implantation.
- 30 mai: AM: Sensibilisation du groupe d'infirmières en formation.
PM: Début de la formation sur modèle conceptuel de V.Henderson.
- 31 mai: AM: Suite de la formation sur modèle conceptuel.
PM: Fin du modèle conceptuel.
Début de la formation sur la démarche systématique.
- 1er juin: Fabrication des outils de travail:
- collecte des données
- analyse des données
- plan d'intervention
- 5 juin: Suite de la formation sur la démarche systématique incluant le diagnostic infirmier.
- 6 juin: Rencontre avec le comité d'implantation.
Retour sur la session de formation.
Planification du reste de la journée.

PLAN DE COURS

LE PLAN D'INTERVENTION

SELON DE MODELE CONCEPTUEL DE

VIRGINIA HENDERSON

OBJECTIFS GENERAUX: -comprendre l'importance de l'utilisation d'un modèle conceptuel en soins infirmiers
-comprendre le modèle conceptuel de Virginia Henderson

OBJECTIFS SPECIFIQUES

CONTENU

METHODES ET MOYENS PEDAGOGIQUES

A la fin de cet enseignement
l'infirmière sera capable:

- | | | |
|--|---|---|
| - de définir ce qu'est un modèle conceptuel ainsi que son importance dans la profession; | - importance de celui-ci dans la profession | réflexion sur la profession infirmière |
| - d'expliquer l'importance de clarifier et de préciser la profession infirmière; | - élaboration de ce qui constitue une conception claire, des avantages de celle-ci, des effets en son absence | discussion en équipe et plénière |
| - de définir les termes propres aux modèles conceptuels; | - la différence entre les termes concept, modèle conceptuel, postulats, valeurs, éléments, etc | exposé magistral
présentation d'acétates
<u>LECTURES</u>
Adam, Evelyn, <u>Etre Infirmiere</u> , HRW, Montréal, 1983 |
| - de nommer et d'expliquer les composantes essentielles d'un modèle conceptuel; | - les composantes essentielles d'un modèle conceptuel sont:
. les postulats qui le sous-tendent;
. les valeurs qui le justifient
. les éléments qui le composent (le but de la profession, la cible, le rôle des soins infirmiers, etc.) | Riopelle, L., Grondin, L., Phaneuf, M., <u>Soins infirmiers</u>
- Un modèle centré sur les besoins de la personne, McGraw-Hill, Montréal, 1984, chapitres d'introduction, I, II, III |

Objectif Général : Comprendre le processus de la démarche systématique

<u>OBJECTIFS SPECIFIQUES</u>	<u>CONTENU</u>	<u>EXERCICES</u>	<u>METHODES ET MOYENS PEDAGOGIQUES</u>
A la fin de cet enseignement, l'infirmière sera capable:	- explication de la démarche systématique . les cinq étapes qui la composent	- faire un plan d'intervention à partir d'un cas fictif	exposé magistral présentation d'acétates travail d'équipe
- d'élaborer un processus de soins à partir de la conception de V. Henderson	. le diagnostic infirmier - la démarche à suivre pour élaborer un plan d'intervention à partir du schème conceptuel de V. Henderson	- faire un plan d'intervention à partir d'un bénéficiaire de l'établissement	<u>LECTURES</u> Phaneuf, M., <u>Soins infirmiers. La démarche scientifique. Orientation vers le diagnostic infirmier</u> , McGraw-Hill, MONTREAL, 1986 Riopelle, L., Grondin, L., Phaneuf, M., <u>Répertoire des diagnostics infirmiers selon le modèle conceptuel de Virginia Henderson</u> , McGraw-Hill, Montréal, 1986

OBJECTIFS SPECIFIQUES

CONTENU

METHODES ET MOYENS PEDAGOGIQUES

- d'expliquer le modèle de Virginia Henderson

- présentation du modèle de V. Henderson

. explication des principaux concepts du modèle tels: indépendance, besoin fondamental, manifestation d'indépendance et de dépendance, suppléance, etc.

. présentation de la philosophie proprement dite



HÔPITAL RÉGIONAL D'EDMUNDSTON

COLLECTE DE DONNEES

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX:

Date: _____ Heure d'arrivée à l'unité: _____
Téléphone: Résidence: _____ Autre: _____
Age: _____ ans Etat civil: _____ Nationalité: _____
Langue: parlées: _____ écrites: _____

T°: _____ Pouls: _____ Resp.: _____ TA: _____
Poids: _____ kg Taille: _____ cm Allergies: _____

Diagnostic médical: _____ Hospitalisation _____
Antécédents médicaux: _____ antérieure _____ oui _____ non
Raison(s) hospitalisation actuelle: _____
Services communautaires: _____

II. BESOINS FONDAMENTAUX:

1. RESPIRER

Voies respiratoires: _____
Emotions: _____
Environnement: _____
Habitudes: _____
Particularités: _____

Emotions: _____
Environnement: _____
Habitudes:
urine: _____
selles: _____
transpirations: _____
menstruations: _____
Particularités: _____

2. BOIRE ET MANGER

Voies digestives: _____
Emotions: _____
Environnement: _____
Habitudes: _____
Particularités: _____

4. SE MOUVOIR

Système locomoteur: -muscles -os -articulations
Inadéquat: _____
Déplacement: _____
Position assise: _____
Position couchée: _____
Mouvement: _____
Emotion: _____
Environnement: _____
Habitudes: _____
Particularités: _____

3. ELIMINER

Voies d'éliminations:
urine: _____
selle: _____
transpiration: _____
menstruation: _____

5. DORMIR ET SE REPOSER

Sommeil: _____
Sieste: _____
Emotions: _____
Environnement: _____
Particularités: _____

GUIDE D'UTILISATION
POUR COLLECTE DE DONNEES
(Médecine et Chirurgie)

I. RENSEIGNEMENTS GENERAUX:

1. Remplir tous les espaces prévus sur la collecte de données. Il est important d'inscrire l'aspect "santé" lorsque le bénéficiaire est indépendant dans la satisfaction de son besoin fondamental.
2. antécédents médicaux: ressortir les chirurgies ainsi que les problèmes de santé pertinents à la situation actuelle.
3. services communautaires: le bénéficiaire reçoit-il des services d'agences communautaires locales ou extérieures telles que: clinique de santé mentale, V.O.N., Hygiène publique, Meals on Wheels, Croix-Rouge Canadienne, aide ménagère, autres.

II. BESOINS FONDAMENTAUX:

1. Respirer: Respirer est une nécessité de l'être vivant qui consiste à capter l'oxygène indispensable à la vie cellulaire et à rejeter le gaz carbonique, produit de la combustion cellulaire. Les voies respiratoires perméables et l'alvéole pulmonaire permettent de satisfaire ce besoin.
 - voies respiratoires: - rythme, amplitude, bruits respiratoires
 - tirage (sus ou sous sternale), cyanose
 - râles, expectorations, sécrétions
 - dyspnée, hyperventilation, essoufflement, toux
 - battement des ailes du nez, nez pincé
 - trachéotomisé, intubé
 - influences émotionnelles:
 - les émotions influencent-elles la respiration? (chagrin, colère, joie, peur, etc.) ont-ils un effet sur sa respiration?
 - environnement:
 - ville, campagne, montagne, pollution, chauffage, température ambiante, humidité relative, tapis, animaux, fumeurs à la maison

- habitudes:
 - humidificateur, fenêtre ouverte-fermée, porte ouverte-fermée, drogues, fumeur: nombre de cigarettes/jour
- particularités:
 1. moyens compensatoires: A-t-il développé des techniques de relaxation en contrôlant sa respiration? Respire la bouche ouverte, position utilisée: (asthmatique, MPOC, etc.), nombre d'oreillers, médication appropriée
 2. autres: besoin d'assistance.
Aimeriez-vous participer à une activité de relaxation?
- 2. Boire et manger: Nécessité pour tout organisme d'ingérer et d'absorber des aliments de bonne qualité en quantité suffisante pour assurer sa croissance, l'entretien de ses tissus, et maintenir son énergie indispensable à son bon fonctionnement.
- voies digestives: -mastication, salivation -dentition, déglutition
-nausées, vomissements, flatulence, brûlement d'estomac
-condition des muqueuses buccales
-perte de poids, pâleur
- influence émotionnelle:
 - quels sont les effets de vos émotions sur votre appétit?
 - boulimie, anorexie
 - quel est le sens du repas pour le bénéficiaire?
 - besoin de sécurité, d'amour ou de bien-être
 - l'obésité, les punitions
 - plaisir, déplaisir
- environnement: valeurs et croyances religieuses qui influencent le besoin. Par exemple, les témoins de Jéhovah et le Juif ne mangeront pas de porc.
- habitudes:
 - combien de repas prenez-vous/jour? Avez-vous une diète spéciale? Prenez-vous une collation entre les repas?
 - repas solitaire ou en compagnie (influence-t-il vos habitudes alimentaires)
 - quelles sont vos habitudes de consommation de liquide/jour? Sorte et quantité: eau, jus, café, thé, vin, alcool, liqueur gazeuse, bière.
 - quelles sont vos préférences ou dégoûts alimentaires?
 - prenez-vous des suppléments? vitamines? aliments naturels?

- particularités:

Besoin d'aide pour préparer vos aliments, pour manger.
prothèses dentaires, ustensiles spéciaux, tube de gastrostomie, droitier, gaucher

3. Eliminer: Nécessité qu'a l'organisme de se débarrasser des substances nuisibles et inutiles qui résultent du métabolisme. L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine et les fèces et aussi par la transpiration et l'expiration pulmonaire. De même la menstruation est une élimination de substances inutiles chez la femme pubère non enceinte.

- voies d'élimination:

habitudes:

urine

fréquence
les caractéristiques:
apparence (couleur, cristaux)
brouillée,
concentrée, sang,
brûlement..., douleur à la miction
odeur
quantité
avez-vous quelques problèmes ou difficultés urinaires?
incontinence

toilettes, urinal, bassine, chaise d'aisance, à quel moment de la journée?

selles

fréquence
odeur
consistance:
les caractéristiques:
dures, (constipation)
molles,
semi-liquides,
liquides (diarrhée)
apparence: mucus
vers, couleur,
forme (rubannées, scybales...)
Incontinence

toilettes, urinal, bassine, chaise d'aisance, à quel moment de la journée?
Usage de moyens naturels pour prévenir la constipation? ex: exercices, bonne hydratation? ex: exercice, bonne hydratation, diète haute en fibres.

transpiration

odeur
quantité (abondante, peu abondante...)
endroit

fréquence de lavage
utilisation d'antisudorifique

voies d'élimination:

habitudes

menstruation

fréquence	port et changement de
durée	serviette et tampon
quantité	douche et bain
autres: crampes,	vêtement appropriés
odeur, couleur	date des dernières
	menstruations
	moyens contraceptifs
	utilisés

- émotions:
est-ce que les émotions influencent l'élimination?
Comment?
Ex.: anxiété, gêne, stress, rire, peur
- environnement:
organisation sanitaire: aération, aérosol (parfum)
intimité: insonorisation, isolement
hôpital: bassin, commode, toilette communautaire
- particularités:
 1. moyens compensatoires:
stomies, sonde à demeure, cathéter droit,
culotte absorbante
 2. autres: usage de lavements, laxatifs,
suppositoires

4. Se mouvoir: Nécessité pour tout être vivant d'être en mouvement, de mobiliser toutes les parties (étroitement lié au besoin de se recréer) de son corps par des mouvements coordonnés et de les garder bien alignées pour permettre l'efficacité des différentes fonctions de l'organisme. La circulation sanguine est favorisée par les mouvements et les activités physiques.

- système locomoteur - muscles, os, articulation
bon tonus musculaire - vos capacités sont-elles limités?
handicap physique,
spasmes, contractures,
atrophie musculaire,
hypertrophie, ankylose,
incoordination, oedème des
tissus

- déplacement:
 - difficulté à se mobiliser:
 - seul, avec aide ou 2 personnes, canne, marchette, quadripode, béquille, fauteuil roulant, hypotension orthostatique
- position assise:
 - type de fauteuil, utilisation de coussins, assis, semi-assis, contentions, autre
- position couchée:
 - dorsale, latérale, ventrale
 - utilisation d'oreillers; position des membres, autre
- mouvement:
 - équilibre et coordination, sensibilité, endurance, souplesse, tremblements, vitesse, amplitude, akinésie, convulsions, claudication à la marche, mobilisation active ou passive
- émotions:
 - quelles émotions (ex: stress, anxiété, peur) influencent la façon de se mouvoir et la position du corps et comment (hyperactivité, tics nerveux, langage précipité, hypertension artérielle, palpitations); expression non verbal selon la ou les positions du corps
- environnement:
 - maison et ameublement, outils de travail, automobile
 - accessibilité des services (rampes, espace)
- habitudes:
 - décrivez vos activités, votre style de vie (quotidien, hebdomadaire...): jogging, marche, exercices aérobiques ou autres
 - fréquence des activités actives et passives
 - bas élastiques
- particularités:
 1. moyens compensatoires:
 - orthèse, prothèse: emplacement, utilisation
 2. autres:
 - circulation sanguine: température des membres, présence de varices, coloration (cyanose, pâleur), nécrose

5. Dormir et se reposer: Nécessité pour tout être humain de prendre du sommeil et du repos dans de bonnes conditions, en quantité suffisante afin de permettre à l'organisme d'obtenir son plein rendement.

- sommeil: quelles sont vos habitudes de sommeil?
quantité: nombre d'heures de sommeil par nuit
qualité: profond, léger, agité, chauchemar, etc.
vous sentez-vous reposé au réveil?
présence de rêves, cauchemars
profiter de l'occasion pour préciser l'horaire de l'unité
- sieste:
oui ou non; quand
- émotions:
est-ce que les émotions influencent votre sommeil?
anxiété, joie, peur
- environnement:
pièce: lumière, température, aération, bruit, nombre de
personnes dans le lit
- habitudes:
heure de coucher, de réveil, de lever, nombre d'oreillers
- particularités et moyens compensatoires:
moyens pour faciliter le sommeil: lecture, musique,
relaxation, lait chaud, tisane, somnifère, couverture
électrique, bain, etc.

6. Se vêtir et se dévêtir:

Nécessité propre à l'individu de porter des vêtements adéquats selon les circonstances pour protéger son corps de la rigueur des climats et permettre une liberté de mouvements. Pour certaines sociétés, c'est par pudeur que l'on s'habille. Si le vêtement permet d'assurer le bien-être et de protéger l'intimité sexuelle des individus, il représente aussi une signification d'appartenance à un groupe, à une idéologie ou à un statut social. Le vêtement peut aussi devenir un élément de communication par l'attrait qu'il suscite entre les individus.

- capacité à se vêtir:
seul
avec aide: totale ou partielle
choix de ses vêtements
- émotions:
les émotions influencent-elles le choix et le port de vos vêtements?
Ex: - porter du noir lorsqu'on se sent triste
- porter des vêtements amples pour cacher la forme du corps que l'on aime pas
- tenue débraillée
- désintéressement
- refus de se vêtir et de se dévêtir

- environnement:
 - la température saisonnière, l'activité en cours, l'argent, la mode, l'influence des autres, le rôle social
- habitudes vestimentaires:
 - vêtements reliés à l'apparence physique: souliers, gaines, propreté
 - choix du vêtement selon la race et la culture, selon la condition physique (handicapé)
 - choix de ses vêtements pour dormir
- particularités et moyens compensatoires:
 - réaction de la peau (érythème, transpiration de la peau, etc.,) au tissu (synthétique, laine) et à la couleur (teinture).

7. Maintenir température du corps dans les limites normales:

Nécessité pour l'organisme de conserver une température à un degré à peu près constant (l'écart normal chez l'adulte en santé se situe entre 36.1°C et 38°C) pour se maintenir dans un état de bien-être.

- Système thermo-régulateur: frileux, supporte mal la chaleur, bouffée de chaleur, extrémités froides, peau chaude
 - hypo ou hyperthermie
 - insolation (coup de soleil),
 - engelure
 - coloration (pâle, blanche)
 - pilo-érection
- émotions:
 - les émotions feront changer la température du corps
 - l'anxiété et la joie élèvent la température du corps
 - la peur diminue la température du corps
 - stress, anxiété, etc.
- environnement:
 - température de la pièce et l'extérieur
 - degré d'humidité, aération, pauvreté (chauffage inadéquat)

- habitudes:
 - culture, exercices musculaires
 - température ambiante à la maison
 - vêtements spécifiques aux saisons
 - diminution ou augmentation des aliments en quantité et en valeurs colorifiques (graisse, sucre)
- particularités et moyens compensatoires:
 - thermostat
 - vêtements appropriés
 - ventilateur

8. Etre propre et protéger ses téguments:

Nécessité pour l'individu de garder son corps propre, d'avoir une apparence soignée et de maintenir la peau saine afin qu'elle puisse jouer son rôle de protection contre toute introduction dans l'organisme de poussières, de microbes, etc.

- intégrité des téguments: (peau et muqueuse)
 - décrivez l'état de la peau du bénéficiaire
 - propreté, lisse, douce, grasse, coloration rosée, sèche, humide, odeur, turgescence,
 - observez-vous des lésions? type, description et localisation: plaie, rougeur, démangeaison, éruption.
- intégrité des phanères: (poils, cheveux, ongles et dents)
 - propreté, humidité des muqueuses, état des ongles des mains et des pieds
- émotions:
 - image corporelle personnelle
 - influence des émotions sur les habitudes d'hygiène
- environnement:
 - commodités sanitaires, habitudes d'hygiène selon la culture
- habitudes:
 - mesure d'hygiène
 - bain, douche (fréquence), seul ou avec aide partielle ou totale
 - savon, lotion, dentifrice, déodorant, maquillage
- particularités:
 - produits utilisés, port de perruque, toupet.

9. Eviter les dangers:

Nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression interne ou externe pour maintenir son intégrité physique et psychologique.

- intégrité physique:
 - comment le bénéficiaire se protège contre toute agression interne ou externe
 - que faites-vous pour vous maintenir en bonne santé et pour prévenir des troubles de santé:
 - bonnes habitudes vie
 - fidélité au traitement
 - contrôle du poids
 - auto-examen des seins, testicules
 - vaccination
 - habitudes préventives (cannes, marchette, souliers anti-dérapants
 - bracelet d'identification et d'allergie
 - moyens de prévention des accidents, des infections, des maladies, contentions
- intégrité physique:
 - attitudes positives face à la vie, moyen de détente, de relaxation d'aide, support familial, et des amis, mécanismes de défense, capacité de faire face au stress, les peurs et phobies, peur de mourir, abandon, craint la solitude, insécurité, se sent rejeté, s'isole, anxiété, estime de soi diminué, agitation, nervosité.
- intégrité physique et psychique: contraception
 - prévention des agressions, des M.T.S.
 - idées suicidaires, burn out, état dépressif
- particularités:
 - abus de drogues, alcool, médicaments, cigarettes

10. Communiquer avec ses semblables:

Nécessité qu'à l'être humain d'échanger avec ses semblables. Il met en branle un processus dynamique verbal et non verbal permettant à des personnes de se rendre accessibles l'une à l'autre, de parvenir à la mise en commun de sentiments, d'opinions, d'expériences et d'informations.

- les sens: vue: voit bien, peu, cécité partielle, aveugle, diminuée le soir, daltonisme; glaucôme, cataractes, écoulement
pupilles: taille, égalité, réaction à la lumière

prothèses: lunettes, lentilles cornéennes, prothèses oculaires droite/gauche, lentilles permanentes.

ouïe: entend bien, peu, surdité partielle complète, lire sur les lèvres, cérumen

prothèses: appareil auditif droit/gauche

autres: odorat et goût: diminution ou absence
toucher: hyper ou hypoesthésie
langage: tutoiement, vouvoiement, sobriquet, bégaiement, aphasie: globale-partielle, laryngectomie, muet, défaut de prononciation
troubles de la motricité: paralysé
- état mental:
 - orienté (temps, espace, personne)
 - mémoire (ancienne, récente)
 - lucide
 - hallucination (auditive-visuelle)
 - état de conscience: conscient, semi-conscient, comateux, désorienté
- expression verbale:
 - s'exprime facilement, précis, concis, mutisme, volubile, débit lent, se répète, parle peu, amorphe, hésitant
 - intonation: basse, aigue, faible
 - contenu: décousu, incohérent, logorrhée, élabore peu, fait du coq à l'âne, importance aux détails
- expression non-verbale:
 - attitude corporelle durant l'entrevue:
posture droite, tendue, détendue, affaissée, épaules voutées, jambes croisées, bras croisés, pleurs, gestes des mains, etc...
 - expression du visage: souriant, triste, crispé, renfrogné
regard direct, fixe, hagard, fuit le regard.

- émotions: expression des sentiments, idées et besoins:
comment les émotions influencent le bénéficiaire:
façon d'entrer en contact avec les autres
ex: sentiment de joie et bonheur le font aller vers les autres;
sentiments de peur et de méfiance peuvent faire qu'il se retire et s'isole
 - dépendance
 - comment il se sent à l'hôpital - la mère qui laisse sa famille au foyer, le père qui laisse son travail

- sexualité:
Y a-t-il des choses que vous aimeriez discuter concernant votre sexualité?

- relation avec les autres:
Etes-vous capable de demander de l'aide à quelqu'un: famille, ami(e)s, travail, groupes sociaux, religieux
Etes-vous à l'aise de discuter avec les autres, avec moi?
Etes-vous capable de prendre des décisions ou laissez-vous les autres décider pour vous?

- particularités:
vers qui vous tournez-vous pour chercher de l'aide en cas de besoin?
avez-vous à déplorer: difficultés avec les enfants, parenté, conjoint, alcoolisme, drogue.

11. Agir selon ses croyances et ses valeurs:

Nécessité pour tout individu de poser des gestes, des actes conformes à sa notion personnelle du bien et du mal et de la justice, et à la poursuite d'une idéologie.

- religion:
laquelle ou aucune
comment, auprès de qui trouvez-vous une source de force et un sens à la vie?

habitudes de pratiques:
croyances, valeurs, est-ce important pour vous de pratiquer une religion?
méditation, prières Dieu ou la religion sont-ils importants pour vous?

- environnement:
moyen de transport, le milieu est accessible ou non

- particularités:

Y a-t-il une personne ou une pratique religieuse (livre, rituel) que vous souhaiteriez pendant votre hospitalisation?:

Il est important de connaître les exigences et les restrictions reliées à une pratique religieuse ou une idéologie. Par exemple, les témoins de Jéhovah vont refuser les transfusions de sang.

- 1) moyens compensatoires: téléviseur, radio, lectures, visite à domicile par le clergé
- 2) autres: désire visite du clergé
désire visite du service de Pastorale

12. S'occuper de façon à se réaliser:

Nécessité pour tout individu d'accomplir des activités qui lui permettent de satisfaire ses besoins ou d'être utile aux autres. Les actions que l'individu accomplit lui permettent de développer son sens créateur et d'utiliser son potentiel au maximum. La gratification que l'individu reçoit à la suite de ses actions peut lui permettre d'en arriver à un plein épanouissement.

- occupation:

travail, retraité, sans emploi

- scolarité:

niveau primaire, secondaire, collégiale, universitaire, aucun, autres
savez-vous lire et écrire?

- rôle social:

époux(se), mère-père, célibataire, veuf(ve), chômeur, etc...

- intérêts:

clubs sociaux et associations
activités en groupe ou seul
jardinage, lecture, autres
activités actuelles

- particularités:

ces capacités, les émotions, l'environnement
l'empêchent-ils de se sentir utile? Si oui, comment
compense-t-il?

Avez-vous des activités ou occupations qui vous donne
le sentiment d'être utile malgré la situation
actuelle? oui ou non? Expliquez?
Voulez-vous participer à vos soins?

13. Se recréer:

Nécessité pour l'être humain de se divertir par une occupation agréable dans le but d'obtenir une détente physique et psychologique.

- loisirs:
Avez-vous des loisirs ou des moyens que vous prévilégiez pour vous libérer de vos tensions
Par exemple: lecture, jeux, danse, télévision, bingo, bricolage
- sorties:
magasinage, visite de famille, d'église, voyages
- émotions:
de quelle façon l'activité récréative vous permet d'extérioriser vos émotions et de libérer vos tensions? Plaisir et détente, fatigue, joie, faiblesse, gêne, état dépressif, refuse activité
- environnement:
L'informer des activités disponibles à certaines unités et l'encourager à y participer s'il y a lieu.
Par exemple: bingo à l'unité de U.S.P. (Médecine II), sorties, bricolage, etc... à l'unité de Psychiatrie, visite de bénévoles, groupe de support, etc...
- particularités:

14. Apprendre:

Nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habilités pour la modification de ses comportements ou l'acquisition de nouveaux comportements dans le but du maintien ou du recouvrement de la santé.

- perception de sa condition actuelle:
comment qualifiez-vous votre santé en générale?
le bénéficiaire est-il au courant de sa maladie?
quelles sont vos attentes en rapport avec votre hospitalisation?
- émotions:
Comment réagissez-vous à votre hospitalisation?
état de réceptivité, intérêt à apprendre
- environnement:
éclairage, local adéquat, ambiance calme facilite l'apprentissage

- habitudes:
 - mieux disposé le matin ou le soir
 - quelle méthode d'enseignement vous aide le mieux:
lecture, dessins, démonstration, etc...
- particularités:
 - difficulté d'apprentissage, illettré, vision diminuée,
douleur, limité intellectuellement

Emission: juin 1989
Revision précédente: septembre 1989
Revision courante: juillet 1990

0973D

COMPLEXITE DE L'IMPLANTATION DU PLAN D'INTERVENTION

A PARTIR D'UN MODELE CONCEPTUEL

HAUTE

COMPORTEMENT DE GROUPE

Apprendre à travailler en équipe

SAVOIR FAIRE

Considérer le bénéficiaire sous l'aspect bio-psycho-social. Elaborer ou participer à l'élaboration de la collecte des données et du plan d'intervention infirmier.

SAVOIR ETRE

Remise en question du professionnel. Penser et agir en fonction du mieux être du bénéficiaire.

SAVOIR

Acquisition de connaissances théoriques du modèle conceptuel.
Identification du rôle.

FAIBLE

COURT

TEMPS NECESSAIRE

LONG

L'implantation d'un modèle conceptuel est un changement majeur qui implique des difficultés et de la résistance au changement. Un projet de cette envergure peut facilement s'échelonner sur une période allant de 5 à 10 ans

IMPLANTATION DU MODELE CONCEPTUEL DE VIRGINIA HENDERSON

GRILLE DE CONTRÔLE DES APPRENTISSAGES ET/OU DES ACQUIS

ACQUIS/APPRENTISSAGE		POINTAGE					COMMENTAIRES
		1	2	3	4	5	
SAVOIR	capacité d'expliquer le modèle						
	capacité d'énoncer les exigences pratiques du modèle						
	capacité de décrire son rôle						
	capacité de distinguer la spécificité de son rôle vis-à-vis celui des autres intervenants						
	capacité de nommer les changements nécessaires						
	autre: (spécifier)						
SAVOIR FAIRE	capacité d'élaborer et/ou de participer à l'élaboration de la cueillette de données et du plan de soins						
	capacité de s'acquitter adéquatement de son rôle						
	capacité de travailler en équipe						
	autre: (spécifier)						
SAVOIR ÊTRE	aptitude à témoigner des valeurs du modèle						
	esprit d'ouverture au changement						
	implication dans l'action						
	autre: (spécifier)						

SAVOIR ÊTRE

APPRENTISSAGE	DATE			POINTAGE					COMMENTAIRES
				1	2	3	4	5+	
<ul style="list-style-type: none"> - Dénote un esprit d'ouverture au changement. - S'implique dans l'implantation. - Démontre de l'autonomie dans ses interventions et développe une attitude intérieure à "<u>être infirmière</u>". 									

Évalué par: _____ infirmière
 _____ date

Commentaires: _____

signé: _____
 date: _____

Date	Diagnostic infirmier	Objectif	Intervention(s)	Réalisation		Échéance
				OUI	NON	

ECHEANCIER pour le CONTROLE des

PLANS D'INTERVENTION

CHAM.	NOM	OCTOBRE 1988					NOVEMBRE 1988					DECEMBRE 1988				JANVIER 89				
		1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	1	7	15	22	29	
101	A. L 19/09			V s		V j	0													
102	B. C	X											0							
103	C. D		X											0						
104	D. E 18/09										0									
105	E. G 12/06								0											
106	F. N			X											0					
107	G. M				X											0				
108	M. O 15/07	0																		
109	E. S					X														
110	A. B 16/08				V n		0													
111	N. P 28/09				V js		V j					0								
112	X. R						X													
113	E. P							X												
114	S. K								X											
115	P. S									X										

X	PLAN D'INTERVENTION INITIAL
V j s n	REVISION DU PLAN D'INTERVENTION SPECIFIANT LES QUARTS CONCERNES
0	REVISION 90 JOURS

* Ecrire
à la mine

INSTRUMENT D'ANALYSE DES DONNEES

BESOIN SPECIFIQUE SATISFAIT (MANIFESTATION D'INDEPENDANCE)	BESOIN FONDAMENTAL	BESOIN SPECIFIQUE NON-SATISFAIT (MANIFESTATION DE DEPENDANCE)	SOURCE DE DIFFICULTE (Facteur causal) (MANQUE DE - Force - Volonté + Connaissances)
	Respirer		
	Boire et Manger		
	Eliminer		

INSTRUMENT D'ANALYSE DES DONNEES

BESOIN SPECIFIQUE SATISFAIT (MANIFESTATION D'INDEPENDANCE)	BESOIN FONDAMENTAL	BESOIN SPECIFIQUE NON-SATISFAIT (MANIFESTATION DE DEPENDANCE)	SOURCE DE DIFFICULTE (Facteur causal) (MANQUE DE - Force - Volonté - Connaissances)
	Se mouvoir et maintenir une bonne posture		
	Dormir et se reposer		
	Se vêtir et se dévêtir		

INSTRUMENT D'ANALYSE DES DONNEES

BESOIN SPECIFIQUE SATISFAIT (MANIFESTATION D'INDEPENDANCE)	BESOIN FONDAMENTAL	BESOIN SPECIFIQUE NON-SATISFAIT (MANIFESTATION DE DEPENDANCE)	SOURCE DE DIFFICULTE (Facteur causal) (MANQUE DE - Force - Volonté - Connaissances
	Maintenir la T° dans les limites normales		
	Etre propre et protéger ses tégu- ments		
	Eviter les dangers		

INSTRUMENT D'ANALYSE DES DONNEES

BESOIN SPECIFIQUE SATISFAIT (MANIFESTATION D'INDEPENDANCE)	BESOIN FONDAMENTAL	BESOIN SPECIFIQUE NON-SATISFAIT (MANIFESTATION DE DEPENDANCE)	SOURCE DE DIFFICULTE (Facteur causal) (MANQUE DE - Force - Volonté - Connaissances
	Communiquer avec ses semblables		
	Agir selon ses croyan- ces et ses valeurs		
	S'occuper en vue de se réaliser		

INSTRUMENT D'ANALYSE DES DONNEES

BESOIN SPECIFIQUE SATISFAIT (MANIFESTATION D'INDEPENDANCE)	BESOIN FONDAMENTAL	BESOIN SPECIFIQUE NON-SATISFAIT (MANIFESTATION DE DEPENDANCE)	SOURCE DE DIFFICULTE (Facteur causal) (MANQUE DE - Force - Volonté - Connaissance)
	Se recréer		
	Apprendre		

DEMARCHE DES SOINS INFIRMIERS

NURSING 1-11
UNITE 12
MODULE # 1

1.1 Introduction à la démarche des soins infirmiers

Après avoir maîtrisé le contenu de ce module, l'étudiant-e sera en mesure de:

- 1.1,01 Retracer les origines et l'évolution de la démarche des soins infirmiers (processus-infirmier).
- 1.1,02 Faire la comparaison entre la démarche scientifique, la démarche de résolution de problème et la démarche des soins.
- 1.1,03 Nommer des caractéristiques de la démarche de soins infirmiers.
- 1.1,04 Décrire la démarche des soins infirmiers.
- 1.1,05 Identifier les cinq (5) étapes de la démarche des soins infirmiers.
- 1.1,06 Définir les termes "besoin" et "problème". (p. 339-354)
- 1.1,07 Différencier entre besoin comblé, besoin menacé (problème potentiel) et besoin perturbé (problème actuel ou réel).
- 1.1,08 Expliquer les différentes habiletés requises pour une bonne compréhension de la démarche des soins infirmiers (prof.)

1.2 l'évaluation de la situation

- 1.2,01 Définir la première étape de la démarche des soins infirmiers, "l'évaluation de la situation du client".
- 1.2,02 Identifier ce en quoi consiste l'évaluation de la situation du client.
- 1.2,03 Dire ce qu'on entend par le terme "donnée". (p. 306-340)
- 1.2,04 Faire la différence entre une donnée objective et donnée subjective.
- 1.2,05 Dire en quoi consiste la collecte des données.

- 1.2,06 Identifier les sources d'informations dont dispose l'infirmière pour recueillir les données du client.
- 1.2,07 Expliquer les cinq (5) méthodes de base qu'utilisent les infirmières pour faire la collecte des données. (p. 341-344)
- 1.2,08 Décrire ce qu'on entend par "profil du client". (p.344)

1.3 Analyse et interprétation

- 1.3,01 Expliquer la seconde étape de la démarche des soins: "l'analyse et l'interprétation des données".
- 1.3,02 Démontrer comment l'identification du besoin non comblé (problème actuel) ou du besoin menacé (problème potentiel) découle de la collecte des données et de son interprétation.
- 1.3,03 Dire ce qu'on entend par diagnostic infirmier. (p.354-431)
- 1.3,04 Prendre connaissance de différentes définitions qu'on a donné au diagnostic infirmier.
- 1.3,05 Décrire les caractéristiques découlant des différentes définitions du diagnostic infirmier.
- 1.3,06 Différencier entre diagnostic médical et diagnostic infirmier.
- 1.3,07 Identifier les diverses composantes du diagnostic infirmier.
- 1.3,08 Connaître les deux (2) étapes du diagnostic infirmier.
- 1.3,09 Identifier l'étape de la démarche que l'infirmière doit obligatoirement utiliser avant de poser un diagnostic infirmier.
- 1.3,10 Prendre connaissance de l'exemple proposé dans le volume de Erb illustrant de quelle façon le diagnostic infirmier est tiré de la collecte des données.
- 1.3,11 Etre en mesure de discuter des normes proposées par Mundinger et Jauron pour formuler un diagnostic infirmier.
- 1.3,12 Elaborer sur les avantages de poser un diagnostic infirmier.

Des activités intellectuelles spécifiques sont requises de la part de l'infirmière dans le but de poser un diagnostic. Les autres professions et la littérature infirmière offrent différents modèles de ce processus.

- 1.3,13 Prendre connaissance de trois de ces modèles.
- 1,3,14 Identifier les habiletés spécifiques que l'infirmière doit posséder afin d'être en mesure de poser avec compétence un diagnostic.
- 1.3,15 Expliquer ce qu'on entend par problèmes cliniques du client (voir Carpenito p. 17)
- 1.3,16 Etablir la différence entre "diagnostic infirmier" et "problèmes cliniques".

1.4 La planification des soins

- 1.4,01 Définir la troisième étape de la démarche des soins infirmiers: "la planification des soins"
- 1.4,02 Dire comment l'infirmière peut établir ses priorités face aux différents problèmes de santé identifiés.(p.355 440)
- 1.4,03 Enumérer les personnes qui peuvent être aptes à résoudre les problèmes.
- 1.4,04 Définir le terme "objectif"
- 1.4,05 Expliquer la nécessité de formuler des objectifs dans la planification des soins.
- 1.4,06 Différencier entre un objectif à court, à moyen et à long terme.
- 1.4,07 Identifier les caractéristique d'un objectif.
- 1.4,08 Expliquer les trois (3) éléments dont doit être composé un objectif écrit.
- 1.4,09 Faire la relation entre les objectifs et le diagnostic infirmier.
- 1.4,10 Savoir comment déterminer les critères de résultats des objectifs fixés.
- 1.4,11 Identifier le but des interventions infirmières.
- 1.4,12 Faire la différence entre les interventions infirmières indépendantes et les interventions infirmières de colla-

boration (donner des exemples)

- 1.4,13 Expliquer sur quoi se base l'infirmière pour choisir entre les différentes possibilités d'interventions qui s'offrent à elle.
- 1.4,14 Nommer les cinq (5) éléments qui doivent être inclus dans les ordonnances infirmières (interventions)
- 1.4,15 Identifier les différentes catégories "d'interventions infirmières".

1.5 L'exécution

- 1.5,01 Définir la quatrième étape du processus infirmier: "l'exécution des soins".
- 1.5,02 Faire ressortir le but de l'exécution des soins.
- 1.5,03 Expliquer ce que veut dire déléguer des activités infirmières.
- 1.5,04 Enumérer les éléments dont l'infirmière doit tenir compte lorsqu'elle prodigue des soins à son client.

1.6 L'évaluation de l'atteinte des objectifs

- 1.65,01 Décrire la cinquième étape du processus infirmiers: "l'évaluation de l'atteinte des objectifs".
- 1.6,02 Enumérer quatre (4) conclusions possibles que l'évaluation peut révéler.

LA DEMARCHE DES SOINS INFIRMIERS

NURSING 1-11
UNITE 12
MODULE # 2

2.1 Le plan de soin

Après avoir maîtrisé le contenu de ce module, l'étudiante sera en mesure de:

- 2.1,01 Définir ce qu'on entend par "plan de soins écrit".
- 2.1,02 Dire à quel moment débute le plan de soins et quand il est révisé.
- 2.1,03 Identifier les buts du plan de soins écrit.
- 2.1,04 Expliquer comment le plan de soins écrit aide l'infirmière à donner des soins individualisés au client.
- 2.1,05 Faire ressortir comment le plan de soins assure la continuité des soins.
- 2.1,06 Dire comment le plan de soins se révèle un instrument utile dans l'évaluation des soins.
- 2.1,07 Expliquer comment le plan de soins contribue à promouvoir un esprit d'équipe.

EVALUATION DE LA RECHERCHE

A) Facteurs inhérents aux problèmes (6):

1. Les connaissances de base des infirmières dans le milieu de recherche, sur la démarche de soins et particulièrement sur la collecte de données.
2. Les connaissances de base des infirmières dans le milieu de recherche sur le cadre de référence en soins infirmiers.
3. La qualité de l'outil disponible dans le milieu de recherche (la ceuillette de données).
4. Le niveau de l'utilisation de la collecte de données dans le milieu de recherche.
5. Le processus de changement idéal à la situation et au milieu.
6. Le rôle de soutien de chercheur dans le milieu de recherche.

b) Objectifs de la recherche:

Selon le modèle de Colletette et Delisle

Phase I (diagnostic): Impliquer les intervenants concernés par la problématique, au processus stratégique (processus).

Phase II (Planification de la solution): Créer un instrument de base de la collecte de données (contenu)

Phase III (Exécution): Implanter l'utilisation de la collecte de données dans une unité pilote de soins de l'hôpital, celle de Médecine I (processus)

Phase IV (évaluation): Evaluer l'instrument de collecte de données et le processus d'implantation, de son utilisation dans une unité de soins (contenu et processus).

c) Questions à se poser (Rochon: A.C.C.E.S.):

- A. Avantage relatif: le projet présente-t-il un avantage sur ce qui existait auparavant?
- C. Compatibilité: le projet est similaire au vécu antérieur. Est-il compatible avec les valeurs des participants?
- C. Complexité: le projet n'est pas complexe. Est-il simple à comprendre et à utiliser?
- E. Potentiel d'Essai: les participants ne ressentent pas l'obligation d'adhérer au projet. Sont-ils libres d'y adhérer?
- S. Observation: les participants peuvent suivre l'évaluation du projet. Le projet est-il observable?

Autres questions:

1. Quels sont les facteurs qui ont aidé à la réalisation de cette recherche sur (l'intégrité de la collecte de données) sur l'unité pilote?

2. Quels sont les facteurs qui ont permis à la réalisation de la recherche.

PROJET D'INTEGRATION DE LA DEMARCHE DES SOINS INFIRMIERS

PROJET

Intégration de la démarche des soins infirmiers sur les unités de soins infirmiers

GROUPE INITIATEUR

Comité de la démarche de soins infirmiers: direction des soins infirmiers

PROBLEMATIQUE

- Considérant que selon les normes de pratique infirmière de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Nouveau-Brunswick, "la pratique infirmière exige l'utilisation efficace de la démarche infirmière comme méthode de travail dans l'exercice des fonctions de la pratique infirmière".
- Considérant que selon les normes de la pratique infirmière de l'Association des Infirmières et Infirmiers de Nouveau-Brunswick, "la pratique infirmière exige qu'un modèle conceptuel propre à la profession infirmière soit le fondement de cette pratique".
- Considérant que selon les normes de la pratique infirmière de l'Association des Infirmières et Infirmiers du Canada le modèle conceptuel et la démarche scientifique sont essentiels à la pratique de l'infirmière.
- Considérant que selon le philosophie des soins infirmiers de notre établissement, "la démarche des soins infirmiers est une démarche scientifique permettant d'aider l'individu et sa famille à atteindre un état de santé optimal: démarche basée sur le modèle conceptuel de Henderson".
- Considérant que selon les recommandations du Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux de 1987 nous devons appliquer un schème conceptuel pour guider le processus des soins infirmiers.
- Considérant que à titre personnel nous cheminons dans le processus d'un objet de recherche à l'intérieur de la maîtrise en éducation dont le sujet est "le soutien à l'application de la cueillette de données en soins infirmiers" et que nous avons à coeur de stimuler les professionnelles infirmières à pratiquer en respectant les normes et critères de compétence de la profession.
- Considérant que la démarche de soins infirmiers se définit ainsi: "Organisation écrite et systématique des données sur le client: ses perceptions, ses habitudes, ses difficultés(...). Le développement d'une telle pratique scientifique exige l'utilisation d'une méthode scientifique: cueillette et analyse des données, planification des actions, exécution des actions, évaluation des actions ainsi que la révision des étapes de la méthode, jusqu'aux résultats voulus".

- Considérant qu'une formation a eu lieu dans la sphère précise en 1985 auprès de 21 infirmières et qu'aucune intégration de la formation a eu lieu par la suite, ni de suivi sur les unités de soins par la personne consultante (ressource-expert).
- Considérant que pour mener ce projet avec succès nous estimons qu'une personne spécialisée en la matière doit effectuer une formation auprès des infirmières de l'unité de soins pilote (sur la démarche de soins infirmiers et sur le modèle de Henderson), poursuivre le processus jusqu'à l'intégration sur l'unité de toutes les étapes de la démarche et effectuer un suivi régulier par la suite.

Nous croyons opportun, justifié et impératif l'embauche d'une personne responsable de l'aspect clinique dans le domaine des soins infirmiers pour offrir à la population infirmière les services de formation et d'intégration adéquats en démarche de soins et cadre conceptuel de Henderson et dans d'autres activités de soins.

PROBLEME

Les infirmières doivent pratiquer en utilisant une démarche scientifique basée sur un modèle conceptuel nursing. Aucune personne spécialisée en la matière n'est disponible dans notre établissement pour se faire.

OBJECTIFS

- . Promouvoir la qualité des soins infirmiers.
- . Motiver les infirmières à travailler en utilisant la démarche scientifique, soit en respectant les normes et critères de compétence de la pratique du Nouveau-Brunswick et du Canada.
- . S'assurer et faciliter l'intégration et le suivi des étapes de la démarche à l'unité de soins pilote.
- . Répondre aux recommandations du Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux.

SOLUTIONS

Dans le but ultime d'améliorer la qualité des soins infirmiers, d'intégrer la cueillette de données et les autres étapes de la démarche de soins avec succès, de répondre aux normes et critères de compétence de la pratique, de respecter les recommandations du Conseil Canadien d'Agrément des Hôpitaux nous croyons essentiel d'engager une personne ressource spécialisée dans un tel champ d'activité: personne responsable de mettre à jour les connaissances des infirmières dans le domaine clinique (démarche des soins infirmiers et autres.)

INTERVENANTS CONCERNES

- Ministère de la Santé et des Services Communautaires
- Direction de l'Hôpital Régional d'Edmundston: via comité de régie (comité consultatif de la direction générale)
- Direction des soins infirmiers
- Comité de la démarche des soins infirmiers
- Service d'éducation
- Infirmières des unités de soins
- Ecole de Formation Infirmière d'Edmundston
- Consultante de l'Université de Montréal
- Infirmière clinicienne

IMPACTS

- . Pour le malade, intégration avec succès conduisant vers:
 - Participation accrue à la planification et évaluation leurs soins.
 - Facilitation de la communication entre le malade et l'intervenant à toutes les étapes de la démarche.
 - Support et cheminement vers la prise en charge par le malade lui-même.
- . Pour l'infirmière, intégration plus rapide et avec succès d'une démarche scientifique et d'un outil applicable et adapté au milieu.
- . Respect des normes et critères de compétence.
- . Suivi assuré et soutien assuré par ressources expertes.

. Impact budgétaire:

Coûts non récurrents:

Service d'une consultante spécialisée en démarche (30 jours sur place):

Repas:	\$1,216.00	
Hotel:	2,584.00	\$22,264
Déplacement:	3,264.00	
Service expert:	15,200.00	

(Voir détail en annexe I)

Formation de la clinicienne retenue et des personnes ressources:

Repas:	\$275.00	
Hotel:	300.00	
Déplacement:	260.00	\$2,420
Service expert:	600.00	
Colloque:	985.00	

(Voir détail en annexe I)

Formation des infirmières (20 infirmières x 3 groupes) des unités de soins pour l'année fiscale 1989-90 (6 jours): \$86,670.00

Formation des infirmières des unités de soins pour l'année fiscale 1990-91 (20 infirmières x 3 groupes) (6 jours): \$86,670.00

Un (1) ordinateur IBM-PC: \$19,000.00

Coûts récurrents:

- * Un (1) salaire de la clinicienne à temps complet GN-5 1.15 TCE: \$36,250.50
- * Un (1) secrétaire à temps complet CT-2 1.15 TCE: \$22,479.00

Voir Sommaire en annexe II

Service de la consultante

Formation de la clinicienne et des personnes ressources (équipe pivot):

1er Bloc
Mai 1989 Médecine I
(6 jours) Repas: \$ 192.00 (\$32/jr)
Hôtel: 408.00 (\$68/jr)
Déplacement: 272.00
(\$136/a et r)
Services Expert: 2,400.00 (\$400/jr)
Total: \$3,272.00

2e Bloc
Juillet 1989 Médecine I
(2 jours) Repas: \$ 64.00
Hôtel: 136.00
Déplacement: 272.00
Services: 800.00
Total: \$1,272.00

Remplacement infirmières:
(6 jours x 20 inf.): \$28,890.00

3ième Bloc
Septembre 1989 Médecine II et
Psychiatrie
(4 jours) Repas: \$ 128.00
Hôtel: 272.00
Déplacement: 272.00
Services: 1,600.00
Total: \$2,272.00

4ième Bloc
Novembre 1989 Médecine II et
Psychiatrie
(2 jours) Repas: \$ 64.00
Hôtel: 136.00
Déplacement: 272.00
Services: 800.00
Total: \$1,272.00

Remplacement infirmières:
(6 jours x 20 inf.): \$28,890.00

5ième Bloc
Février 1989 Chirurgie I
(4 jours) Repas: \$ 128.00
Hotel: 272.00
Déplacement: 272.00
Services: 1,600.00
Total: \$2,272.00

6ième Bloc
Mars 1989 Chirurgie I
(2 jours) Repas: \$ 64.00
Hôtel: 136.00
Déplacement: 272.00
Services: 800.00
\$1,272.00

Remplacement infirmières:
(6 jours x 20 inf.): \$28,890.00
TOTAL: \$98,302.00

avril 1989 Repas: \$ 75.00
(Montréal) Hôtel: 300.00 (\$100/soir)
Déplacement: 260.00
Services expert: 600.00 (\$300/jrs)
Total: \$1,435.00

Colloque sur diagnostics infirmiers pour
équipe pivot
Septembre 1989 (Québec)
Inscription: \$ 390.00 (\$195/personne)
Hôtel: 300.00 (\$100/soir)
Déplacement et
repas: 295.00
Total: \$ 985.00

TOTAL: \$2,420.00

7ième Bloc
 Mai 1990 Chirurgie II
 (4 jours) Repas: \$ 128.00
 Hôtel: 272.00
 Déplacement: 272.00
 Services: 1,600.00
 Total: \$2,272.00

8ième Bloc
 Juin 1990 Chirurgie II
 (2 jours) Repas: \$ 64.00
 Hôtel: 136.00
 Déplacement: 272.00
 Services: 800.00
 Total: \$1,272.00

Remplacement infirmières:
 (6 jours x 20): \$28,890.00

9ième Bloc
 Septembre 1990 Urgence et
 Soins Intensifs
 (4 jours) Repas: \$ 128.00
 Hôtel: 272.00
 Déplacement: 272.00
 Services: 1,600.00
 Total: \$2,272.00

10ième Bloc
 Octobre 1990 Urgence et
 Soins Intensifs
 (2 jours) Repas: \$ 64.00
 Hôtel: 136.00
 Déplacement: 272.00
 Services: 800.00
 Total: \$1,272.00

Remplacement infirmières:
 (6 jours x 20): \$28,890.00

11ième Bloc
 Novembre 1990 Pédiatrie et
 Gynéco-obstétrique
 (4 jours) Repas: \$ 128.00
 Hôtel: 272.00
 Déplacement: 272.00
 Services: 1,600.00
 Total: \$2,272.00

12ième Bloc
 Décembre 1990 Pédiatrie et
 Gynéco-obstétrique
 (2 jours) Repas: \$ 64.00
 Hôtel: 136.00
 Déplacement: 272.00
 Services: 800.00
 total: \$1,272.00

Remplacement infirmières:
 (6 jours x 20): \$28,890.00

GRAND TOTAL Consultante: \$22,264.00
 Equipe pivot: 2,420.00
 TOTAL: \$24,684.00

Remplacement des infirmières libérées 89-90: \$ 86,670.00
 Remplacement des infirmières libérées 90-91: 86,670.00
 Formation des personnes ressources: 2,420.00
 Consultante: 22,264.00

TOTAL: \$198,024.00 non récurrent 2 ans

SOMMAIRE

RECURRENT	NON RECURRENT
linicienne 1.15 TCE: \$36,250.00	Formation équipe pivot: \$ 2,420.00
ecrétaire 1.15 TCE: \$22,479.00	Consultante: 11,632.00
	Remplacements infirmières: 86,670.00 1989-90
TOTAL: \$58,729.50	TOTAL: \$100,722.00
pour récurrent/an	
	Consultante: 10,632.00
	Remplacements infirmières: 86,670.00 1990-91
	TOTAL: <u>97,302.00</u>
	Total non récurrent/2 ans: \$198,024.00

quipement: Ordinateur IBM-PC: \$19,000.



CANADIAN NURSES ASSOCIATION
ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU CANADA

50 The Driveway
Ottawa, Ontario K2P 1E2
Telephone (613) 237-2133
Facsimile (613) 237-3520

50, The Driveway
Ottawa (Ontario) K2P 1E2
Téléphone (613) 237-2133
Télécopieur (613) 237-3520

N/R 505-7-1

Le 21 novembre 1989

Madame Marie-Claude T. Belley
Directrice des services infirmiers
Hôpital régional d'Edmundston
54, 21^e avenue
Edmundston (N.-B.)
E3V 2C1

Chère madame

J'accuse réception bien en retard de votre dernier envoi, comprenant votre article qui paraîtra en toute probabilité en février prochain. Tout a été corrigé, tel que vous le demandiez. En relisant le texte attentivement, je me suis mis à l'aimer encore plus. Je pense qu'il attirera l'attention de plusieurs infirmières et surtout des personnes qui s'occupent d'intégration de la démarche. Vous devez avoir hâte d'avoir des réactions.

J'ai comparé la copie du document corrigé et accepté par le comité de lecture. Beaucoup de travail, n'est-ce pas. Je trouve que ce document doit maintenant demeurer à la bibliothèque de l'AIC. Si des lectrices désirent le consulter, il sera à leur disposition.

Quant aux diapositives, notre artiste en a choisi une seule. Il s'agit maintenant d'identifier les personnes ainsi : celle du centre (nom) que fait-elle? Celle portant des verres (nom) que fait-elle? et l'infirmière la plus près de la caméra (nom). J'imagine que l'indication des postes de chacune éclairera le lecteur. Je vous remercie de nous faire parvenir ces détails.

Quant au rapport de recherche, il pourrait être présenté sous forme de « sommaire » à notre rubrique « Recherche ». Ainsi, toutes les réponses seront données. Ce rapport rejoindra le premier document à la bibliothèque.

Je suis heureuse que cet article soit en si bonne voie. Je prendrai des vacances en janvier et je n'aurai pas à m'inquiéter. Je vous remercie de votre grande affabilité et aussi, faut-il le dire, de votre capacité à atteindre vos buts. Cela allège notre « poids du jour »!

Veillez accepter mes vœux bien cordiaux en prévision de décembre et du début d'une année nouvelle.

La rédactrice de langue française

Gertrude Pelletier

UN PROJET D'INTÉGRATION DE LA DÉMARCHE INFIRMIÈRE

*La résistance à l'application d'une démarche
de soins fait appel à une action. Surtout si
la correction souhaitée est réalisable.*

PAR MARIE-CLAUDE TURCOTTE-BELLEY, BScINF, MSc(Adm)

Tout nouveau langage prend un certain temps à s'intégrer. Il en est de même pour la démarche des soins infirmiers, qui selon Virginia Henderson remonterait au début du siècle. Son langage nouveau exige, depuis le début de son enseignement dans nos collèges et universités vers l'année 1967, une nouvelle approche de soins. Pour l'infirmière, il ne s'agit plus d'imposer des soins au soigné mais de demander la collaboration du soigné et l'encourager à se prendre en charge.

La démarche scientifique demande de l'infirmière qu'elle expose sa pensée par écrit, inscrive le contenu de son entrevue initiale, décrive son plan et ses activités de soins, alors qu'auparavant l'entrevue avec le client se déroulait sans modèle ni cadre conceptuel, sans grille de collecte de données. Déjà aussi, le plan de soins restait dans la tête de l'infirmière ou s'inscrivait sur un petit bout de papier qu'elle jetait à la poubelle à la fin de son quart de travail. Toutefois, l'infirmière inscrit depuis longtemps au dossier, et sur une fiche précise, les résultats de soins en fin de journée, pour chacun des bénéficiaires soignés.

La résistance à la démarche subsiste encore aujourd'hui comme à ses débuts, précisément à ses deux premières étapes, celle de la cueillette des données et celle de la planification. L'infirmière répondait alors comme plusieurs aujourd'hui : « Je n'ai pas le temps d'écrire tout ça ».

Marie-Claude Turcotte-Belley, directrice des services infirmiers de l'Hôpital régional d'Edmundston, fait de ce projet l'essentiel d'un travail de fin d'études de maîtrise en éducation à l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.



De gauche à droite, Manon Côte écoute les explications et observe, Linda Couturier rédige une intervention de soin au plan de soins et Claudine Roy vérifie l'exactitude des diagnostics de soins infirmiers en se fiant au *Guide pratique des diagnostics infirmiers*.

Pourtant, il serait irréaliste de partir en voyage sans, au départ, tracer son itinéraire. Que penserait-on d'un architecte qui coordonnerait la construction d'un bâtiment sans plan? Que penserait-on du médecin qui prescrirait des médicaments ou traitements sans avoir effectué un examen à son client (histoire de cas ou anamnèse)? Il s'agit de logique et de bon sens.

Puisque la majorité des infirmières re-

connaissent le bien fondé de la démarche, à quoi donc attribuer les facteurs de résistance? En voici quelques-uns : l'insuffisance des connaissances de base chez certaines, l'attribution insuffisante en personnel infirmier, la fréquence du mouvement de la clientèle, le manque de support de la part des dirigeants, l'ampleur de la collecte de données.

L'infirmière à qui un enseignement en démarche de soins n'a pas été donné

peut difficilement mettre de l'avant des notions qu'elle ignore. En outre, celle à qui l'on a donné des notions se rapportant à un cadre conceptuel spécifique peut difficilement utiliser un autre cadre conceptuel si elle ne le connaît pas. Il est à noter cependant que plus une infirmière possède de formation, moins elle résiste à l'application de la démarche. La formation universitaire amène l'étudiante à vouloir travailler de façon scientifique et professionnelle. Voilà probablement pourquoi « plus du tiers des infirmières ressentent le besoin de continuer leurs études en s'inscrivant à au moins un certificat en *nursing*¹ ». Ce qui expliquerait que la résistance à la démarche s'amenuise d'année en année. Il est difficile aussi de respecter la démarche si l'équipe ne comprend qu'une seule infirmière. En soins prolongés et à long terme, les institutions sont parfois constituées en majorité d'infirmières-auxiliaires et de préposés. Il est aisé de comprendre que le manque d'infirmières limite les activités infirmières. Aussi revient-il aux responsables de repenser la composition de l'équipe.

Le mouvement de la clientèle varie selon les unités. En psychiatrie, par exemple, le taux de roulement qui peut être de cinq par jour, soit cinq arrivées et cinq départs, peut s'avérer étourdissant et laborieux s'il manque des infirmières, surtout qu'à l'admission la clientèle est parfois agitée et agressive. Les hôpitaux bien pourvus en personnel y arrivent sans heurt. Dans une unité de chirurgie orthopédique, en 1984, nous remarquons que la cueillette de données débutait dès l'entrée du client dans sa chambre. Il était même invité à répondre aux questions d'une grille de collecte déposée à son chevet en attendant que l'infirmière puisse la compléter par l'entrevue. La cueillette a aussi été instituée avec profit dans de nombreux services d'urgence, services où la clientèle fluctue considérablement.

Un centre hospitalier est une entreprise et la gestion y est pyramidale, au même titre qu'une entreprise privée. Pour qu'une dynamique se reflète à la base, le leadership doit se vivre ou se percevoir au haut de la pyramide. Si la directrice des services infirmiers croit en la démarche ou aux connaissances essentielles, elle peut stimuler ses infirmières chefs en ce sens et ces dernières influenceront les infirmières soignantes. Le contraire peut aussi être vrai. « Il est possible que le mode de gestion influence la

Quant au problème entourant le soutien de la démarche, il m'apparaît d'ordre professionnel et d'ordre organisationnel

qualité des soins » écrivaient Laurin *et al.*² expliquant à quel point la dimension de commandement, la motivation, le processus de communication, l'influence-interaction, la prise de décision, la fixation des objectifs, la performance et la formation agissent sur les actions des exécutants et sur la qualité du service.

L'ampleur de la cueillette de données est aussi un facteur de résistance. Le format et le contenu des questions de la grille varient d'un milieu à l'autre; certains centres préfèrent une grille de huit pages et d'autres, une feuille recto-verso (comme le médecin). L'important est de tracer la problématique globale du client — qu'est-ce qui l'amène, quels sont ses besoins fondamentaux déficients. C'est ce qui permet à l'infirmière d'intervenir correctement. Little et Carnevali³ recommandent de respecter les principes suivants afin de ne pas alourdir impunément le processus : « N'inclure que l'information qui n'est pas recueillie par d'autres et qui est nécessaire aux infirmières pour donner des soins individualisés et éviter les formules qui exigent plus de temps pour être complétées que le temps dont l'infirmière dispose habituellement pour réaliser son entrevue ».

Il s'agit d'organiser une grille restreinte mais intégrant les 14 besoins fondamentaux ou les besoins d'ordre bio-psycho-sociaux, si l'on veut effectuer cette cueillette à partir du cadre de référence de Virginia Henderson. Et à mesure que l'on progresse, l'infirmière devient de plus en plus habile et utilise la démarche avec plus de rapidité. Adam⁴ dans un article qui tentait de réassurer les infirmières disait qu'il va de soi que dans les situations d'urgence la cueillette détaillée est remise à un autre moment.

Nous allons, dans un à-côté, souligner que les établissements de santé au Canada vivent depuis deux décennies avec l'ordinateur, mais que les services des soins

infirmiers déploient en ce sens des efforts dans les grands centres seulement et principalement quand il s'agit de procéder à l'élaboration de projets et d'unités pilotes. Le manque de logiciels n'a pas permis à l'infirmière de jouer un rôle privilégié plus tôt. Cependant aujourd'hui, il est possible de voir que l'ordinateur s'avèrera un facilitateur pour la démarche de soins et son utilisatrice. « À mesure que l'état d'un patient évolue durant son hospitalisation, l'indice des modifications, entré dans l'ordinateur, écrit Marie-Josée Labranche⁵, permet de corriger le plan de soins. En résulte une meilleure transmission des orientations et des stratégies de soins, transmission susceptible de faciliter d'autant la continuité des soins et par le fait même, une qualité supérieure. »

Situations problématiques

Dans le cheminement de ma carrière, alors qu'en 1986 j'occupais un poste de conseillère en soins infirmiers dans un centre hospitalier du Québec, j'avais identifié deux facteurs de résistance à l'utilisation de la démarche, soit une cueillette de données trop élaborée et une structure organisationnelle en personnel non adéquate qui faisaient en sorte de partialiser les soins.

En fait, les infirmières devaient utiliser dans ce centre la même grille de cueillette que celle conçue pour des étudiantes en techniques infirmières, grille très détaillée comme instrument pédagogique et qui favorisait l'apprentissage. Les infirmières auraient accepté d'utiliser la démarche si elles avaient pu travailler avec une grille plus précise. Il fallut proposer à la directrice des soins de travailler à la création d'une nouvelle grille, choisir une unité de soins pilote pour en faire l'essai, valider la grille avec les infirmières de cette unité et en mesurer les résultats. Le projet fut exposé en mai de la même année aux infirmières cadres et ensemble nous avons convenu d'une tentative d'implantation à l'unité de médecine. Après avoir procédé aux étapes d'élaboration de la grille en la limitant à une page recto-verso, deux infirmières consentirent à l'expérimenter en juillet. Fin novembre, lorsque je quittais cet établissement pour accéder à un poste de directrice des soins infirmiers dans un centre hospitalier de la même région, je fus à même de constater que l'expérience allait bon train.

Dans mon nouveau champ de travail, un établissement de 75 lits, à La Sarre, Abitibi, la démarche de soins n'était pas en vigueur. Il me fallait composer avec

les contraintes de l'établissement : restrictions budgétaires, pénurie d'infirmières, organisation en personnel et en même temps stimuler les infirmières à travailler scientifiquement. Cependant un cheminement avait été fait puisqu'un guide d'utilisation du cadre conceptuel avait été préparé et que des plans de soins avaient été adaptés. La majorité des infirmières avaient déjà reçu une formation sur le cadre conceptuel de Henderson.

Un Comité de la démarche de soins infirmiers fut d'abord formé par quatre infirmières, dont une infirmière chef et un chef d'équipe. Libérées chacune de leur travail, une fois la semaine pendant un peu plus de trois mois que durèrent leurs réunions, elles révisèrent le guide d'utilisation du cadre déjà existant, développèrent une grille standard et des exemples types ou plans de soins fictifs de problèmes de soins fréquents dans les unités de médecine, chirurgie, pédiatrie et pouponnière.

Cette fois, la grille se présentait sous la forme de thèmes selon les 14 besoins fondamentaux, accompagnés de sous-thèmes pour aider l'utilisatrice à procéder à l'entrevue. Par exemple, au besoin fondamental « respirer » il était indiqué entre parenthèses (rythme, amplitude, coloration, environnement, habitude, émotion), ce qui suggère à l'infirmière de faire le tour de ce problème. Cette grille se limitait à une page recto-verso et à une feuille supplémentaire pour les commentaires.

En mai 1987, la grille standardisée fut présentée aux membres du personnel d'une unité de médecine-chirurgie et à ceux de la pouponnière qui acceptèrent de l'expérimenter. Pendant la période estivale, période où la clientèle est réduite, quelques infirmières firent la cueillette dès l'accueil du bénéficiaire. Elles élaborèrent de plus les plans de soins. À une période donnée de la journée, les membres de l'équipe de soins se penchaient sur un plan et évaluaient le cheminement du malade quant aux activités de soins prévues.

On constata certaines difficultés d'intégration. Par exemple, en pouponnière, il fallut développer davantage la partie enseignement du besoin fondamental « apprendre ». Ce fut différent en médecine-chirurgie mais on vécut là aussi des problèmes d'ajustement, ce qui fit qu'à l'automne 1987, un certain essoufflement et une réduction de la démarche se constatèrent. De plus, des infirmières bien impliquées quittèrent leur poste

Abstract

A nursing process integration project. An integration experiment conducted at the Regional Hospital of Edmundston, New Brunswick, demonstrates that flexibility and persistence can overcome resistance to this necessary and worthwhile process. Having discovered that overly-manipulated data and an inadequate organizational structure can be stumbling blocks to integration, the author shows that support for integration is essential since it can provide a dynamic contribution to the quality of health care.

pour accéder à d'autres de coordination ou dans un CLSC. Des préoccupations d'ordre managérial occupèrent la responsabilité de ce comité, ce qui retarda la progression de ce dossier de quelques mois. En mai 1988 pourtant, on était à l'étape de l'amélioration de la cueillette pour l'adapter davantage aux besoins de chaque clientèle.

Au programme de formation continue des infirmières, un cours « Modèle et théorie » est disponible dans cet établissement depuis septembre 1988 et comportait trois crédits universitaires.

Et le rôle de soutien?

Dans le centre hospitalier de taille intermédiaire où je travaille maintenant (Edmundston), le cadre conceptuel en vigueur est aussi celui de Henderson. À mon arrivée, se présentaient les mêmes difficultés dans l'intégration de la démarche de soins. Après l'évaluation de la situation et des contraintes de ce nouveau milieu, je constatai qu'un rôle de soutien devait être apporté pour que les infirmières réussissent à travailler scientifiquement et à traverser les mêmes étapes telles que décrites antérieurement. Afin d'impliquer ces dernières dans la résolution du problème, je les amenai à travailler en comité pour élucider la problématique, approche qui m'apparaît démocratique et efficace.

Quant au problème entourant le soutien à l'intégration de la démarche, il m'apparaît d'ordre professionnel et d'ordre organisationnel.

En premier lieu, lorsque les normes et critères d'une profession réclament d'une infirmière qu'elle puisse répondre à l'exigence de travailler de façon scientifique et réfèrent aux étapes de la démarche de soins, l'infirmière est plutôt appelée à se

conformer qu'à résister.

En deuxième lieu, il revient aux organisations de mettre en fonction les mécanismes permettant à la professionnelle infirmière de travailler conformément aux exigences de sa profession : programmes de formation continue, attribution des catégories adéquates de personnel auprès du bénéficiaire, personnes ressources pouvant soutenir les infirmières dans leur cheminement, comité de support. Ces mécanismes doivent favoriser entre autres l'intégration de la cueillette de données⁶.

C'est donc à l'intérieur de ma pratique professionnelle que s'introduit mon objet de recherche actuel : le problème de soutien à l'implantation de la démarche de soins. Il s'inscrit tantôt en un objet de recherche et tantôt en un objet de pratique.

Cette recherche s'effectue présentement. L'Hôpital Régional d'Edmundston, établissement de santé de courte et longue durée de dimension intermédiaire (210 lits), est situé en région périphérique. Au cœur d'une région frontalière, il accepte des bénéficiaires des États-Unis et du Québec en plus de sa clientèle régionale. Notre projet de recherche se concentre sur une unité de médecine (35 lits), où l'infirmière chef est désireuse de collaborer et où travaillent régulièrement, sur 24 heures, une équipe de 10 infirmières. Nos résultats, une fois disponibles, seront communiqués. Nos espoirs sont de vraiment faire le point sur l'intégration dans une première unité pour poursuivre dans toutes les autres unités, avec la collaboration de tous. □

Références

1. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Rapport préliminaire du cheminement d'une étude éventuelle sur la formation professionnelle initiale des infirmières au niveau universitaire*, Montréal, OIIQ, 1982, p. 31.
2. Laurin, J., Brassard, C. et Lepage, Y. Qualité des soins et mode de gestion. *Administration hospitalière et sociale*, nov.-déc. 1982, p. 12.
3. Little, D. et Carnaveli, D., dans Rousseau, N. *La démarche nursing et le plan de soins*. *L'infirmière canadienne*, vol. 23, n°4, avril 1981, p. 16.
4. Adam, E. Questions et réponses relatives au schéma conceptuel. *L'infirmière canadienne*, vol. 26, n° 3, mars 1984, p. 27-31.
5. Labranche, M.-J. Comment l'ordinateur influence le travail de l'infirmière. *The Canadian Nurse/L'infirmière canadienne*, vol. 83, n°7, août 1987, p. 29-32.
6. OIIQ, *Opus cit.*, p. 62.