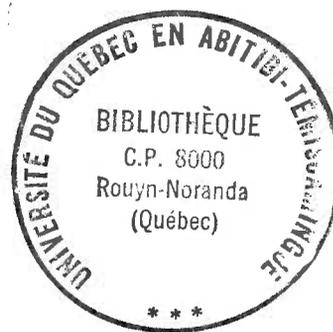


UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

ÉLABORATION D'UN PROGRAMME D'ORIENTATION

EN SOINS INFIRMIERS

par  
Lyne Fecteau



Rapport de recherche présenté dans le cadre  
du programme de Maîtrise en éducation de  
l'Université du Québec à Rimouski

Novembre 1991



**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.

## TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION,.....	1
CHAPITRE I - SITUATION PROBLÉMATIQUE DES INFIRMIÈRES EN DÉBUT D'EMPLOI,.....	
- Évolution de la profession infirmière .....	4
- Divers aspects des difficultés des infirmières.....	5
- Intégration des infirmières finissantes.....	7
- Vécu professionnel de la chercheuse.....	12
- Problème de la recherche.....	14
- Question de recherche.....	14
- Buts, objectifs et limites de la recherche.....	17
CHAPITRE II - CADRE DE RÉFÉRENCES,.....	19
1. Exploration des écrits et des types d'orientation déjà existants.....	20
2. Éléments émergents de la consultation des guides et instruments d'initiation en région.....	24
3. Analyse des expériences antécédentes dans un centre hospitalier.....	26
4. Éléments du cadre législatif de la profession.....	31
CHAPITRE III - MÉTHODOLOGIE,.....	34
- Choix méthodologique: la recherche-action.....	34
- Étapes de la recherche.....	35
- Pertinence de la recherche.....	40
- Déroulement de la recherche.....	42
- Processus - Plan d'action - Équipe de travail.....	42
- Organisation des rencontres.....	48
- Cueillette de données.....	49
CHAPITRE IV - PRÉSENTATION DES RÉSULTATS DE LA RECHERCHE,.....	51
- Présentation du programme d'orientation en soins infirmiers.....	51
- Table des matières.....	54
1. Introduction.....	55
2. Objectifs du programme.....	56

	Page
3. Les principes directeurs.....	58
4. Instruments d'apprentissage utilisés.....	60
5. Modalités de l'orientation.....	61
6. Modalités d'évaluation.....	63
7. Structure organisationnelle.....	70
8. Structure individuelle.....	75
- Carnet d'orientation.....	77
9. Recommandations.....	78
10. Ressources.....	79
Conclusion.....	79
CHAPITRE V - RÉFLEXION SUR LE PROCESSUS DE RECHERCHE.....	81
CONCLUSION.....	91
BIBLIOGRAPHIE.....	95
ANNEXE I - Normes et critères de compétence profession- nelle.....	97
ANNEXE II - Code de déontologie des infirmières et infirmiers.....	100
ANNEXE III - Rôle du superviseur.....	105
- Première journée sur les unités de soins.....	107
ANNEXE IV - Éléments d'orientation propres au milieu.....	108
ANNEXE V - Carnet d'orientation.....	153
- Comportements attendus.....	155

**FIGURES ET TABLEAUX**

	Page
1. GRILLE 1: ÉVALUATION/COMPORTEMENTS.....	65
2. GRILLE 2: ÉVALUATION ET OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE SELON LES NORMES ET CRITÈRES DE COMPÉTENCE DE L'INFIRMIÈRE.....	66
3. GUIDE D'OBSERVATION (POUR LE SUPERVISEUR).....	69
4. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE.....	70
5. CÉDULE D'ORIENTATION.....	76

## **INTRODUCTION**

Au Québec, la très grande majorité des infirmières sont maintenant formées dans des programmes de Techniques infirmières, dispensés dans des établissements collégiaux.

Différentes études ont fait état, ces dernières années, de divers aspects de la problématique complexe que constituent la formation et la pratique infirmière au Québec.

Les difficultés des infirmières se situent à différents niveaux et l'écart semble toujours plus grand entre les attentes des milieux de travail et la performance de la main-d'oeuvre infirmière. La structure du système de dispensation des soins, la multiplicité des types d'intervenants, l'évolution rapide de la technologie, la qualité de l'encadrement et de la supervision en début et en cours d'emploi, les critères d'embauche, les conditions de travail, l'augmentation des besoins de formation sont tous des éléments retenus par maintes études et indiquent distinctement la gravité du problème actuel au niveau de la profession infirmière. Ces diverses tendances, augmentent les exigences de qualification et de capacité de croissance professionnelle, à l'endroit des infirmières. Des efforts valables ont été faits pour augmenter la qualité, et une partie du problème en soins infirmiers devrait être résolue par les nouvelles orientations du programme collégial en soins infirmiers, présentement à ses premières années d'implantation. Cependant, il y a des limites aux améliorations à la formation des infirmières qui peuvent être apportées au niveau collégial.

- Nous croyons qu'il faut considérer les besoins des infirmières finissantes en relation avec ceux des milieux de travail, afin de diminuer les difficultés nombreuses en début d'emploi. Il faut créer une transition, reflétant la maîtrise d'une réalité professionnelle autonome.

Malgré une meilleure formation, nous croyons que la rapidité des changements exigera continuellement, que le personnel en soins infirmiers bénéficie d'une formation en début d'emploi, ainsi qu'en cours d'emploi dans le but de s'adapter à leur nouveau rôle ainsi qu'aux exigences nouvelles de la profession.

Le présent rapport présente une démarche de recherche-action, en vue d'élaborer un programme d'orientation, adapté au contexte d'un centre hospitalier donné. Ce programme a comme objectif premier, de superviser le travail de la nouvelle infirmière, en lui fournissant des connaissances théoriques et pratiques, ainsi qu'un support adéquat, pour oeuvrer dans son nouveau milieu de travail.

Ce programme d'orientation permettra de compléter les apprentissages d'une diversité toujours plus grande de techniques, associés à la planification, à l'organisation et à la dispensation des soins dans un milieu donné.

## CHAPITRE PREMIER

### Situation problématique des infirmières en début d'emploi

Ce chapitre présente la problématique des infirmières en début d'emploi, ainsi que les nombreuses difficultés lors de leur intégration au marché du travail. Cette analyse permet d'identifier notre question de recherche et les buts poursuivis en vue de proposer une solution, qui favoriserait une action concertée, des divers intervenants, associés à un processus d'intégration des infirmières débutantes en milieu hospitalier.

### Évolution de la profession infirmière

Au fil des années, le rôle de l'infirmière prend de plus en plus d'expansion sans pour autant qu'on en définisse les tâches de façon exhaustive. Les tâches et les opérations qui, antérieurement, étaient confiées à l'infirmière se multiplient, deviennent spécialisées et incombent maintenant à différents professionnels de la santé: techniciens en diététique, en radiologie, en physiothérapie, en inhalothérapie et bien d'autres. Peu à peu, le champ d'activité des soins curatifs n'est plus le seul champ d'activité des infirmières. L'expansion des secteurs de la promotion de la santé, du maintien de la santé et de la prévention de la maladie changent les orientations des programmes de formation.

Depuis les années 1960, l'infirmière doit s'adapter à des champs d'activité diversifiés, entre autres, les soins à domicile, le travail en milieu scolaire et dans divers organismes de santé. L'évolution constante oblige régulièrement les institutions de formation à réviser rapidement leurs contenus de programme, car les sciences médicales évoluent rapidement (Dulong, 1980). Les structures des établissements de santé changent, l'informatique apparaît de plus en plus dans l'organisation des soins, les dimensions socio-psychologiques prennent de plus en plus d'importance dans l'approche du client (Havelka, 1986).

L'enseignement en soins infirmiers s'intègre de façon très rapide à l'enseignement collégial sous la responsabilité du ministère de l'Éducation vers les années 1970. Le programme de formation dispensé jadis dans les hôpitaux correspond maintenant aux besoins des années passées. À ce moment, la majorité des infirmières travaillaient dans tous les secteurs d'un hôpital au cours de leur formation et ce, sur trois quarts de travail. Ainsi, la nouvelle diplômée répondait de façon satisfaisante aux exigences des milieux de travail, presque exclusivement limitées aux hôpitaux (Dulong, 1980).

Considérant ces changements scientifiques et technologiques dans le domaine de la santé, nous constatons que l'exercice de la profession infirmière requiert une formation plus importante en début d'emploi, afin d'offrir un service adéquat. Pour les candidates, les possibilités d'emploi sont excellentes, mais les exigences du marché du travail sont

très élevées: disponibilité absolue, emploi temporaire, emploi sur appel, travail dans plusieurs centres hospitaliers à la fois et bien d'autres. Des conditions de travail difficiles occasionnent des répercussions sur la qualité des services offerts à la population.

### Divers aspects des difficultés des infirmières

Actuellement, la profession infirmière est désertée en raison des nombreuses difficultés vécues dans les milieux de travail.

Le manque de soutien des nouvelles infirmières en début d'emploi est source d'anxiété, de stress, de démission et de changement d'orientation de la part de celles qui n'ont pas la capacité de développer des processus d'adaptation à leur nouvelle situation. Les infirmières éprouvent souvent des problèmes reliés au "burnout", et on parle de pénurie d'infirmières (O.I.I.Q., 1986). Les services de santé se demandent où trouver la relève infirmière dont notre société vieillissante aura de plus en plus besoin, en établissement comme à domicile.

De plus, cette situation semble internationale et se retrouve au Québec, en Europe et aux États-Unis (La Presse, mars 1988). Partout les infirmières vivent les mêmes problèmes: horaires surchargés, clientèle alourdie, augmentation de la tâche, insuffisance des ressources et

salaires peu attrayants. Il s'ensuit une défection massive de la profession et pourtant, la demande d'infirmières n'a jamais été aussi grande. Les établissements de santé embauchent régulièrement des infirmières car les besoins sont élevés et ne cessent d'augmenter.

Aux États-Unis, plusieurs écoles d'infirmières ferment leurs portes et dénoncent la situation dangereuse des hôpitaux face au manque de personnel et les infirmières se plaignent de l'insuffisance des ressources face à la nouvelle technologie, de l'augmentation et de la multiplicité de la tâche (Time, mars 1988).

On constate que depuis les années 1980, la compétence de l'infirmière est fréquemment critiquée par les milieux cliniques. Les employeurs se plaignent actuellement de ne pas trouver une main-d'oeuvre qualifiée selon les besoins des centres hospitaliers (M.S.S.S., 1987). De plus, la firme Sobéco publiait en 1984 que, peu importe la catégorie d'établissements, de 65 % à 75 % des répondants qualifient d'inadéquates la préparation des étudiantes en soins infirmiers appelées à occuper un emploi lors de l'obtention de leur diplôme, collégial ou universitaire.

### Intégration des infirmières finissantes

Havelka, dans une étude publiée en 1986 sur le profil de l'infirmière en début de carrière, constate une diminution du niveau de

compétence des infirmières finissantes dans la pratique journalière, lorsqu'elles doivent appliquer avec jugement leurs connaissances théoriques et pratiques. Les problèmes les plus courants, selon l'inspection professionnelle de l'OIIQ (1984), se traduisent par un manque d'intégration des connaissances, des difficultés à établir des liens entre les observations et l'état du bénéficiaire, des difficultés à déterminer les priorités de soins, à planifier les soins et à évaluer l'effet des interventions.

Une enquête menée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (O.I.I.Q., 1983) illustre la situation que vivent les nouvelles infirmières pendant les trois premières années d'exercice de la profession. Les difficultés d'adaptation sont nombreuses. Les nouvelles infirmières ainsi que les candidates se plaignent de manque d'expérience, de surcharge de travail, de manque de formation, d'instabilité et de manque de ressources. Les difficultés les plus importantes surgissent lorsque les nouvelles infirmières, entrent en contact avec le milieu, lequel en général présente des conditions difficiles de travail et peu de support en début d'emploi. À titre d'exemples, cette enquête souligne que 83 % des jeunes infirmières ont un travail de soir, de nuit ou en rotation, où il n'existe pas d'équipe de travail pouvant les encadrer; 66 % travaillent à temps partiel ou occasionnel et 46 % font partie d'une équipe volante. Ces conditions ne permettent pas un suivi régulier et adéquat des candidates infirmières par une équipe d'encadrement et diminuent l'appropriation par la nouvelle graduée d'une pratique

sûre à l'effet que les affectations posent des exigences diversifiées, peu connues de la part de la nouvelle graduée.

Les difficultés des infirmières nouvellement diplômées varient d'une infirmière à l'autre, mais il existe certaines difficultés communes à toutes.

Il existe des différences précises entre le travail demandé à une infirmière et celui demandé à une étudiante en dernière année d'apprentissage. L'étudiante, pendant ses stages en milieu hospitalier, n'est responsable que de trois à quatre patients, encadrée par une approche globale de soins. Ce stage en milieu de travail est riche d'expériences variées mais ne donne pas toujours l'occasion de faire vivre aux étudiantes toutes les expériences possibles, lesquelles sont trop nombreuses et surtout impossibles à simuler. La planification des apprentissages se limite aux cas présents sur les départements au moment des stages et selon un horaire établi à l'avance.

Les problèmes reliés à la transition étudiant-travailleur, appelé "Le choc du réel" par Kramer (1979), demandent à la nouvelle diplômée des adaptations importantes. Souvent l'école est blâmée et on parle de manque d'expérience clinique. Au niveau de la formation globale, il n'existe pas beaucoup d'écrits à ce sujet, cependant la littérature abonde en ce qui concerne les stages en milieu de travail. Les auteurs (Bourget, 1986; Chênevert, 1975; Fortin, 1984; Ranjard,

1980) sur le sujet s'entendent pour dire qu'il serait indispensable de prolonger les périodes de stage pour obtenir les résultats escomptés: ce que le nouveau programme vise à établir.

L'implantation d'un nouveau programme en soins infirmiers au collégial vise à répondre aux exigences des centres hospitaliers concernant la formation infirmière. Les changements entraînés par la révision de ce programme en soins infirmiers mettent l'accent sur la formation d'une infirmière généraliste et les orientations sont axées principalement sur l'augmentation des heures de stages. Ces orientations réfèrent à une approche pédagogique qui porte sur l'acquisition de processus et encadrées par une approche systémique (Lambert, 1984). En région, l'établissement de ce programme est très récent (depuis août 1988) et les résultats ne seront appréciables que dans quelques années.

Ce programme en est à sa quatrième année d'expérimentation dans quelques collèges et laisse entrevoir de bons résultats. Cependant, l'écart existant actuellement entre la formation et la pratique ne saurait être comblé par cette seule mesure (O.I.I.Q., 1986).

Les faiblesses actuelles de l'encadrement des nouveaux diplômés nous laissent croire que toutes les possibilités n'ont pas été envisagées pour améliorer l'adéquation entre la formation et le marché de l'emploi (M.S.S.S., 1986). La qualité du service offert par l'infirmière dépend aussi des structures d'accueil offertes aux infirmières débutantes dans les milieux de travail (Havelka, 1986).

-Des données relatives à la situation de l'emploi rappellent l'insuffisance des programmes d'orientation des milieux de travail en relation avec les exigences professionnelles (O.I.I.Q. 1986):

- 76 % des sujets ne reçoivent aucune initiation à l'occasion d'un changement d'unité de soins;
- 63 % des sujets n'ont aucune évaluation ou ne sont évalués qu'une seule fois en période d'essai;
- Le temps accordé à la plupart des thèmes d'enseignement lors de l'orientation est insuffisant;
- 34 % disent qu'il n'existe pas de programme d'orientation dans leur établissement.

Les nombreux témoignages des jeunes infirmières en période de formation, dans plusieurs centres hospitaliers, démontrent qu'elles éprouvent une difficulté d'intégration à leur nouveau milieu de travail et les plaintes sont nombreuses à ce sujet (Havelka, 1986).

Les questions soulevées par la problématique sont nombreuses et touchent tant les aspects de la formation que les contraintes du milieu de travail.

Dans cette recherche, nous considérons ces deux aspects en tentant de faire le pont par la planification d'un programme d'orientation en milieu de travail. Le raisonnement qui a conduit à cette

position relève de l'intention d'agir en relation avec les deux milieux concernés et laisse entrevoir les avantages d'une formation structurée en début d'emploi, afin de favoriser l'intégration des infirmières débutantes.

Les solutions proposées par le M.S.S.S. (1987) sont nombreuses, mais suite au recrutement massif d'infirmières qui s'organise actuellement dans différents centres hospitaliers, il semble impératif d'appliquer des solutions à court terme en relation avec le processus d'embauche des nouvelles infirmières dans le but de répondre aux besoins immédiats des infirmières finissantes et des centres hospitaliers. D'ailleurs les recommandations sont nombreuses à ce sujet (M.S.S.S., 1987; O.I.I.Q., 1986).

Malgré l'augmentation de la qualité de la formation, nous croyons que l'évolution rapide de la science et de la technologie dans le domaine de la santé exigera toujours une excellente formation en cours d'emploi afin d'intégrer graduellement les nouvelles approches et d'utiliser adéquatement la nouvelle technologie dans le but d'augmenter la qualité des services offerts à la population en soins infirmiers.

### Vécu professionnel de la chercheure

Les expériences acquises, comme infirmière et comme professeure en nursing ainsi qu'à titre de responsable de stages pratiques, ont

contribué au développement de nos préoccupations concernant la formation des infirmières praticiennes.

Nous avons observé les difficultés d'adaptation et d'intégration des étudiants au milieu hospitalier. Leurs connaissances ne semblent pas toujours assimilées et leurs apprentissages cliniques sont peu nombreux en comparaison avec le travail exigé d'une infirmière.

Ces observations nous amènent donc à accepter de planifier l'orientation de quinze nouvelles infirmières dans un centre hospitalier de la région (mai-juin 1987, 1988). Cette expérience nous donne l'occasion d'intervenir dans la formation de l'infirmière en début d'emploi. Ce projet est d'une durée de 8 semaines à l'été 1987 et de 6 semaines à l'été 1988. Nos observations lors de l'application de ce programme concrétisent nos préoccupations antérieures sur les besoins de formation et les difficultés des infirmières débutantes de passer du milieu de l'éducation au milieu clinique.

Ces expériences motivent notre intérêt à analyser les besoins en relation avec les difficultés vécues par les nouvelles infirmières, afin de développer des pistes de solutions pour améliorer la situation concernant l'intégration des infirmières débutantes à leur milieu de travail.

Le privilège que nous avons d'oeuvrer régulièrement dans les deux milieux concernés, le milieu collégial et le milieu hospitalier,

permet d'avoir une vision globale de la situation et ainsi d'être en mesure de développer des instruments pertinents aux besoins des infirmières débutantes.

### Problème de la recherche

L'un des correctifs à envisager pour pallier à l'insuffisance de la formation clinique se situe au niveau du développement de la main-d'oeuvre infirmière en début d'emploi. Pour répondre aux besoins actuels, il apparaît impératif d'établir une politique de formation à l'embauche, adaptée à chaque établissement de santé (M.S.S.S., 1987).

Il y a lieu de distinguer les éléments constitutifs de l'encadrement des jeunes infirmières, susceptibles d'influencer la compétence et le rendement professionnel, en début de carrière. Il est indispensable d'établir une concertation entre les institutions d'enseignement et les établissements de santé afin de fournir aux infirmières une politique de formation en cours d'emploi d'une durée et d'un contenu adaptés aux exigences des milieux (O.I.I.Q., 1986).

Le besoin est réel et plusieurs établissements contactés se penchent présentement sur des moyens d'intégration de qualité afin d'attirer et de garder leur main-d'oeuvre infirmière. Plusieurs

implantent des comités de recrutement et d'orientation afin de répondre aux besoins actuels. Beaucoup d'établissements reconnaissent le besoin pressant d'un tel programme, mais le temps est limité et la plupart en sont simplement à l'ébauche d'objectifs d'initiation, sans programme structuré.

En région<sup>1</sup>, il n'existe pas de programme spécifique. Tout se fait verbalement et l'orientation est axée sur les exigences générales du centre hospitalier concerné et sur quelques instruments d'évaluation.

Nous avons reçu en mai 1987 et 1988 le mandat de concevoir un tel programme, dans des délais très courts, et notre expérience nous a placée dans une situation où des décisions ont été prises rapidement, tant au plan des contenus que de l'organisation.

Deux éléments se dégagent de nos expériences. Nous avons constaté l'importance de la participation du milieu organisationnel dans l'ensemble des décisions concernant le programme et son implantation.

De l'importance du rôle des divers intervenants impliqués par le programme, nous déduisons de notre première expérience, la nécessité d'impliquer étroitement l'ensemble des intervenants concernés afin de

---

1. Centres hospitaliers: Rouyn-Noranda, Val d'Or, La Sarre, Amos, Ville-Marie et Témiscamingue.

développer un programme adapté à leur milieu et de s'assurer de leur implication et participation dans ce processus d'implantation.

L'autre dimension qui se dégage de notre expérience est la nécessité de consulter quelques modèles d'orientation élaborés par divers centres hospitaliers à vocation similaire, afin de regrouper des instruments déjà utilisés en orientation.

De plus, pour être en mesure d'adapter un programme d'orientation à un milieu hospitalier, nous croyons nécessaire de dégager les caractéristiques particulières de ce milieu. Un programme adapté devrait émerger d'un processus de confrontation entre divers modèles de programme d'orientation déjà présents dans des centres hospitaliers et les caractéristiques des milieux donnés.

### Question de recherche

Notre perspective repose sur l'amélioration des conditions d'accès au travail pour les débutantes. Compte tenu de notre perception de l'avenir de la profession et de ses multiples facettes, nous optons pour une formation intégrée en début d'emploi sous la responsabilité de chaque centre hospitalier. La perspective de solution privilégiée dans cette recherche est fondée sur l'élaboration d'un programme d'orientation des infirmières en début d'emploi.

-Devant le choix d'orienter notre recherche vers la problématique de la formation des nouvelles infirmières en début d'emploi, la question qui oriente notre recherche est la suivante:

Comment élaborer un programme d'orientation des nouvelles infirmières en début d'emploi adapté, à un centre hospitalier donné, afin de faciliter l'intégration de ces infirmières?

### But, objectifs et limites de la recherche

#### But

Notre but consiste à élaborer un programme d'orientation des infirmières en début d'emploi, avec la collaboration des intervenants concernés, afin de développer une structure d'intégration, permettant au nouveau personnel infirmier de s'adapter aux exigences de leur profession dans un milieu hospitalier donné.

#### Objectifs spécifiques

- Former une équipe de facilitateurs afin d'obtenir la collaboration des intervenants concernés par l'orientation des infirmières en début d'emploi;
- Dégager les éléments de base d'un programme de formation en début d'emploi;

- Développer une structure organisationnelle adaptée aux besoins des divers agents concernés et identifier des modalités d'orientation propres à chacun;
- Développer des instruments favorisant une orientation structurée et individualisée.

Les objectifs poursuivis réfèrent à l'élaboration d'un programme d'orientation répondant aux besoins des intervenants concernés, précisant les actions jugées pertinentes.

Notre recherche se fait en collaboration avec le **Centre hospitalier St-François d'Assise**, dans la région de La Sarre, et se limite à l'élaboration d'un programme d'orientation adapté à ce centre et au développement d'une structure organisationnelle adaptée au centre hospitalier concerné, en vue d'une implantation future. Cette dernière ne fait pas l'objet de notre recherche, mais cette structure sera développée simultanément tout au long de notre processus d'élaboration de programme.

## CHAPITRE II

### Cadre de références

Le deuxième chapitre présente les éléments de connaissance retenus correspondant à notre objet de recherche. Dans le but d'élaborer un programme et une structure organisationnelle d'orientation des infirmières en début d'emploi, nous avons procédé à une revue de littérature, pour constater la pauvreté des banques de données sur ce sujet.

Notre cadre de références repose par conséquent sur quatre sources de connaissance, étroitement liées entre elles et très pertinentes à notre objet de recherche. Bien que peu de données soient disponibles à ce sujet dans la littérature, nous avons retenu les éléments de certains documents, regroupant des modalités d'orientation générale et divers types d'intégration, déjà existants dans certains centres hospitaliers. Ces composantes seront utilisées comme grille de lecture, permettant une consultation plus analytique des guides et outils d'orientation, utilisés actuellement dans les centres hospitaliers de la région.

De plus, à la lumière des évaluations de nos expériences antérieures d'intégration, par les divers intervenants, nous avons retenu et regroupé les éléments d'analyse, qui ont émergé au cours de ce processus, en vue d'assurer la continuité du projet et les ajustements

nécessaires à l'amélioration des activités d'intégration, déjà entreprises dans le centre hospitalier concerné.

Pour compléter, nous présentons certains éléments de cadre législatif de la profession, essentiels à l'élaboration de notre programme, car ce processus de formation implique également une composante d'évaluation des compétences professionnelles.

Considérant les écrits disponibles, les outils d'intégration déjà existants, les expériences antécédentes, ainsi que les éléments du cadre législatif de la profession, nous présentons succinctement ces éléments de connaissance, qui découlent de cette démarche, permettant ainsi une vue d'ensemble. Cette combinaison d'informations tient lieu de cadre de référence et permettra l'élaboration d'un programme d'orientation structuré et conforme aux exigences de la profession infirmière.

#### **1. Exploration des écrits et des types d'orientation déjà existants**

La revue de littérature a permis de constater que les écrits sont peu nombreux à ce sujet et la plupart sont axés, d'une part sur les stages en milieu de travail et d'autre part sur les modalités générales

d'intégration d'un nouvel employé en précisant l'importance de l'implication du groupe de travail. En ce qui concerne l'intégration spécifique aux nouvelles infirmières, on invoque régulièrement le principe de parrainage appelé aussi "préceptorat" et existant depuis les années '60 aux États-Unis. Depuis 1986, l'Institut de cardiologie de Montréal l'expérimente avec succès et d'autres centres s'inspirent de ce modèle afin d'implanter un programme d'orientation structuré. Dans le contexte de cette recherche, nous ne pouvions emprunter cette démarche pour diverses contraintes relevées sur le terrain, à la suite des premières expériences (manque de ressources, budget, temps, etc.).

D'autre part, un document d'orientation de type "jumelage", utilisé au CHUL (Centre hospitalier de l'Université Laval), fait par Anne Parent (1986), a été retenu pour sa structure organisationnelle et la richesse de ses instruments.

Ces documents sont riches d'information mais à eux seuls ne permettent pas de faire les ajustements nécessaires aux besoins de notre milieu. Un document qui a retenu notre attention est celui publié par l'OIIQ (1974) concernant l'orientation des infirmières en début d'emploi. Ce guide possède comme objectif premier d'aider les établissements de santé à structurer, selon leurs ressources et besoins un programme d'orientation.

-A partir des écrits, des types d'orientation déjà existants et en tenant compte des exigences professionnelles (Annexe I), nous avons dégagé onze éléments prioritaires qui idéalement devraient être présents dans un programme d'orientation. Ces éléments sont:

1. Les objectifs:

- Les objectifs d'une orientation: en regard des besoins des personnes visées;
- Les objectifs contributifs: en regard des exigences du centre concerné.

2. Les principes directeurs (aux éléments de l'orientation):

- Les niveaux distincts d'orientation: générale, milieu immédiat, individuelle;
- Les buts précis du programme.

3. Les instruments d'apprentissages utilisés:

- Les activités;
- Les documents.

4. Les ressources disponibles:

- Le responsable de la formation;
- Le superviseur;
- L'équipe de travail (ou de facilitateur);
- Les infirmières chefs et les collègues de travail.

5. Les modalités d'orientation.
6. Les modalités d'évaluation.
7. La structure du programme (organisationnelle).
8. Les recommandations lors de l'application.
9. La structure individuelle:
  - L'organisation du temps disponible;
  - Les horaires;
  - Les échéanciers.
10. Les éléments d'orientation propres au milieu où la nouvelle infirmière devra oeuvrer:
  - Les départements et leurs spécificités.
11. Le processus continu d'identification des besoins personnels:

Nous avons dressé ce tableau, appelé ici grille de lecture, pour analyser objectivement les guides et instruments d'orientation, déjà utilisés dans divers centres hospitaliers et pertinent au contexte du centre hospitalier, visé par la présente recherche.

## 2. Éléments émergents de la consultation des guides et instruments d'initiation utilisés en région

L'étape suivante, soit l'analyse des programmes consultés et des instruments utilisés, fut très enrichissante.

Nous avons constaté qu'il existe différentes formes d'orientation dans la plupart des centres hospitaliers mais sans structures formelles et sans ressources spécifiques. De plus, les écrits concernant ce processus sont peu nombreux et peu descriptifs. D'autre part, les données recueillies auprès des personnes responsables de la formation dans ces centres hospitaliers, furent riches d'information et nous ont permis de recueillir les autres utilisées pendant l'orientation des nouvelles graduées.

Nous nous sommes donc limité à faire l'analyse des instruments d'orientation utilisés en région. Ces programmes appelés "guides d'initiation" sont actuellement des documents de travail et l'évaluation de l'application n'est pas encore disponible. Nous reconnaissons les difficultés observées au niveau de la participation du milieu lors de l'implantation d'un processus d'orientation, considérant le manque de ressource et de support, offert sur le terrain pendant l'application. D'autre part les outils utilisés répondent à divers besoins et favorisent le suivi des apprentissages des débutantes. Les données recueillies, suite à l'analyse de ces outils, sont nombreuses et surtout très

pertinentes car ils semblent diminuer le fardeau de l'orientation. Les données retenues sont en relation avec la grille de lecture présentée préalablement et sont en général orientées vers les besoins des nouvelles infirmières en relation avec les exigences de l'établissement concerné. En considérant l'ensemble de ces documents, nous constatons la complémentarité de ces outils issus de divers milieux. Nous dressons ici un tableau des éléments retenus qui précise globalement ce que les centres hospitaliers préconisent comme besoins d'orientation. Notre analyse permet de dégager les principaux instruments actuellement utilisés pour diminuer le fardeau de l'intégration:

- |                 |  |
|-----------------|--|
| Guide 1:        | - Modalités d'orientation et d'évaluation;     |
| (CHUL 1986)     | - Liste des éléments à connaître selon le      |
| (OIIQ 1974)     | centre;  |
| (LA SARRE 1987) | - Grille d'apprentissage et d'évaluation en    |
|                 | regard des procédés de soins;                  |
|                 | - Grille des objectifs d'apprentissage selon   |
|                 | les normes et critères de compétence.          |
|                 |  |
| Guide 2:        | - Guide d'accueil;                             |
| (CH VAL D'OR    | - Carnet d'orientation concernant les procédés |
| 1988)           | de soins;                                      |
|                 | - Code d'éthique;                              |
|                 | - Activité: Histoire de cas;                   |
|                 | - Grille d'évaluation du programme d'accueil.  |

- Guide 3:                   - Identification des besoins personnels;
- (CH ROUYN 1988)       - Auto-évaluation de ses apprentissages;
- Contrôle de l'orientation par une grille;
- Information reçue au cours de l'orientation.

Nous considérons que les éléments retenus de chacun de ces guides devraient être présents dans tous les programmes d'orientation, pour répondre aux buts généraux d'un programme d'orientation complet.

### 3. Analyse des expériences antécédentes dans un centre hospitalier

La phase la plus profitable de notre démarche fut en partie l'analyse des expériences antécédentes suite à une réflexion personnelle des expériences vécues. Ces données permettent déjà d'identifier certains éléments pertinents et spécifiques au contexte. Une étape de cueillette de données par entrevues, auprès des divers intervenants ayant participé aux processus d'initiation du centre hospitalier concerné se poursuit chaque année, lors de l'initiation des nouvelles infirmières. Les informations recueillies sont nombreuses et permettent un suivi à la lumière des évaluations et des suggestions reçues. D'autre part, les contraintes étaient tout aussi nombreuses que les améliorations proposées, mais cela a contribué à augmenter nos connaissances du contexte, des besoins et des possibilités d'implications des acteurs.

Suite à cette collecte de données, nous présentons une synthèse des observations qui se dégagent de nos expériences antécédentes. Étant donné que la classification de données recueillies par entrevue semi-structurée est complexe, nous dégageons six niveaux distincts pour une présentation concise et précise des données principales:

1. Le contexte.
2. Les contraintes.
3. Les ressources.
4. Commentaires des infirmières orientées.
5. Commentaires des intervenants.
6. Les généralités.

1) Le contexte:

- Petit centre hospitalier à vocation générale;
- La nouvelle infirmière doit travailler sur tous les départements comprenant des spécialités, telles que urgence, soins intensifs, salle d'accouchement;
- La nouvelle infirmière doit travailler sur tous les quarts de travail mais surtout de soir, de nuit et les fins de semaine où les ressources sont moins nombreuses;
- Évolution technologique importante depuis 3 ans.

-2) Les contraintes:

- Peu de ressource en formation (contraintes budgétaires);
- Manque de personnel (surcharge de travail);
- Temps: Besoin urgent de personnel infirmier donc peu de temps à accorder à l'orientation;
- Disponibilité restreinte du personnel voulant s'impliquer dans le processus d'orientation.

3) Les ressources:

- Peu d'écrits sont disponibles en regard de la formation en milieu de travail;
- Pas de structure établie pour favoriser la formation en cours ou en début d'emploi sauf depuis 1987 lors de notre première implication dans ce processus d'orientation;
- De nombreuses personnes veulent s'impliquer selon leurs disponibilités, leur rôle et leurs attentes.

4) et 5) Commentaires des personnes orientées en 1987 et 1988 et des intervenants impliqués:

- Les commentaires sont nombreux, pertinents et très spécifiques aux besoins du milieu en ce qui concerne:

- . L'orientation générale: Trop de temps accordé aux questions administratives et à la vocation générale du centre hospitalier. On suggère d'accorder plus de temps à l'orientation générale du fonctionnement de chaque département;
- . La présentation des modalités d'orientation, des horaires individuels et des échéanciers fut très appréciée par tous;
- . Trois semaines de supervision sur les départements ainsi que les cours d'arythmie répondent bien aux besoins de chacun;
- . On accorde beaucoup d'importance à avoir une personne ressource en tout temps à qui se référer au besoin;
- . On n'accorde pas assez de temps aux heures de formation pratique (démonstrations) touchant les procédés de soins (1988);
- . "Trois quarts de travail" doivent être maintenus pour favoriser l'adaptation à la réalité (jour, soir, nuit);
- . On accorde beaucoup d'importance aux modalités d'évaluation et aux rencontres régulières à ce sujet;
- . On demande de planifier un suivi plus individuel (1988) en regard des connaissances de chacun;

- . On demande à utiliser des documents plus clairs et surtout moins nombreux (procédés de soins, comportements...);
- . On considère la collaboration du personnel très importante, mais on considère que les gens (collègues) ne sont pas assez impliqués (1987-1988);
- . On désirerait de la formation continue par la suite.

6) Conclusion:

Ces expériences ont permis:

- D'identifier les personnes ressources possibles et de structurer l'implication de ces personnes selon leurs disponibilités et leur rôle;
- . De connaître plus précisément les besoins des personnes initiées;
- . De connaître les besoins du milieu et les attentes des intervenants;
- . D'identifier les besoins de formation, de support, de structure et de ressources;
- . De constater l'approche plus individualisée en 1987;
- . De préciser que la durée et le type de structure organisationnelle semble influencer la satisfaction des personnes concernées.

-A chaque année, notre participation continue au processus d'intégration du centre hospitalier concerné dans cette recherche, nous conduit à modifier notre plan d'action à la lumière des commentaires reçus.

#### 4. Éléments du cadre législatif de la profession

Le contenu des documents étudiés ainsi que les données de nos expérimentations nous permettent de constater l'importance que prennent les modalités d'évaluation dans un programme d'orientation d'ordre professionnel.

Bien que le but premier de notre démarche est de favoriser l'intégration des nouvelles infirmières, il ne faut pas perdre de vue les obligations professionnelles constamment liées à la pratique d'une infirmière qu'elle soit expérimentée ou débutante.

Les publications de l'O.I.I.Q. fournissent les principaux écrits au sujet des obligations professionnelles. Dans nos actions, nous sommes tout d'abord liés aux lois de la Corporation professionnelle. Cette dernière élabore les normes et critères de compétence d'une infirmière qui sont à la base des apprentissages en soins infirmiers (Annexe 1). Nous devons donc évaluer les apprentissages en regard de ces exigences dans le but d'une pratique légale et sécuritaire. L'infirmière doit connaître et respecter ces normes, ce qui est principalement

évalué en début d'emploi dans la période d'essai des trente premiers jours de travail, jours disponibles pour l'orientation. Donc au départ nous devons tenir compte de ce cadre législatif en relation avec le code des professions et la loi des infirmières et infirmiers (Annexe II), qui a pour fonction de veiller à ce que chaque corporation assure la protection du public par l'institution d'un code de déontologie (Annexe III).

Le centre hospitalier ayant la responsabilité de l'évaluation de la qualité des soins donnés dans son établissement doit tenir compte des obligations professionnelles légales et sociales dès qu'il est question d'orientation de nouveau personnel infirmier.

Cela nous amène à élaborer des objectifs d'apprentissage à partir des normes et critères de compétence des infirmières et infirmiers requis pour un service organisé de qualité, englobant les principes de l'éthique professionnelle, ces objectifs permettent d'identifier des comportements attendus reflétant une conduite professionnelle adéquate (Annexe IV).

Ces exigences, lois et normes, trop nombreuses à citer, influencent le cadre d'un programme d'orientation du nouveau personnel, car au même moment nous devons concerter formation, intégration et évaluation.

Deux grilles furent étudiées au cours des premières expérimentations concernant les procédés de soins et les comportements attendus

qu'une infirmière généraliste doit connaître et respecter, selon la formation reçue au collégial. Ces documents furent utilisés lors des premières expériences afin de répondre aux besoins du moment concernant les obligations professionnelles (Annexe V).

### Conclusion:

Ce chapitre regroupe quatre sources de connaissance qui composent le cadre de références. La dimension expérientielle semble la plus importante car elle est le reflet de la réalité et des besoins du terrain. D'autre part, la combinaison des autres dimensions plus théoriques présente un ensemble d'information permettant de capter la plénitude de notre situation, ou le champ d'observation est très vaste.

Le cadre de référence est l'essence même de cette recherche car nous unissons les principales données de la littérature avec les données recueillies sur le terrain.

Cela procure une base solide à la planification de notre programme d'orientation qui doit lier théorie pratique et obligations professionnelles.

Le prochain chapitre présente notre choix méthodologique, qui confirme l'importance accordée aux données provenant du terrain, pour planifier une action qui exige la participation active du milieu.

### CHAPITRE III

#### Méthodologie

Ce chapitre présente notre choix méthodologique, les étapes de notre recherche ainsi que sa pertinence par rapport à notre contexte. Cette option méthodologique permet de tenir compte, à la fois du changement, du contexte, du processus et des personnes impliquées.

#### Choix méthodologique: la recherche-action

La recherche-action a pour fonction de trouver une structure à des problèmes apparemment non-structurés. Elle permet une souplesse méthodologique, que l'on ne perçoit pas dans les autres types de recherche (Goyette, Lessard-Hébert, 1987).

Dans la présente recherche, le choix de cette méthodologie permet la participation des acteurs concernés à l'élaboration d'un programme d'orientation dans le but de l'adapter à un centre hospitalier.

Considérant l'importance de la spécificité d'un programme à son milieu, cela implique un ensemble d'interactions avec les intervenants sur le terrain afin d'être en mesure d'élaborer un programme qui s'intègre harmonieusement au centre hospitalier concerné.

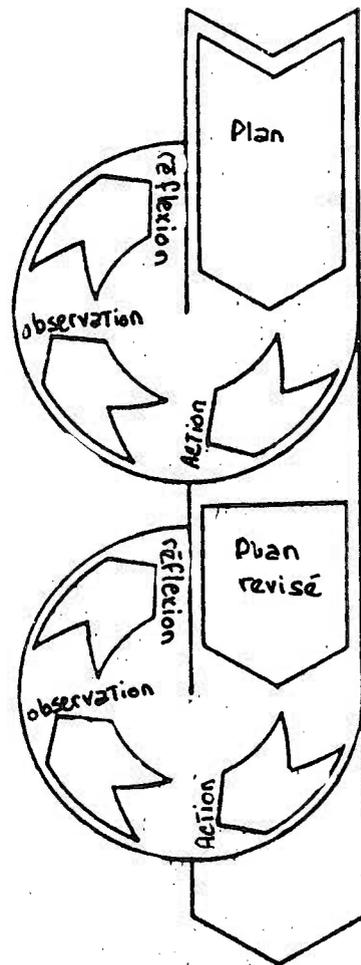
- Cette forme de recherche remplit une fonction de jonction entre la théorie et la pratique, en mettant constamment en relation la recherche et l'action. Cela nous semble nécessaire dans l'élaboration d'un programme d'orientation qui a pour but de répondre aux besoins des personnes concernées. Le type de liens entre le chercheur et l'action est une fonction intermédiaire qui relève de la communication. Le chercheur communique des informations aux gens du milieu et ces derniers communiquent au chercheur leurs valeurs, leurs préoccupations, leurs problèmes et leurs perceptions. Cette participation ou implication est exigée du milieu dans ce processus de recherche qui devient aussi un processus d'apprentissage (Goyette, Lessard-Hébert, 1987).

De plus, la communication peut aller de la transmission d'information à la négociation entre chercheur et personnes impliquées. Selon A. Morin (1984) la négociation est essentielle à la recherche-action et peut être associée à une fonction de formation des acteurs sur le terrain.

### Étapes de la recherche

Le processus de recherche-action auquel nous identifions notre démarche, est celui de S. Kemmis et R. McTaggart (The Action Research Planner, 1982). Ce modèle décrit la recherche-action sous forme de boucles ou cycles successifs comportant quatre étapes:

- 1) Planification.
- 2) Action.
- 3) Observation.
- 4) Réflexion.



-Le but de la présente recherche se situe au niveau de l'observation, dans le but de réfléchir sur des actions déjà entreprises. L'observation fournit une base de réflexion, du premier niveau d'action, qui ne faisait pas l'objet de cette recherche, au moment de sa planification.

Nous débutons, par conséquent notre démarche à cette étape de l'observation afin d'analyser nos expériences antérieures d'initiation des nouvelles infirmières dans un centre hospitalier donné.

Notre projet de recherche s'est dessiné au moment de notre participation, à l'application d'un processus d'initiation, que nous avons planifié dans un temps très limité et avec peu de ressources. Cette méthodologie répondait bien à nos besoins, puisqu'elle nous donnait la possibilité d'observer notre processus déjà actif sur le terrain. Cela nous oblige donc, à escamoter les deux premières étapes de la première boucle, pour immédiatement réfléchir sur l'action entreprise à ce moment. Ces données d'observation fourniront un reflet pertinent et nécessaire à nos actions futures, permettant ainsi une planification adaptée au contexte de cette recherche.

L'étape suivante consiste au développement du plan révisé à la lumière de notre expérience issue de notre première stratégie d'action, enrichie par la participation des acteurs du milieu d'action et par les

écrits existant à ce sujet: la concertation de tous ces éléments nous conduira vers la planification révisée de notre programme d'orientation.

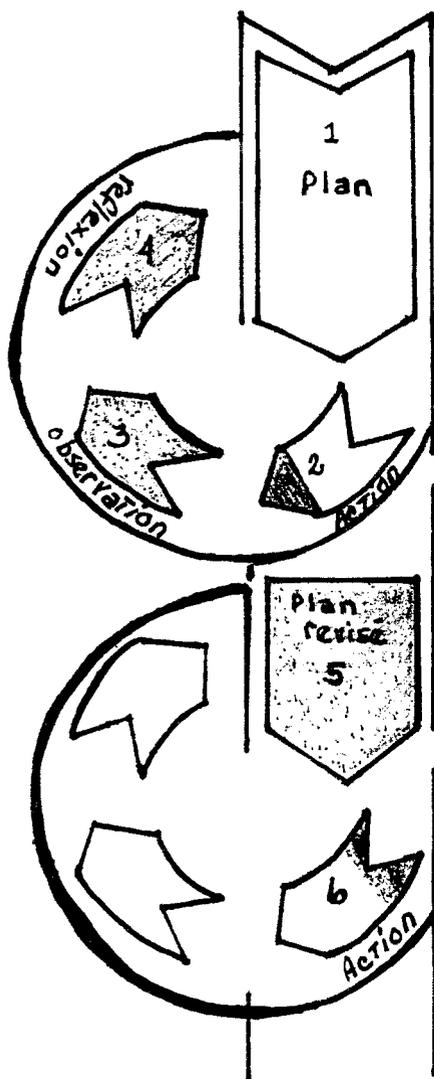
Ce processus d'observation, de réflexion, de planification et d'action n'est pas statique et permet un mouvement constant entre chaque étape. Il permet d'observer nos actions pour améliorer la situation réelle.

Ce processus de recherche-action est en constante évolution et nous permettra une réflexion sur notre progression vers la deuxième boucle pour présenter le nouveau cycle: un plan révisé de nos actions pour l'élaboration de notre programme d'orientation.

La dernière étape consisterait à présenter ce programme et sa structure organisationnelle (document final) au centre hospitalier, accompagné des recommandations pour fin d'application.

En rapportant ce modèle au cheminement de notre recherche et les interventions qui l'ont précédé, les étapes sont représentées à l'intérieur de boucles successives et par des flèches qui indiquent la direction de notre démarches et ainsi notre processus d'action.

Les étapes sont les suivantes:



Les parties ombragées désignent les étapes suivies au cours de notre processus de recherche-action.

- 1) Ébauche d'un processus d'initiation des nouvelles infirmières dans notre pratique professionnelle (ne fait pas l'objet de notre recherche).
- 2) Les actions déjà entreprises, pour favoriser l'intégration des nouvelles infirmières, au même moment où se dessine notre projet de recherche (fin d'une action).
- 3) L'observation structurée de nos actions déjà entreprises sur le terrain, en collaboration avec les intervenants concernés.
- 4) Réflexion sur les éléments significatifs émergents de nos observations.
- 5) Élaboration d'un programme d'orientation en soins infirmiers reconstruit à partir de nos observations et à la lumière de nos réflexions collectives pour répondre aux besoins du milieu concerné.
- 6) Présentation de ce programme au centre hospitalier (début d'action) avec une structure organisationnelle en vue de l'application future (cette dernière ne fait pas l'objet de notre recherche).

### Conclusion

L'observation, la réflexion, la planification et l'action de ce processus sont en mouvement constant entre chaque étape. Cela nous permet d'analyser nos actions pour améliorer la situation réelle.

### Pertinence de la démarche de recherche

Cette démarche prend en compte trois dimensions intimement liées entre elles; la pratique professionnelle, le milieu de travail et l'encadrement des infirmières.

### Pratique professionnelle

A titre de professeure en soins infirmiers, les données recueillies au cours de l'application de ce projet seront une source importante d'information, lors de la planification des stages cliniques. L'identification des besoins réels des finissantes et des employeurs nous donnera la possibilité de développer des moyens afin d'augmenter la qualité des expériences cliniques lors de la planification des apprentissages en milieu de travail.

De plus, la recherche des moyens d'encadrement déjà existants aidera à enrichir nos connaissances et nos habilités concernant la supervision des stages en milieu de travail. Les pistes de solution, pouvant diminuer l'écart entre la théorie et la pratique, seront utilisables tant en pédagogie qu'en milieu clinique. Nous visons ainsi à diriger notre enseignement vers les besoins réels des milieux cliniques tout en répondant aux exigences de la formation en soins infirmiers.

De plus, comme nous sommes appelés à oeuvrer continuellement dans ces deux milieux, nous pensons, suite à cette expérience, pouvoir minimiser les difficultés de l'intégration des infirmières finissantes, tant par la formation que par la pratique.

#### Centres hospitaliers

Ce programme pourra servir de guide à l'orientation des nouvelles infirmières dans certains centres hospitaliers présentant des caractéristiques similaires à celui concerné dans cette recherche. De plus, cela permettra la progression et l'amélioration continue des activités d'orientation puisque ce processus de recherche permet continuellement de réviser les actions entreprises.

Il pourra aussi être utilisé par différents départements, lors de l'intégration de nouveaux employés. Ce document sera utile en ce qui regarde la formation continue des infirmières.

## Infirmières

Le programme favorisera l'intégration des infirmières finissantes sur le marché du travail par un meilleur encadrement répondant aux besoins actuels des infirmières et des milieux de santé.

Finalement, cette démarche de recherche nous permet un mode d'observation contrôlée du milieu réel avec la participation des intervenants concernés, dans le but de fournir les moyens nécessaires à la conduite d'une action concertée.

## Déroulement de la recherche

Notre démarche de travail est présentée sous trois aspects qui sont, le processus, l'organisation du travail ainsi que le mode de collecte de données. Nous présentons les étapes de notre démarche auprès de l'équipe de travail ainsi que les moyens de collecter et d'organiser les données permettant l'élaboration des modalités d'orientation adaptées aux besoins du milieu concerné.

## Processus - Plan d'action - Équipe de travail

L'intention d'élaborer un programme d'orientation structuré faisait déjà l'objet de nombreuses démarches sur le terrain. Nos

actions antérieures auprès des intervenants concernés facilita notre démarche de recherche action. Ce processus permettait, au fur et à mesure que nos discussions évoluaient, de préciser nos intentions, nos interventions et, du même coup, de valider nos modes d'application auprès des intervenants concernés .

Après une entente avec la direction des soins infirmiers, nous avons formé une équipe de travail regroupant les infirmières et les infirmiers-chefs de chaque département (6), les coordonnateurs et coordonnatrices (3), la personne responsable de la formation, et le directeur des soins infirmiers occupant ce poste depuis peu de temps.

La participation active des membres était évidemment sur une base volontaire, mais l'intérêt important du directeur des soins infirmiers (D.S.I.) en regard de la réussite de ce projet, ainsi que sa disponibilité, ont favorisé l'atteinte des objectifs fixés.

Plusieurs personnes dans ce groupe avaient participé de près ou de loin aux expériences antérieures, ce qui dès le départ améliorait la qualité de notre cheminement.

Toutes ces personnes étaient présentes à la première rencontre, étant donné qu'une réunion des soins infirmiers était déjà planifiée. Nous avons profité de ce moment privilégié pour rejoindre les personnes concernées et vérifier leur intérêt et leur motivation à participer à ce

projet. Les réponses furent positives malgré les contraintes et les activités de chacun. Dès cette première rencontre, nous avons établi ensemble un plan d'action, l'ordre des priorités, les tâches de travail du groupe ainsi que les échéanciers à respecter. La planification des rencontres suivantes fut guidée par les demandes des membres de l'équipe au chercheur, de présenter des instruments de travail qui permettraient un cheminement efficace et rapide. Les consignes du groupe étaient claires et le chercheur devait être à la fois membre de l'équipe et responsable de la conduite d'un travail structuré pour minimiser les discussions prolongées et maximiser les résultats.

Pendant le déroulement, le rôle du chercheur était d'encadrer les membres dans la réalisation du travail. Il devait les aider à cheminer vers des décisions éclairées, proposer divers moyens à chaque rencontre et remettre des comptes rendus au groupe, sur le travail effectué hors de l'équipe, et ce régulièrement pour que le travail avance, malgré l'absence du chercheur ou de quelques intervenants.

Etant donné que l'horaire respecte les activités professionnelles de chacun, nous devons assurer un suivi et un support entre chaque rencontre pour maintenir l'intérêt et la motivation de départ. Les communications entre les rencontres se faisaient entre le chercheur et le directeur des soins infirmiers (D.S.I.).

Ces périodes de travail individuel furent l'objet de plusieurs initiatives de la part des membres pour produire des instruments de travail susceptibles d'enrichir le programme d'orientation. De plus, chaque intervenant impliquait dans ses démarches d'autres membres du personnel infirmier, ce qui préparait le personnel des départements à l'application du programme d'orientation et leur faisait prendre conscience de l'importance d'une formation structurée. L'équipe cherchait régulièrement à améliorer la situation en fonction des objectifs de départ.

La deuxième rencontre avait pour objet la présentation par le chercheur des données retenues de la littérature, des guides d'orientation existants dans d'autres centres hospitaliers, ainsi que les résultats et les commentaires d'infirmières débutantes ayant participé aux expériences antérieures et recueillis par entrevues semi-structurées. Une discussion de groupe suivit cette présentation. Ces trois dimensions, qui ont fait l'objet du cadre de références, furent à la base de notre réflexion sur le choix des priorités en regard de nos besoins immédiats.

Lors de cette rencontre, des documents résumant cette présentation sont remis aux membres de l'équipe dans un but de consultation et de réflexion individuelle, en vue de faire un choix éclairé, lors de la prochaine rencontre de groupe sur les instruments à produire et les besoins à combler.

À une troisième rencontre, un tour de table est fait pour recueillir les commentaires de cette consultation et établir un cadre permettant d'identifier les éléments à retenir, à modifier ou à écarter, à la lumière des résultats de nos expériences antérieures, tout en identifiant les nouvelles contraintes de temps et d'argent, nombreuses lorsqu'il est question de formation dans un centre hospitalier (C.H.). Il est proposé tout d'abord d'élaborer les documents jugés prioritaires. Ce sont: une grille de comportements professionnels, une grille de procédés de soins, une grille d'évaluation et un carnet d'orientation individuel pour l'infirmière débutante. Les tâches sont alors partagées entre l'équipe et le chercheur et diverses rencontres de concertation sont planifiées. Une présentation mutuelle de nos documents et une discussion sur le mode d'utilisation et du rôle des intervenants concernés est alors partagée. Un excellent travail de collaboration est constaté.

Les documents concernant les apprentissages à acquérir sur chaque département et les instruments pour favoriser l'intégration, les apprentissages et l'évaluation étant maintenant élaborés et acceptés par le groupe, nous entreprenons de planifier la structure organisationnelle de leur implantation et de leur utilisation, en regard des besoins et des contraintes identifiés.

Les contraintes et les limites étant bien cernées, ce processus se déroule assez rapidement et nous amène à discuter des modalités générales de l'orientation, en tenant compte des expériences antérieures, et ce, en nous basant sur une grille déjà élaborée au niveau du cadre de références pour l'analyse des guides d'orientation.

Dans un deuxième temps, un regard est porté sur la description du rôle du superviseur (Annexe III) et nous retenons cette description, en proposant d'identifier un deuxième superviseur, autre que le chercheur, pour assurer la continuité de ce programme lors des applications futures. Nous précisons les qualités que devrait posséder cette personne. Le groupe propose deux candidatures et une infirmière accepte cette tâche avec beaucoup d'intérêt. Le chercheur rencontre ce nouveau superviseur en vue de son encadrement. D'autres rencontres sont effectuées avec la participation du directeur des soins infirmiers pour concerter le travail des deux superviseurs concernant les apprentissages, l'utilisation des instruments d'orientation et l'évaluation en période de probation.

Les dernières rencontres avaient pour but de finaliser le plan général, les horaires selon le nombre de candidats et candidates, de distribuer les tâches et d'identifier les personnes ressources (facilitateurs) sur chaque département. Le chercheur devait fournir, à chaque participant, les documents finalisés élaborés pendant notre démarche et mettre en place un processus d'évaluation de ce programme, permettant

ainsi de faire des changements selon les besoins de l'application en cours. Finalement, les infirmières-chefs de chaque département se chargent d'informer leur personnel en vue de leur collaboration précieuse pendant l'application de ce nouveau programme d'orientation des infirmières débutantes.

### Organisation des rencontres

Chaque rencontre était orientée par un objectif de départ, un tour de table était fait pour enregistrer les idées. Au fur et à mesure de la discussion, des propositions étaient notées et on regroupait les priorités. Finalement, l'équipe divisait les tâches de travail à effectuer pour la prochaine rencontre.

Le travail, fait individuellement ou en plus petits groupes, était présenté en grand groupe. Suite aux difficultés rencontrées, les participants proposaient des solutions et traçaient un portrait des éléments désirables et indésirables, dans le but d'élaborer de nouveaux objectifs. À partir de ce portrait, des moyens et des ressources étaient identifiés en vue de répondre le plus adéquatement possible aux besoins exprimés. Les actions étant concertées, les solutions furent élaborées rapidement tout comme les consensus et les ententes sur les interventions à entreprendre.

La planification de rencontre structurée, avec la coopération de chacun, permettait d'optimiser les actions et ainsi éviter les insatisfactions des rencontres longues et laborieuses. Dans certains cas, les rencontres étaient moins nombreuses pour permettre aux intervenants et au chercheur d'analyser les données et d'élaborer les documents indispensables au processus d'orientation. Les membres de l'équipe préféraient des délais plus longs et des rencontres plus courtes, mais efficaces, afin de répondre à ces exigences, selon les échéanciers prévus.

### Cueillette des données

Les données recueillies à chaque rencontre sont formulées par écrit, analysées et organisées pour identifier précisément les objectifs, leur atteinte et pour dégager les priorités. Ces comptes rendus sont le reflet de notre démarche et permettent un suivi précis des étapes, des discussions et des interventions. Au début de chaque rencontre, une réflexion est faite sur les résultats de la dernière rencontre, ainsi qu'une évaluation du travail effectué en regard des échéanciers à respecter. Le chercheur est utilisé comme personne-ressource et anime chaque rencontre.

D'autre part, le chercheur à chaque rencontre recueille sous forme de journal de bord des observations concernant l'évolution du

groupe de travail, dans le but d'aider l'équipe à cheminer vers des décisions éclairées et noter les apprentissages et les difficultés rencontrées pendant cette démarche. Ces observations permettent d'organiser le contenu des rencontres à venir et d'améliorer ou de changer la démarche, selon les besoins des gens concernés. Certains comportements et attitudes sont notés afin d'utiliser les forces du groupe et d'en minimiser les faiblesses.

## CHAPITRE IV

### Présentation des résultats de la recherche

#### Présentation du programme d'orientation en soins infirmiers

Notre préoccupation de départ était de favoriser l'intégration des nouvelles infirmières en début d'emploi en regard de leurs besoins et des exigences du milieu concerné. En examinant les pistes de solutions concernant cette problématique, nous avons privilégié l'élaboration d'un programme d'orientation structuré et adapter aux besoins des deux partis en cause. Notre démarche de recherche-action a permis l'émergence d'une action concertée au sein d'une équipe de travail dynamique qui avait comme objectif principal de développer des concepts, des instruments et des modalités d'application qui répondraient aux exigences actuelles du milieu, tout en identifiant les besoins d'apprentissage des candidates lors des expériences antérieures d'orientation. Les éléments et les instruments déjà utilisés furent transformés et remaniés selon les intentions et les priorités de l'équipe de travail.

L'élaboration de ce programme considère la majorité des éléments retenus dans notre cadre de référence, tant au niveau des modalités que des instruments de travail, tout en considérant la spécificité du C.H. concerné.

Ce programme dégage onze éléments de classification regroupant les objectifs, les principes directeurs, les modalités d'orientation et d'évaluation, ainsi qu'une proposition de structure organisationnelle accompagnée des recommandations et des instruments d'encadrement.

Malgré son cadre limité, ce programme se veut flexible et surtout conciliable selon les besoins et les contraintes diverses qui se présentent différemment à chaque période d'orientation. Il doit être utilisé comme un guide par les intervenants et non s'avérer une contrainte.

Les pages qui suivent présentent le programme d'orientation qui a émergé des travaux de l'équipe de recherche.

**CENTRE HOSPITALIER ST-FRANÇOIS D'ASSISE  
LA SARRE**

**PROGRAMME D'ORIENTATION**

**EN SOINS INFIRMIERS**

**Formation en début d'emploi  
présentée  
par  
Lyne Fecteau**

**Début du projet: Mai 1987**

**Rapport final: Mai 1990**

**U.Q.A.T.**

**PROGRAMME D'ORIENTATION EN SOINS INFIRMIERS**

	Page
1. INTRODUCTION.....	55
2. OBJECTIFS:.....	56
- Objectifs d'orientation.....	56
- Objectifs contributifs.....	56
3. PRINCIPES DIRECTEURS.....	58
- Orientation générale (informations générales).....	58
- Orientation spécifique.....	59
4. INSTRUMENTS D'APPRENTISSAGE UTILISÉS.....	60
- Documents.....	60
- Activités.....	60
5. MODALITÉS D'ORIENTATION.....	61
6. MODALITÉS D'ÉVALUATION.....	63
- Grille 1.....	65
- Grille 2.....	66
- Guide d'observation (pour le superviseur).....	69
7. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE.....	70
- Tableau résumé.....	74
8. STRUCTURE INDIVIDUELLE.....	75
- Cédule d'orientation.....	76
- Carnet d'orientation.....	77
9. RECOMMANDATIONS.....	78
10. RESSOURCES.....	79
CONCLUSION.....	79
Annexe I - Éléments d'orientation propres au milieu, rapport de recherche : annexe IV	
Annexe II - Rôle du superviseur: Description de tâches, rapport de recherche: annexe III	
Annexe III - Carnet d'orientation: Format de poche, rapport de recherche: annexe V	

## 1. INTRODUCTION

Notre centre, étant donné sa vocation générale, accueille une clientèle ayant des besoins de santé de divers niveaux de complexité.

Afin de faciliter l'intégration des infirmières en début d'emploi, nous tentons de fournir, par le biais de ce programme d'orientation en soins infirmiers, le plus d'outils possible dans le but de favoriser les apprentissages de chacune et d'actualiser leurs connaissances en regard des spécificités des divers départements où elles auront à oeuvrer dans leur pratique professionnelle.

Ce document s'adresse aux intervenants qui sont responsables de la formation dans les centres hospitaliers et qui désirent améliorer la qualité de l'orientation des infirmières débutantes. Il présente les objectifs, les principes directeurs, les modalités d'orientation et propose diverses grilles d'apprentissages et d'évaluation permettant une meilleure organisation et un suivi plus structuré des infirmières en début d'emploi.

Nous espérons ainsi améliorer le rendement des nouvelles arrivantes, diminuer les sentiments d'insécurité liés à l'insertion dans un nouveau milieu de travail et supporter les équipes de soins pendant cette période qui exige la collaboration de tous afin de continuer à dispenser des soins de qualité.

## 2. OBJECTIFS DU PROGRAMME

### A) Objectifs d'orientation

- Favoriser l'intégration de la nouvelle infirmière à son nouveau milieu de travail par un encadrement structuré;
- Identifier les besoins individuels des infirmières en début d'emploi;
- Offrir un choix d'activités en tenant compte des besoins d'apprentissage;
- Procurer un enseignement correctif, selon les besoins, au niveau des divers procédés de soins;
- Favoriser les expériences par un contact personnalisé et permettre les échanges en favorisant l'auto-évaluation;
- Offrir un type de supervision favorisant l'autonomie et l'initiative de l'infirmière dans une variété de situations permettant l'exploration des spécificités de chaque département;
- Permettre à la nouvelle infirmière d'assumer son rôle graduellement et selon une pratique sécuritaire.

### B) Objectifs contributifs

- Diminuer les situations génératrices de stress et d'anxiété;

- Apporter du support aux équipes de soins en période d'orientation afin d'offrir tout de même des soins de qualité;
- Permettre à l'infirmière débutante une période d'essai et une rétro-action régulière permettant l'ajustement continu;
- Donner le temps à la nouvelle infirmière pour assimiler les politiques et procédures du C.H.

### 3. LES PRINCIPES DIRECTEURS

#### A) Orientation générale (informations générales)

##### i) DIRECTION DES RESSOURCES HUMAINES:

- Présenter l'organigramme du C.H., les objectifs et la philosophie des soins;
- Offrir un aperçu sur les programmes déjà existants (santé, sécurité, formation, etc.);
- Expliquer les politiques du personnel: régime syndical, salaires, postes, disponibilités, congé, vacances, départs, etc.);
- Offrir une orientation des lieux physiques: visite du C.H.;
- Présenter le plan de désastre.

##### ii) DIRECTION DES SOINS INFIRMIERS:

- Philosophie des soins infirmiers: objectifs généraux et spécifiques pour l'année;
- Engagement professionnel (éthique, règles internes, etc.);
- Politique d'évaluation périodique;
- Présentation des chefs de service et description des tâches, rôles et travail d'équipe.

**B) Orientation spécifique**

- i) Préciser les modalités d'utilisation des divers outils de travail, de l'équipement, des dispositifs de sécurité et des ressources disponibles.
  
- ii) Tout en prenant en charge des clients, assurer une initiation graduelle aux procédés diagnostics, à l'administration des médicaments et des traitements, à l'enseignement au client et à sa famille ainsi qu'au rôle de l'infirmière en tenant compte des divers professionnels de la santé.
  
- iii) Présenter les modalités de révision, de supervision et d'évaluation des procédés de soins.
  
- iv) Comprendre le rôle de collaboration attendu de l'infirmière débutante à l'intérieur d'une équipe de professionnels de la santé.

#### 4. INSTRUMENTS D'APPRENTISSAGE UTILISÉS

DOCUMENTS	ACTIVITÉS
- Description du fonctionnement des pompes volumétriques (I/V) et mini-perfuseurs;	- Démonstration pratique (+ installation cathéter I/V);
- Glucomètre;	- Démonstration + interprétation;
- Dossier complet (vierge)	- Révision de chaque partie;
- Exemple fictif (histoire);	- Inscrire notes d'observation;
- Kardex - plan de soins	- Compléter à partir d'un exemple;
- Feuille d'équipe + autres (bilan, cahier de nuit, collecte de données, etc.);	- Explications sur l'utilisation;
- Carnet d'orientation (format de poche, Annexe II)	- Calcul solutés + bilan;
- Document d'orientation des départements (# 11)	- Explications sur l'utilisation;
- Feuille de route.	- Référence sur chaque département sur les apprentissages à faire;
	- Bref aperçu sur l'organisation de son travail.

## 5. MODALITÉS DE L'ORIENTATION

Cet encadrement oblige le superviseur à être disponible sur plusieurs unités de soins à la fois, que ce soit de jour ou de soir. Il est important d'informer le personnel du fonctionnement de l'orientation afin d'assurer leur collaboration lorsque le superviseur n'est pas disponible. Il relève de l'infirmière-chef de chaque département de donner au personnel les informations nécessaires entourant leur rôle en période d'orientation.

Le cheminement de départ est le même pour toutes les candidates suivant la disponibilité des unités de soins. L'horaire de chaque candidate est flexible selon les besoins identifiés en cours de route. De plus, à la fin de l'orientation, les affinités cliniques sont identifiées par l'infirmière débutante et la coordonnatrice en vue du prochain horaire.

La période d'orientation se déroule sur toutes les unités de soins de l'hôpital (médecine chirurgie, pédiatrie, pouponnière, soins intensifs, urgence, obstétrique), en accordant une priorité à l'unité de médecine-chirurgie en clientèle adulte, au début de l'orientation, afin de permettre une transition plus facile vers les spécialités plus complexes.

La candidate suivra un cheminement d'environ 15 jours et 6 soirs sur les unités de soins. Toujours en regard de son évolution, cet horaire pourra être modifié selon ses besoins et selon la disponibilité des soins. D'autre part, il est important, malgré les cheminements particuliers, d'uniformiser les informations données et de respecter les apprentissages faits hors des unités de soins au début de l'orientation (techniques, appareils, informations générales, etc.), pour ne pas alourdir la tâche du superviseur et des équipes de travail pendant l'intégration sur les unités de soins.

La candidate est appelée à oeuvrer sur des unités de soins spécialisés (urgence, soins intensifs), la planification de cours d'arythmies et de réanimation-cardio-respiratoire (R.C.R.) complète les connaissances de la candidate à ce sujet.

## 6. MODALITÉS D'ÉVALUATION

Ce processus d'évaluation formative est centré principalement sur l'aspect professionnel de la pratique, mais il a aussi pour but d'orienter les apprentissages, par l'identification des besoins de formation en cours d'orientation.

Les normes et les critères de compétence, l'éthique et la déontologie présentent une description de la compétence professionnelle de l'infirmière et guident notre démarche d'évaluation en dégagant les objectifs d'apprentissage. Deux grilles sont prévues à cet effet et permettent, tout en précisant les objectifs d'apprentissage, de structurer et d'alléger le processus d'évaluation, inévitable en période de probation.

L'objet de ce programme n'étant pas l'évaluation, nous tentons par ce processus d'enrichir les apprentissages par un enseignement correctif. Les rétro-actions régulières fournies par le superviseur lors de chaque changement de département, favorisent les échanges et permettent de cerner les forces et faiblesses des candidates en début d'emploi avant l'évaluation officielle (prise de décision finale). À la fin de cette période, la candidate devrait avoir reçu entre 2 et 8 évaluations formelles ou informelles, et si des problèmes particuliers persistent, nous en référons à la direction des soins infirmiers pour

discuter et proposer un cheminement particulier à la candidate concernée ou une prolongation de la période de probation.

Le superviseur possède un rôle de facilitateur mais aussi d'évaluateur. Les collègues appelés à travailler étroitement avec la candidate participant activement à ce processus d'évaluation en donnant des feedbacks au superviseur et à la candidate concernant son travail quotidien. Ce rôle de superviseur fait l'objet d'une troisième grille.

Le centre hospitalier étant responsable de l'évaluation de la qualité des soins prodigués dans son établissement, il est important de ne pas escamoter cette étape d'évaluation qui contribue à la fois à l'enrichissement des apprentissages des candidates, à la protection des bénéficiaires et qui répond à l'atteinte des objectifs des soins infirmiers.

Les pages qui suivent présentent les trois grilles d'évaluation, soit la grille 1: Évaluation des comportements, la grille 2: Évaluation et objectifs d'apprentissage et la grille 3: Guide d'observation du superviseur.

## GRILLE # 1 - ÉVALUATION DES COMPORTEMENTS

Nom:  
Département:

<u>COMPORTEMENTS ATTENDUS</u>	Très satis- faisant	Satis- faisant	Insa- tis- faisant	Non remar- qué
1. Planifie sa journée selon l'horaire de l'unité de soins (arrivée, repas, pause, départ...)				
2. Participe au rapport et demande les informations au besoin (à son arrivée)				
3. Donne un rapport pertinent de l'état de ses patients lors de son départ				
4. Précise son rôle auprès de ses clients				
5. Démonstre un bon sens de l'observation				
6. Révise ses techniques de soins au besoin et prépare son matériel adéquatement et respecte les étapes à suivre				
7. Explique clairement à son client les buts des soins à prodiguer				
8. Établit une relation d'aide avec son client				
9. Se préoccupe de combler les besoins physiques et psychologiques de son client				
10. Respecte les politiques d'administration des médicaments du centre hospitalier (horaire, rotation des cartes, vérification, inscription)				
11. Consulte le dossier & le kardex au besoin				
12. Présente une tenue professionnelle adéquate				

**GRILLE # 2 - ÉVALUATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE  
SELON LES NORMES ET CRITÈRES DE COMPÉTENCE  
DE L'INFIRMIÈRE**

SYNTHÈSE: <u>NORMES ET CRITÈRES DE COMPÉTENCE</u>	Atteint	Non Atteint	Améliorations à faire	Autres
1. L'infirmière rédige l'histoire nursing du client en cueillant les données pertinentes lors de l'admission				
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Consulte les différentes sources d'information (client, famille, dossier antérieur...)</li> <li>. Utilise les principes d'entrevue</li> <li>. Consigne au dossier les principales données</li> <li>. Identifie les besoins du client et la perception qu'il a de sa situation</li> </ul>				
2. L'infirmière formule le plan de soins initial et l'exécute adéquatement (soins-traitements-méthodes diagnostiques)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Fait participer le client à ses soins</li> <li>. Démontre une attitude attentive et personnelle</li> <li>. Exécute les soins et traitements prévus au plan de soins/dossier</li> <li>. Consulte l'équipe de soignantes</li> <li>. Applique les principes à la base des interventions de soins lors de leur réalisation</li> <li>. Explique au client ses actions</li> <li>. Demeure à l'affût de toutes les occasions pour donner de l'information</li> <li>. Évalue l'efficacité des soins et intervient face à un changement observé chez le client: <ul style="list-style-type: none"> <li>les "stat"</li> <li>les protocoles</li> <li>les ordonnances médicales</li> <li>Avertir les personnes concernées</li> </ul> </li> </ul>				

**GRILLE # 2 - ÉVALUATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE  
SELON LES NORMES ET CRITÈRES DE COMPÉTENCE  
DE L'INFIRMIÈRE (suite)**

SYNTHÈSE: <u>NORMES ET CRITÈRES DE COMPÉTENCE</u>	Atteint	Non Atteint	Améliorations à faire	Autres
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Applique mesures de confort et de sécurité</li> <li>. Applique mesures d'aseptie</li> <li>. Démontre connaissance des médicaments qu'elle administre</li> <li>. Démontre des attitudes favorisant la relation d'aide</li> <li>. Donne de l'enseignement au client en favorisant les apprentissages</li> <li>. Évalue et assure la continuité du processus d'enseignement</li> </ul>				
<p>3. L'infirmière utilise des moyens pour assurer la continuité des soins du client</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Met à jour au plan de soins</li> <li>. Relève les ordonnances médicales</li> <li>. Rédige dossier selon les normes</li> <li>. Prépare plan de départ au transfert</li> <li>. Assure les communications (autres organismes, messages, rapport...)</li> </ul>				
<p>4. L'infirmière assume son rôle à l'intérieur de l'équipe de soins et de l'équipe multidisciplinaire</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Se fait l'interprète du client auprès de l'équipe de soins et de l'équipe multidisciplinaire</li> <li>. Connaît son rôle de collaboration</li> </ul>				
<p>5. L'infirmière s'acquitte de ses responsabilités professionnelles</p>				
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Est responsable de ses actes (oublis, erreurs...) et prend les moyens pour y remédier.</li> </ul>				

**GRILLE # 2 - ÉVALUATION DES OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE  
SELON LES NORMES ET CRITÈRES DE COMPÉTENCE  
DE L'INFIRMIÈRE (suite)**

SYNTHÈSE: <u>NORMES ET CRITÈRES DE COMPÉTENCE</u>	Atteint	Non Atteint	Amélio- rations à faire	Autres
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Connaît bien ses limites</li> <li>• Est capable d'évaluer ses compétences (auto-évaluation)</li> <li>• Respecte les délais, horaires</li> <li>• Établit ses priorités dans les suivis à donner et offre son aide lorsqu'elle peut le faire</li> </ul>				

**Commentaires généraux**

**GUIDE: OBSERVATION (pour le superviseur)**

**BUT:** Aider le superviseur par l'élaboration d'une synthèse des aspects distinctifs utiles à l'observation du travail général de la nouvelle infirmière reflétant l'organisation, la planification et particulièrement les aspects concernant l'aseptie, les médicaments, la vigilance et la communication dans le but d'une pratique sécuritaire.

<b>OBSERVATION:</b>	Semaine		
	1	2	3
-État de ses clients:			
. Psychologique			
. Physiologique			
-Effets des médicaments			
-Effets des traitements			
-Confort et bien-être			
Autres:			

<b>ASEPTIE</b>	Semaine		
	1	2	3
-Médicaments:			
.I/V-prépar.+cathéter			
.Inject. l/m s/c l/d			
-Traitements:			
.Pansements divers			
.Isolation (+ inversée)			
Autres:			

<b>DOSSIERS</b>	Semaine		
	1	2	3
-Notes d'observation:			
. Qualité			
. Précision			
. Légalité			
. Données pertinentes			
-Regarde notes des 24 h			
-Note l'état de son client			
Autres:			

<b>SÉCURITÉ</b>	Semaine		
	1	2	3
.Côtés de lit			
.Cloche d'appel			
.Installation			
.Comportement			
.Surveillances diverses			
.Collaboration à l'équipe			

<b>DONNÉES GÉNÉRALES</b>	Observations particulières		
	1	2	3
-Respecte son client et ses collègues			
-Organise son travail selon les priorités			
-Respecte les principes lors d'intervention			
-Est responsable de ses actes			
-Demande de l'aide au besoin			
-Prend en charge ses apprentissages			
-Respecte le secret professionnel			
-Prend des initiatives à sa mesure			
-Communique (fonctionnelle et pédagogique) adéquatement			

## 7. STRUCTURE ORGANISATIONNELLE

Dans les premières années d'expérimentation, ce programme était d'une durée de cinq semaines et sur trois quarts de travail, ce qui était idéal à notre avis. Actuellement avec les contraintes de disponibilité des personnes ressources, le besoin urgent d'infirmières pendant cette période particulière (mai-juin, début des vacances), ainsi que les contraintes financières, nous estimons que trois semaines peuvent être suffisantes en respectant les cheminements particuliers de certaines pour lesquelles l'adaptation au milieu de travail semble plus difficile pour diverses raisons.

De plus, pour les mêmes raisons, malgré que les candidates appréciaient les trois quarts de travail, nous ne retenons pas le quart de nuit (00:00 à 8:00) car les apprentissages à faire sont moins nombreux et lorsque la candidate fonctionne bien de jour et de soir, elle n'a généralement pas de problème à s'adapter au travail de nuit, en ayant au préalable les informations sur l'horaire, la routine et la tâche. De plus, lors des premières nuits de travail, elle est encadrée par l'équipe habituelle de travail pour favoriser son intégration.

Tout d'abord, nous proposons de retenir la première journée comme étant une journée d'accueil ayant pour but de fournir les informations générales en regard du fonctionnement du C.H., de la philosophie des soins, des politiques concernant le personnel infirmier ainsi que la

présentation des chefs de service, lors de la visite du centre hospitalier. Cette première journée se fait donc en collaboration avec la direction des ressources humaines, la direction des soins infirmiers ainsi que la participation des personnes responsables de la formation.

Pour la deuxième journée, nous suggérons de débiter par une présentation du déroulement des modalités du programme d'orientation (objectifs-déroulement-évaluation-cheminements particuliers), une mise à jour de diverses notions (démarche de soins-dossiers-plan de soins (kardex)-rôles-tâches), ainsi qu'une révision de différentes techniques (I/V-appareils-aseptie-calculs-médicaments spécifiques). À ce moment, il est intéressant de procéder à une première identification des besoins particuliers de chacun dans le but de planifier les apprentissages. Dans la dernière heure de la journée, nous pouvons prévoir une visite au laboratoire qui permet de compléter les connaissances sur diverses méthodes de diagnostic et de comprendre certaines demandes particulières des techniciens en regard de certaines techniques de prélèvement.

Par la suite, il est important de retenir deux journées pour la certification en R.C.R. (réanimation cardio-respiratoire) et 30 heures pour l'apprentissage des arythmies cardiaques intégré dans les semaines d'intégration sur les unités de soins. Nous suggérons un maximum de 6 à 8 candidates par groupe pour un superviseur.

L'intégration des candidates sur les unités de soins est la partie la plus importante de ce programme et demande beaucoup de travail de la part du superviseur et de collaboration des équipes de soins. Il est nécessaire que tous connaissent les buts de l'orientation, le rôle du superviseur, la structure du programme et l'importance de leur participation dans ce processus. Nous devons prévoir des périodes d'information à l'intention du personnel.

Pendant l'application, nous devons favoriser les situations d'apprentissage, apporter du support, car la supervision des candidates sur plusieurs départements à la fois se fait quelquefois à distance, selon les disponibilités des infirmières oeuvrant directement avec la candidate. Cela implique une planification étroite: des activités quotidiennes pour ne pas alourdir la tâche des équipes de soins et des modes de communication pour répondre aux besoins imprévisibles de certaines situations.

Il est essentiel de se référer régulièrement aux grilles d'apprentissage et d'évaluation pour ne pas esquiver certains éléments, et fausser nos perceptions du cheminement de chaque infirmière. De plus, un guide d'observation permet au superviseur de structurer rapidement les éléments de surveillance dans le but d'avoir une vision globale du travail effectué auprès des clients par les infirmières en orientation.

Cette étape vise donc la planification du travail des candidates sur les unités de soins, la supervision directe ou indirecte des apprentissages, l'identification des besoins et l'évaluation formative des compétences de chaque candidate.

La dernière étape consiste à faire la synthèse des évaluations de chacune et à planifier une rencontre individuelle pour donner un feedback général des 3 semaines et recueillir les commentaires des candidates sur l'application de ce programme.

On profite de ce moment particulier pour identifier leurs préférences et leurs affinités en regard des unités de soins et clarifier leur disponibilité pour le prochain horaire de travail et ce, en collaboration avec la coordonnatrice.

## BLOC I - JOUR I

Orientation générale (accueil)S'adresse à tout le groupe:

- Organigramme du C.H.
- Objectifs
- Programmes déjà existants (santé-sécurité-formation)

Politique du personnel:

- Régime syndical-salaire-postes
- Congés-vacances-départ
- Sécurité sociale-retraite
- Assurance maladie
- Feuille de temps-cédules-disponibilité

Direction des soins infirmiers:

- Philosophie-objectifs-éthique professionnelle
- Politique d'évaluation
- Visite du C.H. (présentation des chefs de service)

## BLOC II - JOUR II

S'adresse à tout le groupe:

- Présentation du plan d'orientation: remise de l'horaire individuel-déroulement) modalités du programme et évaluation
- Explication carnet d'orientation remis à tous en format de poche (suivi)
- Mise à jour de diverses notions: démarche de soins-dossiers-plan de soins-enseignement divers-médicaments
- Révision de différentes techniques: appareils-I/V-bilans-Jelco-pompes-mini-perfuseur-pousse seringue
- Besoins particuliers de chaque candidate
- Visite du laboratoire

## BLOC III - INTÉGRATION-DÉPARTEMENT

Jour 1 - Orientation spécifique  
Division en groupe de 6-8 pers.:- Intégration aux unités de soins

- AM: • Orientation spécifique à l'unité de soins
- Spécificité, matériel, routine
  - Types de patients
  - Priorités en général
  - Présentation du personnel + tâches
  - Lecture et apprentissage à faire

- Intégration à l'équipe

- PM: • Participation aux soins
- Période de questions
  - Assiste au rapport de fin de journée
  - Division de patients

\* 1er et 2e étages faits par le superviseur

Jour 2 et les autres jours:

supervision directe et indirecte et aider à l'organisation du travail

- Prise en charge graduelle des patients: 2 à 3 patients/candidate et augmentation graduelle selon la situation
- Division faite par assistante en collaboration avec le superviseur
- Disponibilité du superviseur sur tous les départements de jour et de soirs (maximum 8 candidates/quart)
- Proposition de division:  
2-3 cand. = 1er étage-pouponn.  
2-3 cand. = 2e étage-soins int.  
2-3 cand. = pédiatrie-urgence (variable selon le nombre de candidates, leurs besoins particuliers et selon la clientèle)

## BLOC V

Soins spécialisésDivision en groupe de 6-8 pers.:

- Certification en réanimation cardio-respiratoire (R.C.R.)
- Apprentissage des arythmies cardiaques: 30 heures
- Visite du département d'inhalothérapie:  
Enseignement: 2 heures (Politiques et utilisation des appareils) (Facultatif selon les besoins)

\* Ce bloc est intégré dans l'horaire au même moment que l'intégration sur les départements

## BLOC VI

Processus d'évaluation

- Évaluation formative faite régulièrement par collègues et superviseur
- Évaluation formelle à la mi-orientation (rencontre) et identification des besoins
- Évaluation finale:  
- Rencontre superviseur-DSI-échanges et discussion sur identification des besoins (formation continue)  
- Rencontre coordonnatrice pour disponibilité et cédule de travail

## 8. STRUCTURE INDIVIDUELLE

Chaque candidate reçoit, dès la première journée, le plan de l'orientation, son carnet d'orientation ainsi qu'un horaire individuel.

L'horaire individuel qui est fait sous forme de calendrier d'activités, indique les dates et les heures de l'orientation générale et spécifique, ainsi que les quarts de travail et les départements où chacune devra oeuvrer pendant ces jours réservés à l'orientation.

De plus, le groupe est divisé en sous-groupes pour participer à des cours de R.C.R. et d'apprentissage des arhythmies. Ces activités sont prévues dans l'horaire individuel de chaque candidate.

Il est important de spécifier que des aménagements sont possibles considérant les besoins et les disponibilités de chacune.

CEDULE D'ORIENTATION

HEURE	JOUR 1	JOUR 2	JOUR 3	JOUR 4	JOUR 5
	DINER	DINER	DINER	DINER	DINER

## CARNET D'ORIENTATION

Ce carnet d'orientation remis à chaque candidate présente une synthèse des apprentissages, des points de surveillance et des procédés de soins à être réalisés au cours de la période d'orientation. (Il est ici présenté dans la pochette à la fin du rapport, Annexe VI).

Il doit être complété par les personnes concernées (superviseur-collègues (inf.)) afin de suivre les apprentissages faits par l'infirmière débutante sur chaque département.

Il est de la responsabilité de la candidate de se faire superviser pour avoir un feedback sur l'application de ses interventions et faire signer les actes qui ont été supervisés. Elle doit aussi compléter la partie auto-évaluation, identifier ses points faibles et ses points forts, et remettre son carnet au superviseur à la fin de l'orientation pour l'évaluation finale.

De plus, il existe sur chaque département un document d'orientation spécifique qui encadre de façon descriptive les apprentissages et qui a pour but de compléter et de structurer les habiletés à développer concernant les appareils, le matériel, les politiques, les protocoles et les spécificités de soins (Annexe IV). Ces documents permettent donc d'enrichir les objectifs d'apprentissage du carnet d'orientation et sont utiles à la formation continue pour améliorer les connaissances déjà acquises.

Ce carnet d'orientation ainsi que les documents spécifiques de chaque département seront utiles pour identifier les besoins individuels ainsi que les forces et faiblesses de chaque candidate, en regard des exigences du milieu concerné.

## 9. RECOMMANDATIONS

Ces recommandations s'adressent aux personnes responsables de la formation qui auront à appliquer ce programme d'orientation.

- Identifier les situations cliniques les plus enrichissantes au niveau des apprentissages dans chaque département;
- Rencontrer les équipes de travail régulièrement avant et pendant la période d'orientation pour identifier les priorités d'encadrement;
- Respecter le temps alloué à l'orientation ainsi que les horaires proposés;
- Être flexible au niveau des situations d'apprentissage;
- Respecter les cheminements particuliers donc individualiser les enseignements;
- Rencontrer les candidates régulièrement même en l'absence de problème particulier, car un feedback positif est aussi important à connaître qu'un feedback négatif;
- Considérer régulièrement le support et le soutien à apporter lors de situations complexes;
- Communiquer régulièrement entre les superviseurs pour besoins d'ajustement et consultation.

## 10. RESSOURCES

- Superviseur responsable de l'orientation (identifié au début de l'orientation);
- Équipe de travail (infirmière chef, infirmières, infirmières auxiliaires, etc.);
- Directeur des soins infirmiers;
- Responsable de la formation;
- Documents de référence sur tous les départements.

## CONCLUSION

Nous concluons la présentation de ce programme par quelques remarques concernant l'élaboration et l'utilisation de ce document.

Ce programme décrit clairement toutes les étapes que nous croyons essentielles au déroulement de ce processus d'orientation. Nous croyons que la structure influence la démarche et qu'à son tour la démarche influence les résultats.

Ce modèle doit s'adapter au milieu concerné et s'opérationnaliser selon les besoins du contexte, mais il importe de saisir que les instruments doivent s'accorder entre eux et que la structure doit respecter la démarche et les objectifs de départ.

Nous avons donc présenté les objectifs, les éléments, les étapes et le suivi lors de l'application sous forme de répertoire et de tableau pour permettre une utilisation facile et ce à travers diverses recommandations, dans le but de donner une vision globale et précise du cheminement proposé dans ce programme.

## CHAPITRE V

### Réflexion sur le processus de recherche

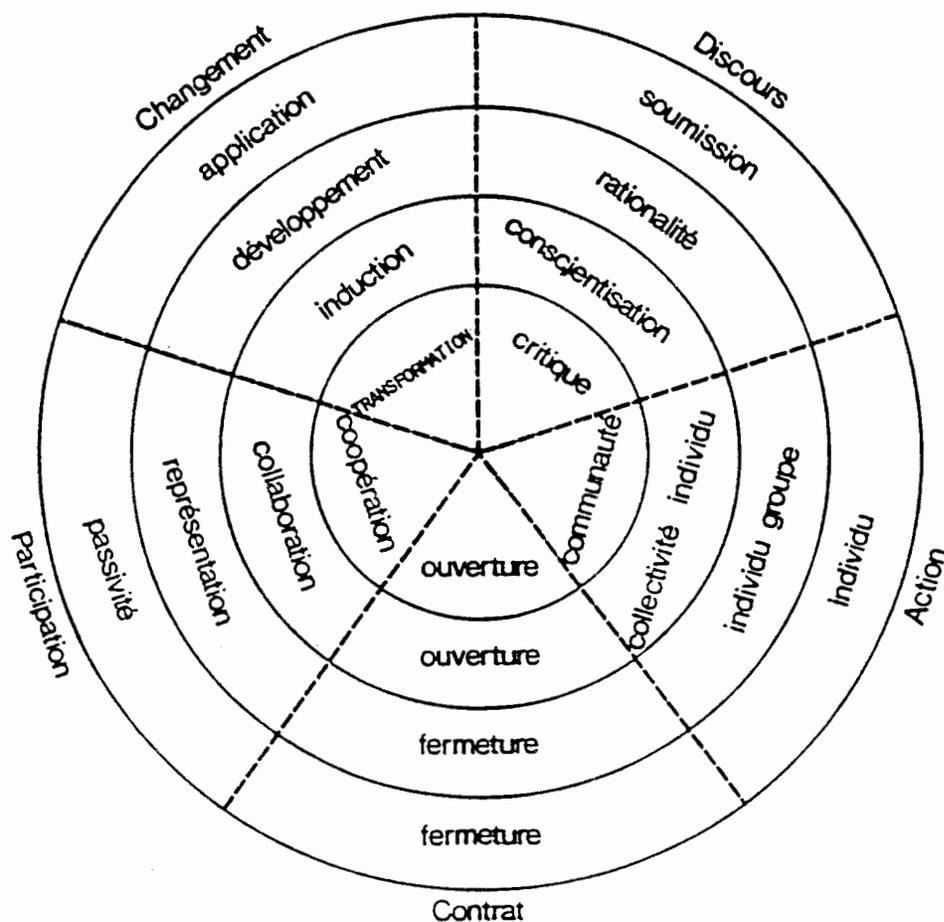
La jonction entre la théorie et l'action dans notre démarche de recherche a permis de structurer nos observations de l'action par une réflexion sur nos antécédents, dans le but de planifier une action concertée. Notre but premier était d'élaborer un programme d'orientation, avec la participation des personnes concernées, en analysant les activités déjà entreprises pour améliorer la situation initiale. Le procédé consistait à impliquer toutes les personnes concernées par la problématique, pour établir entre eux une communication significative. Les activités de départ consistaient à recueillir des données sur les activités d'intégration, à les traiter et à les diffuser pour évoluer en réaction à nos expériences antérieures.

Cette démarche a permis l'élaboration d'un cadre de référence constitué d'éléments jugés essentiels par le groupe et le chercheur, pour élaborer un programme adapté au centre hospitalier concerné et aux personnes qui y sont engagées.

Suite à ce bref rappel de notre processus, ce chapitre présente notre réflexion critique, dégage les acquis, les effets et les conséquences de notre démarche de recherche-action.

Nous pouvons constater que cette démarche fut profitable auprès des intervenants et des candidates et a produit un minimum de changements dans le milieu. Mais un regard plus approfondi à l'aide de la grille d'analyse de Morin et Landry (1986) nous permettra de cerner divers aspects moins palpables dans l'action.

Cette grille d'analyse de la recherche-action distingue cinq éléments essentiels dans un processus de recherche participatif: le **contrat**, la **participation**, le **changement**, le **discours** et l'**action**. Nous utiliserons cette grille pour analyser notre démarche de recherche.



D'abord, il faut préciser que chaque centre hospitalier se situe dans un contexte particulier et présente des éléments propices aux prises de décision en regard du pouvoir consultatif et décisionnel. Notre équipe de travail possédait ces deux types de pouvoir ce qui favorisait l'application rapide de nos interventions. D'autre part, l'atteinte de nos objectifs fixés variait selon l'ampleur et le temps nécessaire pour accomplir nos activités. Les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires étaient identifiées au fur et à mesure de la perception des besoins ce qui permettait de préciser nos contraintes, de les contrôler et de nous ajuster sans délai.

Nous considérons que notre projet est de l'ordre de l'amélioration d'une situation et non de la résolution de l'ensemble de la problématique. Après vérification de la motivation des personnes à intervenir, nous constatons une volonté de participation qui nous a permis d'établir un **contrat** formel verbal ouvert et non structuré, dans le but de garder la possibilité de se réajuster en cours de route pour obtenir une collaboration étroite entre le chercheur et les acteurs. A notre avis, cette ouverture a provoqué "l'auto-réflexion collective", espérée au début de nos interventions, et conduisant à une collaboration étroite de la part du groupe de travail. Même si le contrat était ouvert, il était explicite et soutenu par un consensus des intervenants concernés. Il existait déjà un langage commun ayant ses fondements dans les expériences antérieures.

-Notre processus de recherche visant la planification de réflexion et la révision s'est dessiné spontanément de la même façon dans le fonctionnement du groupe de travail. Après l'identification précise des objectifs de départ, de la répartition du travail et de la précision des finalités, un retour sur la démarche et sur le bilan des activités a permis d'aider les personnes moins familières avec le processus de reconsidérer systématiquement certaines données. Cela nous a amené à diverses suggestions qui devaient être simples et faciles à mettre en place, pour favoriser la progression du projet. A ce moment, la prise en charge de l'équipe elle-même par la production d'instruments, l'identification des malaises, le choix de divers moyens et les éléments à changer, a permis de dégager un consensus sur le contenu et les priorités. L'inquiétude de départ, de ne pouvoir changer réellement les choses, s'est estompée grâce à l'efficacité du travail de groupe. Au fur et à mesure du déroulement, l'équipe avait un nouveau regard du terrain et les changements d'attitudes furent assez rapides et surtout remarquables. Une reconnaissance réciproque des contributions de chaque intervenant a permis de clarifier les rôles et les tâches à accomplir.

En regard de la **participation**, nous considérons que les mécanismes de participation étaient nombreux et qu'une **collaboration** étroite existait avec certains intervenants. La création d'outils, ainsi que la réflexion originant des éléments apportés par le chercheur, nous amène à parler de coopération. De plus, ayant un groupe homogène au niveau de

l'équipe de travail, la participation active et spontanée fut enrichissante mais provoquait régulièrement des débats idéologiques. Ces derniers diminuaient la participation de certains membres et laissaient entrevoir certains conflits d'intérêts, souvent en relation avec le pouvoir hiérarchique, plutôt qu'une égalité telle que souhaitée par la majorité du groupe. D'autre part, ces **inégalités** furent profitables en regard de certaines prises de décision concernant le contenu spécifique de l'orientation.

Tout au long du processus, les résultats de nos interventions étaient soumis à l'équipe pour discussion et approbation. Cette étape permettait de développer de nouvelles stratégies et de s'approprier de nouvelles transformations à partir des observations du terrain.

L'exploration du terrain et de la théorie, pour augmenter la qualité des données recueillies, augmentait la réflexion et provoquait simultanément une révision de nos stratégies d'action. Aussi, le **discours** semblait engagé en complémentarité avec le vécu des acteurs ce qui nous amène vers une progression du discours mais pas nécessairement de transformation proprement dite étant donné que la rationalisation présente dans le discours des participants a peut-être influencé l'évolution du discours. N'ayant pas cerné ce problème au départ, nous constatons que le discours s'est situé beaucoup plus à un degré de **conscientisation** que de critique. Le **changement** se caractérise par

**l'induction** étant donné son interrelation importante avec le discours et la participation, cela le garde en mouvement **constant**.

La possibilité de transformer **l'action** en réalisant des actions concrètes correspondant aux capacités des participants amène une action organisée basée sur un consensus. L'implication considérable des gens nous rapproche d'une action collective liant régulièrement théorie et pratique. Nous situons donc notre action au niveau **collectivité-individu**.

L'optimisation de nos actions par la collaboration des intervenants concernés faisait l'objet de nos préoccupations premières dans le but d'agir sur la réalité du milieu.

Il était primordial que notre processus de recherche favorise une action concertée dans le but d'adopter des stratégies, de fixer des objectifs communs afin d'élaborer une instrumentation appropriée aux buts de notre projet d'orientation.

La dynamique et le processus de notre démarche ont influencé avantageusement les résultats. Nos discussions étaient riches d'information et orientées vers des priorités communes. De plus, elles étaient encadrées par les éléments du cadre de références, regroupant l'analyse des expériences antérieures et des expériences contextuelles qui ont précédé notre recherche.

L'analyse de ces données par le groupe permettait de dégager des priorités tout en inventant des réponses nouvelles produisant d'autres réflexions et surtout l'expression des besoins, compte tenu de nos connaissances du terrain et de nos différentes expertises.

Le savoir pratique et législatif qui émergeait de notre cadre de référence permettait d'éclaircir certains éléments de la problématique de nos expériences d'orientation, entreprises dans le passé. De plus, ces éléments permettaient une planification adéquate pour la mise sur pied d'un programme structuré d'orientation. Cela nous permettait d'analyser la situation, de déterminer les priorités et de prévoir des mécanismes d'évaluation.

La réflexion collective sur les éléments retenus nous a permis d'élaborer des outils d'orientation spécifiques à nos besoins. Provenant des données recueillies sur le terrain, les modifications apportées à la situation sont déterminées par les intervenants de ce même milieu. À ce moment, le chercheur devenait une personne ressource qui observe, propose et suggère des moyens pour augmenter la qualité de la réflexion collective.

Le travail s'est ainsi partagé, selon le type de pouvoir décisionnel, après discussion avec les personnes concernées dans différents secteurs. Les responsabilités inhérentes à la réalisation des objectifs

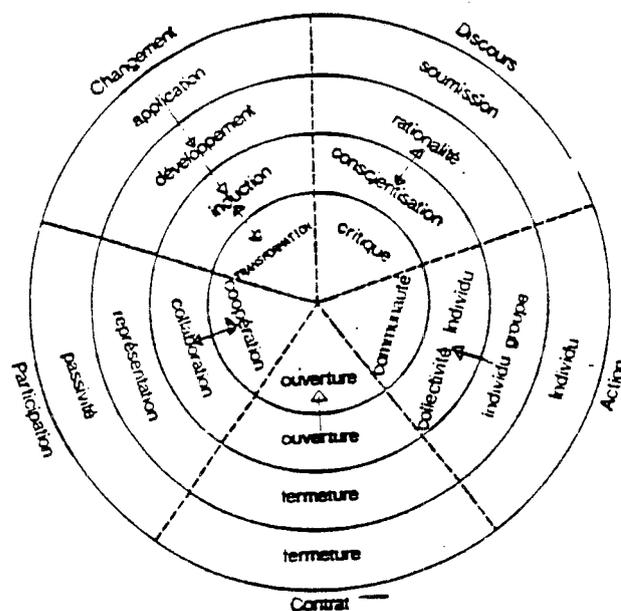
fixés, les personnes responsables de certaines réalisations d'objectifs ou d'activités s'adjoignèrent d'autres collaborateurs provenant du terrain ce qui entraîna une diffusion d'information rapide sur les unités de soins. Cela a amené la collaboration d'autres personnes dans notre processus qui furent identifiées comme collaborateurs potentiels pour l'application future de notre projet.

De plus, des changements ont été remarqués sur les unités de soins en regard du travail d'équipe, des besoins d'apprentissage des infirmières, de l'écriture de diverses procédures et du rôle des ressources cliniques.

D'autre part, étant donné les difficultés bien connues des infirmières en début d'emploi, ce programme est devenu un outil de recrutement pour les infirmières débutantes et pour les infirmières qui font un retour dans la pratique après plusieurs années d'arrêt. Ces dernières perçoivent maintenant ce programme comme un rafraîchissement permettant l'actualisation de leurs connaissances déjà acquises en formation et parfois non intégrées à leur pratique.

En général, nous croyons que notre processus a atteint un troisième niveau dans les cinq catégories selon la grille de Morin et Landry (1986). D'autre part, suite à l'analyse de notre démarche, nous constatons un mouvement de va-et-vient entre le deuxième degré et le

troisième degré pour certaines parties du processus et d'autres fois, il est évident que nous nous situons au quatrième degré, soit au niveau de la **participation coopérative**.



La recherche-action (Morin, 1986)

La relation étroite entre le chercheur et les intervenants, la **participation** active des intervenants dans l'**action** d'expérimenter et de réajuster les stratégies et les moyens élaborés lors d'expériences antérieures, nous ont menés à un niveau de **coopération** qui fut finalement le pilier de la richesse de nos résultats.

## **CONCLUSION**

- Notre démarche de recherche visait l'amélioration des conditions d'accès au travail pour les infirmières débutantes. La solution privilégiée dans cette recherche fut d'élaborer un programme d'orientation des infirmières en début d'emploi, adapté aux besoins actuels d'un centre hospitalier particulier.

La problématique démontre clairement les besoins d'orientation des infirmières débutantes que ressentent les établissements de santé depuis quelques années. La présente méthode ne prétend pas avoir comblé intégralement ce besoin, mais elle a permis de collecter des données objectives, de susciter l'interrogation, de provoquer la réflexion pour orienter l'action vers une amélioration constante. Ces données issues du terrain, ainsi que l'éclairage théorique, ont fourni des concepts utiles à nos observations et à la réflexion collective d'une équipe de travail vers une action concertée.

La reconnaissance des différences et des compétences spécifiques de chacun, l'engagement de l'équipe et une saine gestion des compromis, nous ont permis de créer un outil de travail complet qui favorisera l'application du programme, selon les principes et la structure proposée dans ce rapport. De plus, les personnes collaborant à cette démarche de recherche ont développé une expertise concernant la formation en début d'emploi, ce qui contribuera à l'enrichissement constant de ce programme lors de son application dans le milieu. Nos interventions ont modifié les perceptions du milieu concernant les difficultés des finissantes et

cela a augmenté la motivation des membres à s'impliquer pour améliorer la situation problématique, maintenant bien cernée par tous.

Il faut préciser que notre travail de collaboration avec l'équipe du centre hospitalier, lors de l'orientation des nouvelles infirmières pendant trois années consécutives, a entraîné comme un "rituel" dans le milieu. Cela nous amène à présumer de la durabilité de ce programme, qui est maintenant intégré au fonctionnement du centre hospitalier comme politique d'insertion professionnelle des infirmières débutantes.

De plus, cette démarche nous servira de point d'appui pour la réalisation d'autres activités d'orientation dans des unités de soins spécialisées, exigeant un encadrement à plus long terme, du nouveau personnel infirmier.

Un autre aspect à ne pas négliger concerne une des premières étapes de notre recherche qui était d'investiguer auprès de divers C.H. leurs moyens utilisés pour l'orientation des nouvelles infirmières. Les C.H. concernés semblaient désireux de connaître les résultats de notre projet, ainsi que les instruments d'orientation élaborés par notre équipe de travail. Cela a suscité leur intérêt à expérimenter une nouvelle approche, dans le but de trouver une avenue de solutions en regard du problème de l'intégration des infirmières débutantes.

- Il est intéressant de constater que notre programme pourra être utile à d'autres milieux hospitaliers, mais nous croyons qu'il est nécessaire de planifier l'application avec plusieurs intervenants pour l'adapter au terrain concerné, afin de créer des conditions pour agir dans la concertation.

Notre processus ayant provoqué des modifications au niveau des attitudes et des comportements des acteurs, nous croyons que la démarche de recherche-action est pertinente pour entraîner de riches améliorations et des changements durables à une situation problématique en constante évolution.

"La mise en marche des processus de changement n'aboutit pas à la solution mais bien à l'évolution d'une situation (2)."

---

2. Maheux et al. La recherche-action, 1983, p. 16, extrait de Goyette, Lessard-Hébert, 1987, p. 170.

## **BIBLIOGRAPHIE**

- BOURGET, L. (1985-1986). La richesse éducative des stages, Québec, Commission de l'enseignement professionnel, p. 61-69-70-71-109-112-113.
- CHÊNEVERT, F. (1975). Phénomène des stages au niveau collégial, ministère de l'Éducation, Direction générale de la planification.
- DALLAIRE, L. Gisèle (1989). Miser sur l'implication du personnel, un placement qui rapporte, A.H.I.
- DULONG, C. (1980). Description actuelle et prévisible de la fonction de travail de l'infirmière, Québec, Direction générale de l'enseignement collégial, p. 12-15.
- FORTIN, N. (1984). Penser les stages, Québec, Cégep du Vieux-Montréal, Services pédagogiques.
- GOYETTE, G., HÉBERT, L.-M. (1987). La recherche-action: ses fonctions, ses fondements et son instrumentation, Québec, P.U.Q.
- HAVELKA, F.-C. (1986). Le profil de l'infirmière en début de carrière et sa performance au travail, Montréal, Cégep du Vieux-Montréal, Services pédagogiques, p. 2-4-8-9.
- KEMMIS, S., McTAGGART, R. (1982). The action research planner, Victoria, Australia: Dakin University Press.
- KRAMER, M. (1974). Reality shock: Why nurses leave nursing, St-Louis Mosby.
- LAMBERT, C. (1984). Devis des opérations pour l'évaluation du programme des soins infirmiers 180.01, Québec, D.G.E.O., p. 12.
- LAMBERT, C., RIOPELLE, L. (1981). Suivi du projet d'expérimentation du programme de formation en soins infirmiers au niveau collégial, Direction générale de l'enseignement collégial, p. 3-4-6-8-10-13.
- LAURIN, Jacqueline (1988). Évaluation de la qualité des soins infirmiers, Edisem, St-Hyacinthe, Québec, 1988, p. 19-20, 33 à 49, 177.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1987). La main-d'oeuvre en soins infirmiers, Annexe 4.13-25, 27-45.
- MORIN, André (1984). De quelques conditions essentielles pour une recherche-action en sciences de l'éducation, Communication présentée au 52e congrès de l'ACFAS, Québec, mai 1984.
- MORIN, André (1986). La recherche-action en éducation: de la pratique à la théorie, Faculté des sciences de l'éducation, section technologie éducationnelle, Université de Montréal.

- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1983-1984). Enquête sur l'exercice de la profession d'infirmières et d'infirmiers - inscrit au tableau de l'ordre depuis 1981, enquête réalisée par Colette Fortier-Havelka, Montréal, p. 59 à 69.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (1986). Propositions de solutions, texte présenté à la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, p. 1 à 7.
- PARENT, L., Anne (1985). Programme d'orientation du nouveau personnel infirmier, D.S.I., C.H.U.L., Québec.
- PINARD, A., LAVOIE, G., DELORME, A. (1977). La présentation des thèses et rapports scientifiques, Montréal, Département de psychologie, de Montréal, Institut de recherches psychologiques inc., 3e édition.
- POINT DE VUE DES DIRECTRICES DES SOINS INFIRMIERS: sur le rapport du Comité d'étude sur la main-d'oeuvre en soins infirmiers, (1987). Québec.
- RANJARD, P. (1980). "Les méthodes pédagogiques dans les stages", Revue française de pédagogie, no 51, INRP.
- ROBERGE, H. (1988). "Les infirmières sont aussi défavorisées en France", Journal La Presse, Montréal, mars 1988.
- SPECIAL REPORT (1988): "The Crisis in Nursing, Fed up, Fearful and Frazzled", Revue Time.

## **A N N E X E I**

**Normes et critères de compétence professionnelle**

# NORMES ET CRITÈRES DE COMPÉTENCE PROFESSIONNELLE

Les normes sont d'abord présentées; les *critères génériques*, c'est-à-dire qui s'adressent à l'ensemble des infirmières et infirmiers figurent à la colonne de gauche et les *critères spécifiques* qui s'adressent à un groupe d'infirmières et d'infirmiers figurent à la colonne de droite.

- .10: soins infirmiers aux bénéficiaires dans les unités transitoires (S.I./S.R./U.C.)
- .20: soins infirmiers aux bénéficiaires dans les services ambulatoires
- .30: soins infirmiers aux bénéficiaires à la salle d'opération
- .40: soins infirmiers psychiatriques et en santé mentale
- .50: soins prolongés
- .60: soins à l'enfant hospitalisé
- .70: soins à la mère et au nouveau-né

## NORMES DE COMPÉTENCE POUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS OUVRANT DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

### Norme 1

L'infirmière connaît les sources d'information et les moyens pour faire la collecte des données. Elle recueille les données pertinentes, auprès de l'individu, d'un groupe 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 des 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*)

### 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 interpersonnelles, 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*).

**A N N E X E I I**

**Code de déontologie des infirmières et infirmiers**



c. I-8, r.4

## Code de déontologie des infirmières et infirmiers

Loi sur les infirmières et les infirmiers  
(L.R.Q., c. I-8)

Code des professions  
(L.R.Q., c. C-26, a. 87)

### SECTION I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

**1.01.** Dans le présent règlement, à moins que le contexte n'indique un sens différent, les termes suivants signifient :

a) « professionnel en soins infirmiers » : une infirmière ou un infirmier ;

b) « client » : la personne qui reçoit des services professionnels d'un professionnel en soins infirmiers.

**1.02.** La Loi d'interprétation (L.R.Q., c. I-16), avec les modifications présentes et futures, s'applique au présent règlement.

### SECTION II DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE PUBLIC

**2.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit appuyer toute mesure susceptible d'améliorer la qualité et la disponibilité des services infirmiers.

**2.02.** Dans l'exercice de sa profession, le professionnel en soins infirmiers doit tenir compte de l'ensemble des conséquences que peuvent avoir ses recherches et travaux sur la société.

**2.03.** Le professionnel en soins infirmiers doit favoriser les mesures d'éducation et d'information dans son domaine. Il doit aussi, dans l'exercice de sa profession, poser les actes qui s'imposent pour que soit assurée cette fonction d'éducation et d'information.

### SECTION III DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LE CLIENT

#### §1. Dispositions générales

**3.01.01.** Dans l'exercice de sa profession, le professionnel en soins infirmiers doit tenir compte des limites de ses aptitudes, de ses connaissances ainsi que des moyens dont il dispose.

**3.01.02.** Le professionnel en soins infirmiers doit reconnaître en tout temps le droit du client de consulter un autre professionnel en soins infirmiers, un membre d'une autre corporation professionnelle ou une autre personne compétente.

**3.01.03.** Le professionnel en soins infirmiers doit s'abstenir d'exercer dans des états susceptibles de compromettre la qualité de ses services.

**3.01.04.** Le professionnel en soins infirmiers doit chercher à établir une relation de confiance mutuelle entre lui-même et son client. À cette fin, il doit notamment :

a) s'abstenir d'exercer sa profession d'une façon impersonnelle ; et

b) respecter l'échelle de valeurs et les convictions personnelles de son client.

**3.01.05.** Le professionnel en soins infirmiers doit s'abstenir d'intervenir dans les affaires personnelles de son client sur des sujets qui ne relèvent pas de la compétence généralement reconnue à sa profession, afin de ne pas restreindre indûment l'autonomie de son client.

#### §2. Intégrité

**3.02.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit s'acquitter de ses devoirs professionnels avec intégrité et ne doit pas abuser de la confiance du client.

**3.02.02.** Le professionnel en soins infirmiers doit éviter toute fausse représentation quant à son niveau de compétence ou quant à l'efficacité de ses propres services et de ceux généralement assurés par les membres de sa profession. Si le bien du client l'exige, il doit diriger ce dernier vers un autre professionnel en soins infirmiers, un membre d'une autre corporation professionnelle ou une autre personne compétente.

**3.02.03.** Le professionnel en soins infirmiers doit éviter d'exprimer des avis ou de donner des conseils contradictoires ou incomplets. À cette fin, il doit chercher avoir une connaissance complète des faits avant de donner un avis ou un conseil.

**3.02.04.** Le professionnel en soins infirmiers doit apporter un soin raisonnable aux biens confiés à sa garde par son client.

### 3. Disponibilité et diligence

**3.03.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit faire preuve, dans l'exercice de sa profession, d'une disponibilité et d'une diligence raisonnables.

**3.03.02.** En plus des avis et des conseils, le professionnel en soins infirmiers doit fournir à son client les explications nécessaires à la compréhension et à l'appréciation des services qu'il lui rend.

**3.03.03.** Le professionnel en soins infirmiers doit faire preuve d'objectivité et de désintéressement lorsque des personnes autres que ses clients lui demandent des informations.

**3.03.04.** Avant de cesser d'exercer ses fonctions pour le compte d'un client, le professionnel en soins infirmiers doit assurer que cette cessation de service n'est pas préjudiciable à son client.

### 4. Responsabilité

**3.04.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit, dans l'exercice de sa profession, engager pleinement sa responsabilité civile personnelle.

### 5. Indépendance et désintéressement

**3.05.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit subordonner son intérêt personnel à celui de son client.

**3.05.02.** Le professionnel en soins infirmiers doit ignorer toute intervention d'un tiers qui pourrait influencer l'exécution de ses devoirs professionnels au préjudice de son client.

**3.05.03.** Le professionnel en soins infirmiers doit sauvegarder en tout temps son indépendance professionnelle et éviter toute situation où il serait en conflit d'intérêts.

**3.05.04.** Le professionnel en soins infirmiers ne peut partager ses honoraires avec un autre professionnel en

soins infirmiers que dans la mesure où ce partage correspond à une répartition réelle des services et des responsabilités.

**3.05.05.** Sous réserve de la rémunération à laquelle il a droit, le professionnel en soins infirmiers doit s'abstenir de verser ou de recevoir tout avantage, ristourne ou commission relatif à l'exercice de sa profession.

### §6. Secret professionnel

**3.06.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit respecter le secret de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession.

**3.06.02.** Le professionnel en soins infirmiers ne peut être relevé du secret professionnel qu'avec l'autorisation de son client ou lorsque la loi l'ordonne.

**3.06.03.** Lorsque le professionnel en soins infirmiers demande à un client de lui révéler des renseignements de nature confidentielle ou lorsqu'il permet que de tels renseignements lui soient confiés, il doit s'assurer que le client en connaît les raisons et l'utilisation qui peut en être faite.

**3.06.04.** Le professionnel en soins infirmiers ne doit pas révéler qu'une personne a fait appel à ses services lorsque ce fait est susceptible de causer un préjudice à cette personne.

**3.06.05.** Le professionnel en soins infirmiers doit éviter les conversations indiscrettes au sujet d'un client et des services qui lui sont rendus.

**3.06.06.** Le professionnel en soins infirmiers ne doit pas faire usage de renseignements de nature confidentielle au préjudice d'un client ou en vue d'obtenir directement ou indirectement un avantage pour lui-même ou pour autrui.

### §7. Accessibilité des dossiers

**3.07.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit respecter le droit de son client de prendre connaissance des documents qui le concernent dans un dossier qu'il a constitué à son sujet et d'obtenir une copie de ces documents.

### §8. Fixation et paiement des honoraires

**3.08.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit demander et accepter des honoraires justes et raisonnables.

**3.08.02.** Les honoraires sont justes et raisonnables s'ils sont justifiés par les circonstances et proportionnés

aux services rendus. Le professionnel en soins infirmiers doit notamment tenir compte des facteurs suivants pour la fixation de ses honoraires :

- a) le temps consacré à l'exécution du service professionnel ;
- b) la difficulté et l'importance du service ; et
- c) la prestation de services inhabituels ou exigeant une compétence ou une célérité exceptionnelles.

**3.08.03.** Le professionnel en soins infirmiers doit fournir à son client toutes les explications nécessaires à la compréhension de son relevé d'honoraires et des modalités de paiement.

**3.08.04.** Le professionnel en soins infirmiers doit s'abstenir d'exiger d'avance le paiement de ses honoraires ; il doit par ailleurs prévenir son client du coût approximatif de ses services professionnels.

**3.08.05.** Le professionnel en soins infirmiers ne peut percevoir des intérêts sur les comptes en souffrance qu'après en avoir dûment avisé son client. Les intérêts ainsi exigés doivent être d'un taux raisonnable.

**3.08.06.** Avant de recourir à des procédures judiciaires, le professionnel en soins infirmiers doit épuiser les autres moyens dont il dispose pour obtenir le paiement de ses honoraires.

**3.08.07.** Le professionnel en soins infirmiers doit s'abstenir de vendre ses comptes, sauf à un autre professionnel en soins infirmiers.

**3.08.08.** Lorsque le professionnel en soins infirmiers confie à une autre personne la perception de ses honoraires, il doit s'assurer que celle-ci procède avec tact et mesure.

## SECTION IV DEVOIRS ET OBLIGATIONS ENVERS LA PROFESSION

### §1. Actes dérogatoires

**4.01.01.** En outre de ceux mentionnés aux articles 57 et 58 du Code des professions (L.R.Q., c. C-26), constitue un acte dérogatoire à la dignité de la profession le fait pour le professionnel en soins infirmiers de :

- a) consulter, collaborer ou s'entendre, dans le traitement d'un client, avec une personne n'ayant pas les connaissances scientifiques appropriées dans le domaine où elle exerce ;

- b) exercer sa profession alors qu'il est sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou de toute autre substance pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou l'inconscience ;

- c) s'approprier des stupéfiants, une préparation narcotique ou anesthésique, des fournitures de tout genre ou tout autre bien appartenant à son employeur ou à un client ;

- d) le fait d'inciter quelqu'un de façon pressante à recourir à ses services professionnels ;

- e) permettre à qui que ce soit qui n'est pas inscrit au tableau de l'Ordre d'exercer la profession ;

- f) abandonner volontairement et sans raison suffisante un client nécessitant une surveillance ou refuser sans raison suffisante de fournir des soins et sans s'assurer d'une relève compétente dans le cas où il peut raisonnablement assurer une telle relève ;

- g) poser un acte ou avoir un comportement qui va à l'encontre de ce qui est généralement admis dans l'exercice de la profession ;

- h) inscrire des données fausses dans le dossier du client ou insérer des notes sous la signature d'autrui ;

- i) altérer dans le dossier du client des notes déjà inscrites ou en remplacer une partie quelconque dans l'intention de les falsifier ;

- j) participer ou prêter son concours à l'annonce de médicaments, panacées, produits pharmaceutiques et prothèses de tout genre ;

- k) annoncer un produit anonymement, sous son nom ou sous une raison sociale ;

- l) communiquer avec le plaignant lorsqu'il est informé d'une enquête sur sa conduite ou sa compétence professionnelle ou lorsqu'il a reçu signification d'une plainte à son endroit.

### §2. Relation avec l'Ordre et les autres membres de l'Ordre

**4.02.01.** Le professionnel en soins infirmiers à qui l'Ordre demande de participer à l'arbitrage d'un compte, à un comité de discipline ou d'inspection professionnelle, doit accepter cette fonction à moins de motifs exceptionnels.

**4.02.02.** Le professionnel en soins infirmiers doit répondre dans les plus brefs délais à toute correspondance provenant du syndic de l'Ordre, des enquêteurs ou des membres du comité d'inspection professionnelle.

**4.02.03.** Le professionnel en soins infirmiers ne doit surprendre la bonne foi d'un autre professionnel en soins infirmiers ou se rendre coupable envers lui d'un abus de confiance ou de procédés déloyaux.

**4.02.04.** Le professionnel en soins infirmiers consulté par un autre professionnel en soins infirmiers doit fournir à ce dernier son opinion et ses recommandations dans le plus bref délai possible.

**4.02.05.** Le professionnel en soins infirmiers appelé à collaborer avec un autre professionnel en soins infirmiers doit préserver son indépendance professionnelle.

### *§3. Contribution à l'avancement de la profession*

**4.03.01.** Le professionnel en soins infirmiers doit, dans la mesure de ses possibilités, aider au développement de sa profession par l'échange de ses connaissances et de son expérience avec les autres professionnels en soins infirmiers et les étudiants, et par sa participation aux cours et aux stages de formation continue.

**A N N E X E I I I**

**Rôle du superviseur**

**Première journée sur les unités de soins**

-Orientation- 25 mai au 19 juinRôle du Superviseur:

- Orienter les candidat(e)(s) à l'unité de soins.
- Expliquer aux candidat(e)(s) les attentes du superviseur et du personnel.
- Assigner des clients aux candidat(e)(s).
- Permettre à la candidat(e) de rencontrer ses client(e)(s), de consulter le dossier en vue de planifier ses soins.
- Permettre à la candidat(e) de compléter les collectes de données et plan de soins de ses client(e)(s).
- Superviser la candidat(e)(s) dans toutes ses interventions jusqu'à exécution adéquate.
- Donner du feedback à la candidat(e) pour l'aider à prendre conscience de ses forces et faiblesses.
- Recevoir régulièrement les impressions (inquiétudes, peur, anxiété...etc) des candidat(es).
- Rencontrer le groupe environ 30 à 60 minutes après la fin d'une orientation à un département précis, afin de leur permettre d'exprimer leurs réactions.
- Évaluer chaque candidate régulièrement et compléter la feuille des objectifs d'apprentissage, aussi que la feuille des procédures de soins. (chaque procédure de soins doit être initialée par une infirmière ou ass. ou I.C.)
- Compléter, après chaque semaine d'orientation, pour chaque candidat(e) afin de discuter de l'évaluation faite par le superviseur et ce à chaque semaine.

Précisions:

- \* Tous les documents doivent être signés par le superviseur en cause, ainsi que par la candidat(e) s'il est d'accord avec cette évaluation, sinon il doit inscrire ses commentaires et signer à la suite.
- \* La candidat(e) garde tous ces documents en sa possession, et doit les faire compléter à chaque jour par les personnes concernées.
- \* Tout document  $\emptyset$  signé ne sera pas considéré.
- \* Ces documents doivent me parvenir au plus tard le 19 juin 87 à 16 h 00 au bureau de Mme Belley.

Première journée (sur les unités de soins)

- Orientation physique à l'unité de soins
- Revision du matériel et de l'équipement utilisés au niveau de l'unité de soins (utilités, chariots, dispositifs au chevet du client, syst. d'appel...etc)
- Localisation des dispositifs de sécurité sur l'unité (heure)
- Localisation du matériel de réanimation C.R.
- Précisions sur les ressources matérielles en place ainsi que les documents de référence (cahier de procédés de soins, cahier de labo, tests, diagnostic...etc)
- Précisions sur l'utilisation des outils de travail de l'infirmière tels que:
  - plan de soins
  - dossiers
  - kardex
  - feuilles diverses (f. d'équipe, bilan, cahier de nuit...etc)
  - feuilles de collecte de données
  - notes d'évolution
  - prescription ...etc.
- Tout en prenant charge de clients initiation graduelle aux procédés diagnostiques, à l'administration de médicaments et de traitements, enseignement au client et à sa famille; aussi que le rôle de l'infirmière par rapport aux différents professionnels de la santé.
- Les jours suivants: prise en charge graduelle des clients.

**A N N E X E I V**

**Éléments d'orientation propre au milieu**

**Document de référence**

**Encadrement spécifique à chaque département**

## ORIENTATION DE L'INFIRMIER(ÈRE) EN PÉDIATRIE

Fonctionnement des appareils:

- moniteur d'apnée Health Dyne 16,900 (procédure en annexe)
  - moniteur à T.A. Critikon
  - appareil Gomco (suction intermittente)
  - pompes IVAC 560
  - mini-perfuseur
  - suction continue (avec tubes à suction péd #5-8-10)
  - oxygénothérapie (débitmètre, masque d'O<sub>2</sub>, etc.)
  - glucomètre Ames ou Accucheck
  - pousse-seringue IVAC (utilisé chez nouveau-né et/ou pour Insuline I.V.)
  - croupette
  - humidificateur
  - réchauffe-sang (disponible à la salle d'opération)
  - lit réfrigérant (disponible à la salle d'opération)
  - sphygmomanomètres (portatif et mural)
- ventilateur

Matériel des soins:

- plateau à I.V.
- plateau à gaz artériel
- plateau à cathétérisme
- plateau à ponction vésicale (ft par le md)
- plateau à PL (disposables) Voir technique en annexe
- plateau à rasage
- chariot à réanimation (intubation, médicaments spécifiques, ambus, guedelles, etc...)
- récipients stériles
- plateau à prélèvements sanguins (cahier de laboratoire et normales)
- chariot à pansement
- tubulures diverses pour soluté
- sacs à gavage, levines
- collecteur d'urine (U-bag)
- seringue spéciale à lavage d'oreilles
- pots pour divers examens (culture selle, hémoculture, BK, charcoal gorge, plaie etc...)
- biberons divers

Médicaments:

- pharmacie du commun
- frigidaire au poste
- casiers des bénéficiaires
- narcotiques et contrôle journalier à chaque service
- armoire à solutés
- médication IV ou IM dans utilité propre (armoire)
- plans de soins (ébauche et recommandations en annexe)
- kardex
- cartes-fiches client .
- préparation et distribution des médicaments (façon)
- cahier de pharmacie
- double vérification des médicaments
- compatibilité IV des médicaments
- administration des IV chez le nouveau-né et le nourrisson (feuille spéciale)
- médication d'urgence (accroché au chariot à code)

Protocoles:

- code 777
- protocoles de l'hôpital Ste-Justine (soins d'urgence) tel Epiglottite etc..., asthme,
- voir cahier spécial

Dossier du bénéficiaire:

- dossier médecine (contenu)
- dossier chirurgie (préparé d'avance)
- enregistrement des signes vitaux
- enregistrement des médicaments
- enregistrement des traitements, solutés, transfusions etc.
- notes d'observation
- feuilles de prescriptions (2) à vérifier
- requêtes d'analyses de laboratoire
- requêtes d'examens radiologiques
- ordre de tenue du dossier (à l'intérieur du couvert rigide du dossier)
- cueillette de données obligatoire

Routines:

- A) examens
- B) d'admission
- C) de départ
- D) transfert inter-départemental
- E) Pré-op et post-op

A) examens:

- cas de médecine = nil sauf si prescription médicale (moins 18 ans)
- cas de chirurgie = FSC et analyse d'urine (test grossesse plus 14 ans)
- test de grossesse 14 ans et plus = analyse d'urine
- cas de médecine 18 ans et plus (adulte) =  
     FSC, Glycémie, BUN  
     Analyse d'urine  
     test de grossesse (si  
     ligature ou hystérectomie)  
     ECG (si + de 30 ans) si  
     chirurgie  
     RX poumon (si chirurgie et  
     non ft depuis 6 mois)

B) admission:

- accueil du client, installation
- prise des signes vitaux (voir procédé dans karex spécifique)
- cueillette de données (à faire avec la famille ou client)
- exécution des prescription médicales
- horaire des visites du C.H. avec explication
- effets personnels du client, argent, médicaments personnels, etc.

C) départ:

- congé signé par médecin
- prescriptions pour domicile, conseils, certificat médical etc (explications)
- fermeture du dossier
- médicaments à retourner à la pharmacie
- désinfection de l'unité du client
- faire avis de départ
- reconduire le client (dans la mesure du possible)

D) Transfert inter-départemental:

- exécution des prescriptions avant son transfert
- changer les cartes-fiches, pilluliers, bouteilles
- enlever plan de soins (#ch.futur) et compléter le dossier et signer
- aviser le client
- faire l'avis de transfert (à l'accueil)
- reconduire le client
- faire le compte-rendu à l'infirmier(ère) soignant(e) qui reçoit le client
- aviser l'unité du transfert du client (heure) si possible
- rapporter l'équipement de l'unité (si possible)
- désinfecter l'unité du client laissée libre

E) Pré-op:

- vérifier analyses de routine (faites) et examens
- prescriptions médicales prescrites
- consentement opératoire signé la veille (valide 24 heures)  
le client signé à 14 ans et plus
- préparation selon prescription
- enseignement pré-op selon chirurgie
- rasage selon technique (poils et non le duvet)
- bain hs, la veille
- préparation physique pré-op
- feuille vérification pré-op à compléter et signer
- signes vitaux pré-op
- miction avant départ pour chirurgie
- administration de la prémédication

Post-op:

- accueil du client à son lit
- vérification de l'état du client
- vérification du pansement de la plaie chirurgicale
- vérification du fonctionnement des appareils reliés au client
- vérification du soluté (sorte) et son débit
- vérification des divers tubes de drainage s'il y a lieu
- installation du client (confort)
- administrer calmants si souffrant (régulier le 1er 24 hres)
- signes vitaux selon protocole
- noter première miction (quantité et heure)
- lever précoce
- soins et surveillance spécifique reliés à l'anesthésie (épidurale-rachidienne-générale)
- exercices musculaires et respiratoires
- enseignement post-op et coopération du client

Références à lire dans vos moments libres:

- CPS
- Techniques spécifiques à l'unité
- Protocoles
- Procédés de soins
- Cahier laboratoire
- Cahier pharmacie
- Cahier d'enseignement
- Soins intensifs pédiatriques
- Cahier de communication
- Tâches
- Techniques d'isolement
- Cahier de réunion du département
- Guide thérapeutique HSJ
- Soins en néo-natalogie
- Cahier d'inhalothérapie
- Liste de garde
- \*Technique d'IV enfant et nourrisson

Documents à compléter et à me remettre à la fin de la formation

- \*Feuille de réussite IV
- \*Administration des médicaments IV
- \*Questionnaire sur le diabète

Préparé par: Carole Gilbert  
                  Chef de service, pédiatrie  
le:                   28-03-1989

HORAIRE APPROXIMATIF DE L'INFIRMIER(ÈRE) SOIGNANT(E) EN PÉDIATRIE JOUR

- A l'arrivée: Vérifier les narcotiques avec l'infirmière de nuit.  
Si le kardex est libre, faire la feuille de route pour la journée.  
Préparer les médicaments de vos patients (de 08h00 a.m.) et vérifier ceux de l'infirmier(ère)-auxiliaire.
- 07h50: Rapport client nuit-jour.  
Vérifier l'insuline si le client en reçoit (avec dossier).  
Conférence d'équipe s'il y a lieu (cas par cas): 1 par jour.  
Vérifier les médicaments de 9 et 10 heures de l'infirmier(ère)-auxiliaire.  
Consulter la liste des "à jeun" au tableau.  
S'assurer de l'identification de tous les clients (bracelet et tête du lit)
- 08h10: Visiter tous les enfants, les lever et les installer pour le déjeuner.  
Distribuer les déjeuners (installer ou faire manger).  
S.V.P. commencer par ceux qui sont déjà éveillés.  
  
Ramasser les cabarets et noter l'appétit sur feuille spéciale au poste.  
Vérifier les solutés (tournée): sorte et débit.
- 09h00: Donner les bains et installer les clients (en équipe).  
\* Faire la visite avec le médecin toujours (pour vraiment connaître l'évolution).  
Vérifier à chaque 2 heures si il y a assez de glace dans les croupettes et l'H<sub>2</sub>O des humidificateurs.  
Voir à la sécurité des clients. Les amuser aussi souvent que possible.  
Surveillance continue de l'état des clients  
Distribuer les médications aux heures prescrites (sans délai).  
Compléter les menus avec les enfants (pour 10h30).  
Double vérification pour toutes les IV et IM.
- 10h00 à 10h15  
10h15 à 10h30: Pause syndicale (15 minutes).
- 10h00: Prendre les signes vitaux, faire les traitements, distribuer les médicaments. Exécuter les "stat" s'il y a lieu. Donner les IV (1 à la fois pour éviter les erreurs médicamenteuses).

.../2

- 10h45: Préparer et distribuer les médicaments de 11h00 à 12h00 dans des plateaux individuels i.e. séparés.  
Acétest, clinitest et accucheck (si prescrit).
- 11h00: Dîner des enfants et noter sur feuille spéciale l'appétit.  
Remplir humidificateurs PRN (vérification).
- 11h30 à 12h15  
12h15 à 13h00: Repas du personnel.
- 12h00: Distribuer médication s'il y a lieu.  
Sieste obligatoire pour tous les enfants (en montrer l'importance aux parents).  
Vérifier les solutés en cours (débit).  
N.B.: Les très jeunes enfants (0-2 ans) doivent toujours être sur pompe.
- 12h15: Revision des dossiers, prescriptions, plan de soins et cartes-fiches.  
Vérification des cartes en général.  
Surveillance continue.  
Compilation du recensement quotidien au fur et à mesure.  
Faire les admissions ou transferts (s'il y a lieu).
- 13h30  
14h00: Préparer et vérifier les médicaments de 14h00/  
Idem à 10h00 et collation des enfants.
- 14h30 - 14h45  
14h45 - 15h00: Pause syndicale (15 minutes).
- 15h00: Distribution des tâches pour le service suivant:  
équitablement et pas nécessaire que seulement l'infirmier(ère) ait tous les solutés car l'infirmier(ère)-auxiliaire peut aider (débit).  
\*Diversifier vos cas si possible.
- 15h30: Compilation des dosages ingesta et excreta (s'il y a lieu)  
1.4-22-06.  
Tournée des solutés fréquentes (important chez les enfants).  
Donner les IV.  
Rédaction des dossiers (selon normes).
- En tout temps: Désinfections (s'il y a lieu): en équipe.  
Cloches (répondre).  
Téléphones.  
Monte-charge (situé au 2e étage).  
Répondre aux codes.  
\* Identifier tous les clients sans faute.

15h50: Rapport avec le service suivant (verbal).  
Vérification des narcotiques (à 2 en renversant les rôles au début et à la fin du service).

\*Dans vos moments libres:

Documentation  
Enseignement  
Amuser les enfants  
Vidéo  
Etc...

N.B. Se renseigner par quelques moyens que ce soit, assure une efficacité et une satisfaction personnelle.

Spécificité au service de soir:

Demander vos médications manquantes à la coordination (feuille spéciale).  
Aviser les "à jeun" et l'identifier au lit.  
Totaliser le recensement quotidien depuis 24 heures. (23h30)

Spécificité au service de nuit:

A l'arrivée: Revision des cases-clients avec kardex.  
Préparer et identifier les tubes à prélèvements (sang - urine - selle - etc.)  
Tournée des clients aux 2 heures (4 à 5 au moins).  
S'il y a lieu, vérifier les préparations radiologiques, les garder à jeun.

07h00: Envoyer feuille de diète à la cuisine (bien complétée).

07h30: Acheminer les analyses prélevées et celles à faire micro-méthode.

00h00: Dans la nuit, faire pharmacie générale.

Ceci n'est qu'une vue globale d'un horaire de travail afin de vous faciliter la tâche lors de vos journées travaillées ici.

Bonne chance et venez me voir si problème. Je suis à votre disposition.

Carole Gilbert  
Responsable de la pédiatrie

Revisée le 29-03-89

## ORIENTATION DU PERSONNEL À L'URGENCE

### A. Patient ambulatant se présentant à l'urgence: cas électif

#### 1. Triage

- 1.1 Accueillir le bénéficiaire chaleureusement.
- 1.2 Cueillette des données et inscrire sur la feuille de triage.
- 1.3 Déterminer l'état clinique du patient selon les raisons de consultation et selon l'observation.
- 1.4 Acheminer patient à l'accueil si cas électif.
- 1.5 Aviser le patient qu'on l'appellera à tour de rôle.
- 1.6 A son tour de voir le médecin, appeler le patient.
- 1.7 Prendre les signes vitaux selon le cas et peser les enfants.
- 1.8 Installer le patient dans une salle d'examen et découvrir la partie à examiner ou faire endosser une jaquette.
- 1.9 Exécuter prescription médicale et/ou traitement selon le cas.

### B. Patient ambulatant se présentant à l'urgence: cas urgent

- 1.1 Accueillir le bénéficiaire chaleureusement.
- 1.2 Cueillette des données et inscrire sur la feuille de triage.
- 1.3 Déterminer l'état clinique du patient selon les raisons de consultation et selon l'observation.
- 1.4 Diriger le patient dans un lit d'observation et/ou en salle de cardio si douleur rétro-sternale.
- 1.5 Aviser le médecin.
- 1.6 Aviser le personnel de l'accueil de venir faire le dossier à l'urgence.

Orientation du personnel à l'urgence  
(suite)

- 1.7 Installer le patient en jaquette.
- 1.8 Prendre les signes vitaux.
- 1.9 Faire la routine cardiaque si douleur rétro-sternale.

C. Bénéficiaire arrive à l'urgence en ambulance

1. Aider avec ambulancier à transférer le patient.
2. Vérifier l'état du patient et raison de consultation.
3. Installer le patient en jaquette.
4. Prendre les signes vitaux.
5. Aviser le médecin de l'urgence du cas.
6. Aviser l'accueil de venir faire dossier à l'urgence ou envoyer l'accompagnateur s'il y a lieu à l'accueil.
7. Faire routine au besoin selon le cas.

P.S.: Si polytraumatisé ou suspicion de fracture à la colonne, utiliser toile de transfert.

D. Bénéficiaire se présente à l'urgence pour un suivi de traitement

1. Accueillir le bénéficiaire.
2. Remplir feuille de triage.
3. Diriger le patient vers l'accueil.
4. Aviser le patient de revenir à l'urgence dès que son inscription est faite.
5. Si pansement, défaire le pansement.
6. Aviser le médecin.
7. Refaire traitement prn.

*Marcelle Côté inf.-chef.*  
 Marcelle Côté  
 Chef de service, urgence

## ORIENTATION DU PERSONNEL EN POUFONNIERE

1. Fonctionnement des appareils

- moniteur d'apnée Healt Dyne 16,900 (se retrouve en pédiatrie)
- moniteur à T.A. Critikon (se retrouve en pédiatrie)
- appareil à succion
- pompe IVAC (se retrouve au 1er ou en pédiatrie)
- pousse-seringue (se retrouve en pédiatrie)
- appareil à O<sub>2</sub> (débitmètre, masque O<sub>2</sub> etc...)
- glucomètre
- humidificateur
- isolettes
- incubateur de transport
- lampe à photothérapie
- lits (bassinettes)

2. Matériel de soins

chariot (armoire) à rangement:

nécessaire à soluté

nécessaires à O<sub>2</sub>

plateaux:

- perfusion ombilicale
- ponction vésicale
- à exanguino
- à lavage gastrique
- à ponction lombaire

3. Médication

- pharmacie au commun
- plan de soins
- kardex
- préparation et distribution des médicaments
- administration per os, I.V., I.M.

4. Protocoles

- code 777
- alerte pouponnière - 1er étage
- évacuation et mesure d'urgence

5. Dossier bébés

dossier (ce qu'il comprend)

enregistrement des données

- signes vitaux
- médicament
- examen
- traitement
- notes d'observation
- feuille de prescription
- requêtes
  - laboratoire
  - radiographie
  - services professionnels
  - consultation médicale
- ordre du dossier

cueillette des données

6. Routine

- admission
  - information de base
  - avis de naissance (radio et CLSC)
  - mensuration et signes vitaux
  - traitement
  - installation
  - bain du nouveau-né
  
- en cours de séjour
  - signes vitaux
  - bain
  - enseignement
  - support aux parents lors de diverses situations
  - appel au médecin
  - entretien du département
  
- examen
  - laboratoire (Hb - Béli)
  - phénylcétonurie
  
- départ
  - congé signé par médecin
  - prescription de départ
  - avis de naissance à compléter pour CLSC
  - fermeture du dossier
  - avis de départ
  - désinfection du lit

7. Transfert vers un centre spécialisé

- avis à l'infirmière-chef ou à la coordonnatrice
- préparation d'un nouveau-né selon son état
- préparation du matériel nécessaire
- préparation des documents
  - dossier du nouveau-né
  - formulaires de transfert
- préparation et support aux parents

## 8. Références à lire

Programme de formation (infirmier(ère)-soignant(e))

Procédé de soins en pouponnière

Techniques de soins

Cahier des tâches

Guide de planification des soins

Politique de prévention des infections

Soins infirmiers en pédiatrie

Soins infirmiers en néonatalogie

Breast Feeding

Guide d'enseignement sur l'allaitement

L'art de l'allaitement maternel

Mieux vivre avec son enfant

Plan de mesures d'urgence

etc.

Tout autre document pertinent qui se trouve au département

HORAIRE APPROXIMATIF A LA POUPONNIERE

- JOUR -      08h00 à 16h00
- 07h50              Rapport entre les quarts de travail.
- 08h10              Appel au laboratoire pour prélèvement au besoin.  
Bain.  
Prise de signes vitaux et poids.
- 09h00              Boire des bébés.  
Visite médicale (peut se dérouler à toute heure du jour).  
Visite aux parents - cohabitation (en dehors des heures de visites).  
Enseignement (bain - température - sécurité).
- 10h00 à 10h30      Collation.
- 10h30              Commencer les dossiers.  
Réponse aux bébés et parents au besoin.
- 11h30 à 13h00      Dîner.
- 13h00              Boire des bébés.  
Lingerie à remiser.  
Entretien de la pouponnière.  
(poche à linge, humidificateur)
- 14h00 à 14h30      Collation  
  
Finir les dossiers.
- SOIR -          16h00 à 24h00
- 15h50              Rapport entre quart de travail.
- 16h10              Prise de signes vitaux.
- 17h00              Boire des bébés.
- 17h15 à 18h00      Souper.  
Visite aux parents - cohabitation (en dehors des heures des visites).
- 20h00 à 20h30      Collation.
- 21h00              Boire des bébés.
- 22h10              Finir les dossiers.
- 23h30              Faire le recensement quotidien.

Horaire approximatif à la pouponnière  
(Suite)

---

- NUIT - 00h00 à 08h00

23h50 Rapport entre les quarts.

01h00 Prise des signes vitaux.  
Boire des bûbés.  
Commencer les dossiers.

02h15 à 04h00 Heure de repas et collation.

05h00 Boire des bûbés.  
Finir les dossiers.

07h30 Vider les poubelles et poches à linge.  
Remplir les tables de service.

  
Céline Hubert  
Responsable, pouponnière

10-05-1989

## ORIENTATION DU PERSONNEL DES SOINS INFIRMIERS (ÈRES)

## AU 2E ÉTAGE

Fonctionnement des appareils

- moniteur - défibrillateur du chariot à code
- appareil à Gomco pour succion intermittente
- oxygénothérapie (débitmètre, masque d'O<sub>2</sub> à intervalle variable, lunette nasale)
- pompe volumétrique IVAC
- mini-perfuseur
- succion continue
- glucomètre
- pousse-seringue IVAC (pour Insuline IV)
- humidificateurs
- réchauffe-sang (disponible à salle d'opération)
- lit réfrigérant (disponible à salle d'opération)
- sphygmomanomètre

Matériel de soins

- plateau à I.V.
- plateau gaz artériel
- plateau à cathétérisme vésical
- plateau à lavage vésical + routine lundi et jeudi
- récipient stérile pour pansement humide
- plateau d'urgence
  1. plateau à intubation
  2. plateau à trachéotomie
  3. plateau à dissection veineuse
- ambus et guédelle
- plateau à traitement
  1. soins de trachéotomie
  2. ponction lombaire
  3. ponction vésicale
- chariot à pansement
- tubulure à soluté et débit
- sac à gavage
- sac urinaire (de nuit et à la cuisse)
- plateau des prises de sang + cahier des analyses de laboratoire
- plateau à rasage
- seringue spéciale à lavage d'oreilles
- plateau à P.L.

Médicaments

- kardex
- plan de soins (feuille de conduite) ébauche et recommandations en annexe
- casier des solutés
- frigidaire
- pharmacie au commun
- pharmacie des bénéficiaires
- cartes-fiches de la pharmacie
- préparation et distribution des médicaments
- narcotiques et contrôle journalier à chaque service
- cahier de compatibilité des I.V.
- vérification double des médicaments (en annexe)
- erreur médicament (procédure)

Protocoles

- protocole du code 777
- contenu du chariot à code
- procédure lors d'un décès
- protocole pour enlever un cathéter artériel

Dossier du bénéficiaire

- contenu du dossier de médecine
- contenu du dossier de chirurgie
- enregistrement des S.V.
- enregistrement des médicaments
- enregistrement des traitements, solutés, transfusions, etc.
- notes d'observation
- feuilles de prescription (2) à vérifier
- requêtes d'analyse de laboratoire
- requêtes d'examen de radiologie
- ordre à tenir du dossier (à l'intérieur du couvert rigide du dossier)

Routine d'admission

- accueil des bénéficiaires et installation
- prise des signes vitaux
- cueillette des données
- exécution des prescriptions médicales
- règlement des visites du C.H. et explication au patient
- effets personnels du client, argent, médicaments personnels etc...

Routine de départ

- faire avis de départ
- congé signé/médecin
- reconduire le bénéficiaire
- fermeture du dossier
- médicaments renvoyés à la pharmacie
- désinfection de l'unité
- prescriptions pour domicile, conseils, certificat médical, etc (explications)

Routine de transfert inter-départementale

- exécution des PX avant son départ
- changer les cartes-fiches et pilulier
- changer le kardex - compléter dossier
- faire avis de transfert (à l'appareil
- aviser le patient
- aviser l'unité de l'heure du transfert (si possible)
- reconduire le patient
- donner un compte rendu à l'infirmier(ère) soignant(e) qui reçoit le transfert
- apporter équipement de l'unité si possible
- désinfection de l'unité

Routine pré-opératoire

- consentement opératoire signé la veille (valide 24 heures)
- enseignement pré-op selon le type chirurgie
- préparation médicale selon prescription
- technique de rasage
- bain pré-op le soir
- signes vitaux
- dernière miction avant départ
- terminer la préparation physique pré-op
- administration de la prémédication
- vérifier et signer la feuille de préparation pré-op - noter pré-médication au dossier et heure de départ
- vérifier analyses de routine (faites)
- prescription médicales prescrites

Routine post-op

- accueil du bénéficiaire
- vérification de l'état du bénéficiaire
- vérification du fonctionnement de l'appareillage relié au bénéficiaire
- vérification du débit des solutés et sorte
- vérification des tubes de drainage s'il y a lieu
- vérification du pansement de la plaie chirurgicale
- installation confortable du client
- exercices musculaires et respiratoires
- enseignement post-op et coopération du client
- administration des analgésiques si souffrant (régulier le 1er 24 hres)
- exécution des PX médicales
- S.V. selon protocole
- noter première miction (quantité et heure)
- lever précoce
- soins et surveillance reliés à l'anesthésie:
  1. épidurale
  2. rachidienne
  3. anesthésie générale

Fonctionnement du départementRéférence à lire dans vos moments libres:

CPS  
etc.

HORAIRE APPROXIMATIF DE L'INFIRMIER(ÈRE) SOIGNANT(E)AU 2E ÉTAGE

- JOUR - 08h00 à 16h00

A l'arrivée Si le kardex est libre, faire la feuille de route pour la journée.

08h00 - 09h00 Préparer les médicaments de vos patients.  
09h00 - 10h00

N.B.: Vous devez faire vérifier par un autre professionnel nursing, avant d'administrer ce type de médication:

- a) l'Héparine
- b) l'Insuline
- c) Anticoagulant per os
- d) Morphine I.V.
- e) vaccin

Pour les candidates à l'exercice de la profession, tous les médicaments doivent être vérifiés avant leur administration par le chef d'équipe ou un(e) infirmier(ère) ou un(e) infirmier(ère)-auxiliaire.

07h50 Rapport du client nuit - jour.  
Vérification de l'attribution des patients par le chef d'équipe.  
Consultation de la liste des patients à jeun.  
Division des équipes par le chef d'équipe.

08h10 Visiter tous vos bénéficiaires attribués, les lever, les installer pour le déjeuner. Noter leur état.  
Faires les tests de glucomètre aux diabétiques selon PX.  
Administrer en même temps les médicaments de 8 heures.  
Vérifier lors de votre tournée le débit des solutés, la perfusion, le drainage de tous les tubes, s'il y a lieu, et noter toute anomalie ou occlusion.  
Distribuer les déjeuners (installer ou faire manger).  
Ramasser les cabarets et noter l'appétit sur votre feuille de route.

08h30 Donner les bains et installer le client.

N.B.: Lorsque vous avez terminé avant les autres, allez aider les autres membres de l'équipe à faire les lits.

Horaire approximatif au 2e étage  
(Suite)

---

- 09h00 Distribution des médicaments s'il y a lieu.  
Prendre les signes vitaux des bénéficiaires.  
Exécuter les traitements prescrits selon le kardex.  
Assister le bénéficiaire du choix de son menu lors d'un programme d'enseignement particulier, ex: diabète, etc...
- 09h45 Commencer à distribuer vos médicaments de 10h00.
- N.B.: Toujours connaître le médicament que vous administrez.
1. Indication
  2. Effets secondaires
  3. Effets thérapeutiques recherchés et faire l'enseignement au bénéficiaire.
- 10h00 à 10h15 Pause santé (15 minutes)
- 10h15 à 10h30 N.B.: Assurez-vous d'une relève avant de quitter l'unité pour répondre aux besoins de vos bénéficiaires durant votre absence.
- 10h00 Continuer les signes vitaux, faire les traitements, distribuer les médicaments, exécuter les stats s'il y a lieu, donner les I.V.
- 10h45 Préparer, vérifier et distribuer les médicaments de 11h00.
- N.B.: L'infirmier(ère) qui prépare son médicament, l'administre elle-même à son patient.
- Faire les tests de glucomètre avant le dîner et administrer l'Insuline selon prescription s'il y a lieu.
- 11h00 Dîner des bénéficiaires.  
- Noter l'appétit  
- Préparer ou faire manger les patients non capables de le faire eux-mêmes.
- 11h30 à 12h15 Repas du personnel (45 minutes)
- 12h15 à 13h00
- 12h00 Distribution de la médication s'il y a lieu.  
Sieste obligatoire pour tous les bénéficiaires.  
Vérifier vos solutés (débit - perfusion - site d'insertion).

Horaire approximatif du 2e étage  
 (Suite)

---

- 12h15                    Revision des dossiers et prescriptions et plan de soins.  
 Surveillance continue.  
 Rédaction des dossiers.
- N.B.: Au retour du dîner, aller vérifier vos bénéficiaires.
- 13h15                    Réunion d'équipe.  
                           - Revision des plans de soins.  
                           - Revision de la classification des patients ainsi que du pointage.
- 13h30                    Préparer, vérifier et administrer les médicaments de 14h00.
- 14h00                    Continuer les signes vitaux, faire les traitements, distribuer les médicaments, exécuter les stats, s'il y a lieu, donner les I.V.  
 Distribution de la collation.  
 Compilation des dosages ingestas - excrétas.
- 14h30 - 14h45            Pause-santé (15 minutes).  
 14h45 - 15h00
- 15h00                    Installation des bénéficiaires.
- 15h30                    Tournée des solutés.  
 Donner I.V.  
 Rapport quotidien des clients à la coordonnatrice.  
 Rédaction des dossiers.
- En tout temps           Désinfection des unités au départ d'un client.  
 Répondre aux cloches.  
 Répondre au téléphone.  
 Monte-charge.  
 Identifier tous les clients sans faute.  
 Vérifier à ce que les humidificateurs en fonction soient plein d'eau. (eau distillée).
- 15h50                    Rapport verbal avec le service suivant.
- N.B.: Ne dites que l'essentiel.

Horaire approximatif au 2e étage  
(Suite)

Dans vos moments libres

- Lire le cahier de technique du C.H.
- Lire cahier des protocoles.
- Vous documenter.

Spécificité au service de soir

- Demander vos médicaments manquants à la coordonnatrice.
- Aviser les "à jeun" et l'identifier au lit.
- Veiller à la sécurité du bénéficiaire lors de l'installation du coucher.
  - ex.:      camisole de sécurité.
  - côtés de lits levés.
  - cloche d'appel à la portée.
  - enlever dentier, etc...
- Préparation pré-op à faire: bain - rasage - lavement.
- Sortir les fleurs des chambres aux installations du coucher.
- Fermer les stores.

Spécificité au service de nuit

- Tournée des clients aux 2 heures (4 à 5 au moins).
- Vérifier les préparations radiologiques et les garder à jeun.
- Compléter la feuille de préparation pré-opératoire.
- Ouvrir les stores le matin.

Ceci n'est qu'une vue globale d'un horaire de travail.

Daniel Perron  
Responsable, 2e étage

10-05-1989

**ORIENTATION DU PERSONNEL EN SOINS INFIRMIERS 1ER ÉTAGE**1. Fonctionnement des appareils

- appareil à succion (mural - portatif)
- appareil à succion continue (gomco)
- oxygénothérapie (débitmètre, masques O<sub>2</sub>, lunettes nasales)
- pompes IVAC
- mini-perfuseur
- glucomètre
- humidificateurs
- réchauffe-sang (disponible à la salle d'opération)
- lit réfrigérant (disponible à la salle d'opération)
- levier pour pied du lit
- appareil vidéo 3/4 pouce

## 2. Matériel de soins

- plateau I.V. et prélèvement sanguin
- plateau gaz artériel
- plateau à cathétérisme vésical
- plateau à lavage vésical et routine du lundi et jeudi
- récipient stérile pour pansement humide
- plateau d'urgence et/ou traitement et/ou l'examen
  - intubation
  - trachéotomie
  - dissiction veineuse
  - accouchement d'urgence
  - ponction lombaire
  - ponction sternal
- ambu et pocket mask - planche à massage cardiaque
- chariot à pansement
- tubulure à soluté
- sac à gavage
- sac à irrigation vaginale
- sac à urine (de nuit et à la cuisse)
- plateau à rasage

### 3. Médication

- pharmacie au commun
- pharmacie à narcotique et contrôle
- pharmacie des solutés
- médicaments au frigo
- pharmacie des clients
- plan de soins
- kardex
- cartes-fiches
- préparation et distribution des médicaments
- feuille (tournée des solutés)
- médication à double vérification
- erreur de médicaments (procédure)

### 4. Protocole

- code 777
- alerte pouponnière - 1er étage
- évacuation et mesure d'urgence
- protocole lors d'un décès

5. Dossier client

- dossier (contenu)
  - médecine
  - chirurgie
  - obstétrique
  
- enregistrement des données
  - signes vitaux
  - médicament
  - examen
  - traitement
  - notes d'observation
  - feuille de prescription
  - requêtes
    - laboratoire
    - radiographie
    - services professionnels
    - consultation médicale
  
  - ordre du dossier
  
- cueillette de données

6. Routine admission

information de base

- médecine
- chirurgie
- obstétrique

inscription au registre

ouverture d'un lit

 effets personnels

- vêtement
- argent
- bijoux
- médicaments

 en cours de séjour

- signes vitaux
- traitement
- enseignement
- appel au médecin
- évaluation CIMSP

 pré et post-op

## 1. pré-op

- analyse de routine et examens
- prescriptions pré-op
- consentement opératoire
- préparation physique et psychologique
- enseignement pré-op
- feuille vérification pré-op
- prémédication
- départ pour la salle d'opération

## 2. post-op

- retour à la chambre
- installation du client
- vérification de l'état du client (signes vitaux et symptômes)
- vérification du pansement
- vérification des appareils reliés au client
- vérification des solutés

- administration des calmants (assez régulièrement le premier 24 heures)
- première miction
- lever précoce
- soins et surveillance spécifiques reliés à l'anesthésie selon le type
  - générale
  - rachidienne
  - épidurale
- exercices musculaires
- exercices respiratoires
- enseignement post-op vs activités en convalescence

transfert

- de chambre
- de département
- d'institution

examen

- laboratoire
- radiologie
- scan
- électrophysiologie et respiration d'effort
- électroencéphalogramme
- électrocardiogramme

horaire des visites

départ

- congé signé par médecin
- remise des effets personnels
- prescriptions médicamenteuses
- prescription pour CLSC (aide ou soins à domicile)
- prescription pour analyse ou examen en externe
- fermeture du dossier
- retour des médicaments à la pharmacie
- avis de départ
- désinfection de l'unité

7. Références à lire dans vos moments libres

- CPS
- Cahier de technique
- Actes délégués (procédé de soins)
- Cahier de laboratoire
- Cahiers d'enseignements
  - diabète
  - allaitement maternelle
- Cahier des tâches
- Technique d'isolement
- Cahier de réunion de département
- Cahier liste de garde
- Tout autre document à l'étage

8. Document à compléter

- Feuille de réussite des I.V.
- Administration des médicaments I.V.
- Questionnaire sur le diabète

**ROTAIRE APPROXIMATIF AU 1ER ÉTAGE**

- NUIT - 00h00 à 08h00

23h50 Rapport entre les quarts de travail.

00h10 Compléter le plan de soins (feuille de route).

00h15 Tournées dans les chambres pour vérifier  
02h00 solutés, état des clients, sommeil.  
04h00

01h00 Préparation des dossiers et début rédaction des notes.

02h00

03h00

04h00

06h00

07h30

Préparer et donner les médicaments prévus selon les prescriptions.

02h15 à 04h00

Heure de repas.

06h00

Prise des signes vitaux.

Prélèvements sanguins.

Remplissage des humidificateurs d'eau distillée.

Rentrer les pots de fleurs dans les chambres.

Fermer les veilleuses des chambres.

07h30

Dernière tournée.

Traitement s'il y a lieu.

Préparer les clients pour RX - SO

(leur demander de revêtir une jaquette d'hôpital, d'enlever leurs bijoux s'il y a lieu).

Vérifier leur étage et leur dossier.

Finir les dossiers.

- JOUR - 08h00 à 16h00

07h50

Rapport entre les quarts de travail.

Compléter le plan de soins.

08h10 - 9h00

Préparer, vérifier et donner les médicaments aux heures prévues.

10h00 - 11h00

12h00 - 14h00

15h30

Horaires approximatifs au 1er étage  
(Suite)

---

08h15 - 11h15	Passer les cabarets et le chariot de service (installer les clients au besoin). Faire manger ceux qui ne peuvent le faire seul.
08h45 - 12h00	Ramasser les cabarets, vérifier l'alimentation des clients.
08h45	Faire les lits et les bains.
10h00 à 10h30	Pause-santé.
10h00 14h00 15h00	Prendre les signes vitaux, et faire les traitements selon les prescriptions.
11h30 à 13h00	Heure de repas.
12h00	Installer les clients pour la sieste.
13h00	Réunion d'équipe.
14h15	Passer les collations aux clients.
14h30 à 15h15	Pause-santé.
Le plus tôt possible: enregistrer au dossier vos observations.	
15h30	Dernière tournée.
- SOIR - 16h00 à 24h00	
15h50	Rapport entre les quarts de travail. Compléter le plan de soins.
16h30 - 17h00 18h00 - 20h00 21h00 - 23h30	Préparer, vérifier, distribuer les médicaments selon les prescriptions.
18h00 HS 16h45	Prendre les signes vitaux selon l'ordonnance. Distribuer les cabarets, passer le chariot de service, installer les clients au besoin.
17h15	Ramasser les cabarets, vérifier l'alimentation des clients.
17h15 à 19h00	Heures de repas.

Horaire approximatif au 1er étage  
(Suite)

18h00 Installation des clients au besoin.  
HS Passer les collations des patients.  
20h00

20h00 à 20h30 Pause-santé.

HS Après installation des clients, sortir les fleurs, (placer près des portes dans le corridor).  
Laisser les veilleuses allumées.  
Vérifier si chaque personne à sa cloche d'appel à sa portée.  
Laisser le petit banc à la portée du client (afin d'éviter les chutes en se levant).  
Fermer les portes et placer la chambre en ordre afin d'éviter un accident à cause d'un meuble déplacé.

Le plus tôt possible, enregistrer vos observations au dossier.

23h30 Dernière tournée.

*Céline Hubert*

Céline Hubert  
Responsable, 1er étage

10-05-1989

**A N N E X E V**

**Carnet d'orientation  
Comportements attendus**

## CARNET D'ORIENTATION

Quelques modifications doivent être faites en relation avec les derniers instruments produits pour chaque département. De plus, les degrés d'évaluation des procédés de soins seront légèrement modifiés, mais actuellement il est utilisé tel que présenté dans ce rapport. Nous prévoyons faire ces corrections pour l'application de mai-juin 1991.

### Comportements attendus:

Une nouvelle grille de comportements attendus fut élaborée en fin de processus de recherche, les modifications sont mineures et visent à regrouper divers comportements généraux en un seul énoncé.

Nous présentons ces modifications en annexe étant donné qu'elles ne sont pas appliquées actuellement et font l'objet des réajustements pour la prochaine application en mai-juin 1991.

**GRILLE MODIFIÉE: COMPORTEMENTS ATTENDUS****Comportements professionnels:**

1. Respecte l'horaire de l'unité de soins (arrivée - repas - pause - départ - avise des retards, etc.).
2. Assiste aux rapports à chaque début de quart de travail.
3. Consulte les notes d'observations de ses patients des dernières 24 heures.
4. Se présente adéquatement au client et à l'équipe et précise son rôle (barrette d'identification).
5. Établit une relation d'aide avec son client.
6. Décrit adéquatement l'état de son client.
7. Révise et apporte le matériel requis pour effectuer les procédés de soins et respecte les étapes.
8. Préparation physique et psychologique de son client en regard des soins à prodiguer.
9. Connaît et respecte la politique d'administration des médicaments (horaire, cartes, vérification, inscription, administration).
10. Est à l'écoute des besoins bio-psycho-sociaux du client et s'assure de les combler.

\* Ces comportements sont évalués par le superviseur à chaque changement de département.

Parent, L. Anne (1985).