

GUIDE D'EXERCICE

L'exercice infirmier en soins de longue durée

Au carrefour du milieu de soins
et du milieu de vie



WY
152
L484
2000

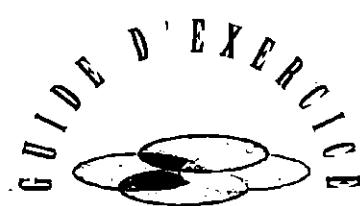
INSPQ - Montréal



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

DSRPÉ - MONTÉRÉGIE

CENTRE DE DOCUMENTATION



Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb bureau 201
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

L'exercice infirmier en soins de longue durée

**Au carrefour du milieu de soins
et du milieu de vie**

Novembre 2000



Recherche et rédaction
Hélène Lévesque-Barbès
Conseillère-chercheure

Coordination des activités
Judith Leprohon
Directrice

Marjolaine Gobeil
Directrice adjointe
Direction de la qualité de l'exercice
OIIQ

Collaboration aux différentes étapes
d'élaboration et de validation
Ginette Lavallière
Johanne Buttery
Micheline Watier
Conseillères-enquêteuses

Aspects cliniques
Monique Bourque, *infirmière clinicienne spécialisée*
Carole Dagenais, *infirmière, conseillère clinicienne*

Remerciements
Ont aussi collaboré à la formulation des indicateurs de qualité des infirmières de l'Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Révision linguistique et coordination
Danielle Champagne

Production
Service de l'édition
Direction des services aux clientèles et des communications
OIIQ

Conception et infographie
Bronx communications

Photos de la couverture
McCarthy/Ponopresse
Photodisc

Distribution
Centre de documentation
Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
4200, boulevard Dorchester Ouest
Montréal (Québec) H3Z 1V4
Téléphone : (514) 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télécopieur : (514) 935-5273
cdoc@oiiq.org
<http://www.oiiq.org>

Dépôt légal
© Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2000
4^e trimestre 2000
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN 2-89229-268-9

Tous droits réservés

Note — Conformément à la politique rédactionnelle de l'OIIQ,
le féminin est utilisé sans préjudice et seulement pour
alléger la présentation.

Table des matières

5 INTRODUCTION	
7 L'EXPERTISE INFIRMIÈRE EN SOINS DE LONGUE DURÉE	
9 L'EXERCICE INFIRMIER EN SOINS DE LONGUE DURÉE	
10 Les concepts de l'exercice infirmier appliqués en soins de longue durée	
12 La personne	
13 La santé	
14 L'environnement	
14 L'environnement humain	
15 L'environnement physique	
16 L'environnement des soins	
16 • <i>L'organisation des soins</i>	
17 • <i>La qualité de l'exercice, la qualité des soins</i>	
17 • <i>Le soutien et la formation destinés aux membres de l'équipe de soins</i>	
18 • <i>La participation à la recherche</i>	
19 Le soin	
19 L'alliance infirmière-client	
19 • <i>Particularités dans l'établissement d'une alliance avec la personne</i>	
20 La planification des soins	
20 • <i>Particularités dans l'évaluation de l'état de santé</i>	
21 Le maintien et la promotion de la santé, du bien-être et de la qualité de vie	
22 • <i>Particularités dans le maintien de la santé, du bien-être et de la qualité de vie</i>	
23 La prévention des risques et des complications et la promotion de mécanismes d'adaptation	
23 • Mesures préventives	
24 • <i>Promotion de mécanismes d'adaptation</i>	
25 • <i>Particularités dans la prévention des risques et des complications et la promotion de mécanismes d'adaptation</i>	
26 Les soins et les traitements	
26 • <i>Soins infirmiers requis</i>	
26 • <i>Administration / auto-administration des médicaments</i>	
27 • <i>Soins et déficits cognitifs</i>	
29 • <i>Soins en fin de vie</i>	
31 CONCLUSION	
33 BIBLIOGRAPHIE	
35 ANNEXES	
Indicateurs de la qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée	
37 L'alliance avec le client et ses proches	
39 L'évaluation de l'état de santé du client	
41 L'environnement propice au bien-être du client	
43 L'adaptation du client et de ses proches	
45 Le maintien de l'autonomie et l'actualisation des capacités fonctionnelles du client	
47 La prévention des accidents	
49 La prévention des lésions de pression	
51 La prévention des infections	
53 Les soins lors de situations de santé instables	
55 Le soulagement et le contrôle de la douleur chronique	
57 Le respect des droits et des volontés du client	
59 L'administration des médicaments	
61 La communication et l'approche avec le client atteint de déficience cognitive	
63 L'environnement adapté à la manifestation de comportements dysfonctionnels ou indésirables	
65 L'approche et les soins palliatifs auprès des clients en fin de vie	
67 La coordination et la continuité des soins	
69 Les activités récréatives et sociales	
71 L'intégration des membres de l'équipe de soins à l'exercice infirmier	

Le document *L'exercice infirmier en soins de longue durée* s'inscrit dans une optique de promotion de la qualité de l'exercice professionnel. Il est proposé aux infirmières en vue de les soutenir dans les diverses activités quotidiennes, de les guider dans les orientations contemporaines de l'exercice de la profession auprès d'une clientèle en soins de longue durée (plus ou moins homogène selon les milieux) et, aussi, pour favoriser leur épanouissement professionnel dans la transition actuelle qui s'effectue dans ce champ d'exercice.

L'exercice infirmier en soins de longue durée est lié au vieillissement de la population, lequel devient un phénomène de plus en plus marqué. Les problèmes de santé et les pertes d'autonomie contribuent à accroître la vulnérabilité des ainés, ce qui les amène à vivre en milieu institutionnel et ce, malgré des services de maintien en milieu naturel. En plus de cette clientèle vieillissante s'ajoutent des individus de tout âge présentant des incapacités fonctionnelles. Cette clientèle nécessite, elle aussi, des soins et des services dispensés dans des établissements de soins de longue durée où elle séjournera de façon temporaire ou permanente.

Dans ce contexte, l'exercice infirmier en soins de longue durée évolue rapidement. Cette évolution est associée aux besoins diversifiés des clientèles et à une plus grande dépendance des personnes hébergées envers l'aide provenant des membres de l'équipe de soins. Elle est aussi fonction des transformations profondes dans le réseau de la santé et des services sociaux québécois, qui visent notamment l'efficacité et l'efficience du système sur tous les plans.

Cette évolution amène les infirmières à réinventer leur pratique de façon constante, à repenser l'organisation de leur travail, à faire preuve de créativité pour relever les nouveaux défis. Ce document tient compte de cette situation et du rôle clé que jouent les infirmières dans les soins de longue durée.

L'exercice infirmier en soins de longue durée s'inspire des *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière* (OIIQ, 1996). Les concepts de personne, de santé, d'environnement et de soin qui y sont décrits orientent l'exercice infirmier dans les soins de longue durée. Ce guide porte sur les principaux aspects de la pratique infirmière en soins de longue durée, les situations courantes où s'exerce le jugement clinique ainsi que les activités de soins sous-jacentes à cette pratique. Enfin, les infirmières pourront puiser dans les indicateurs de qualité proposés en annexe, afin de les aider dans leur démarche d'amélioration continue de la qualité de leur exercice.

Ia pratique de l'infirmière en soins de longue durée est une spécialité qui s'appuie sur des connaissances scientifiques, cliniques, théoriques et pratiques propres à ce domaine. À une solide formation en sciences infirmières se greffent des connaissances en gérontologie et en gériatrie et des habiletés éprouvées de communication et de présence thérapeutique.

L'expertise infirmière en soins de longue durée repose sur une vaste expérience clinique et sur l'autonomie professionnelle. Cette expertise se traduit par une capacité à saisir ce que vit la personne et à intervenir de façon appropriée dans des situations qui exigent de concilier l'ensemble de ses besoins (de santé, affectifs et sociaux), tout en respectant ses droits et volontés et en tenant compte de la nature du milieu où elle est hébergée.

Cette infirmière fait preuve d'un jugement clinique sûr et de discernement qu'elle démontre tout d'abord dans l'analyse et la résolution des situations complexes de soins infirmiers qui surviennent en contexte de soins de longue durée. Ces situations très diverses affectent à la fois la personne, ses proches et l'environnement. L'analyse et l'évaluation qu'en fait l'infirmière lui permettent de déceler des signes de détérioration de l'état de santé, de prévenir les complications, de dépister les risques de danger et les situations de crise. Sa perspicacité et la justesse de son jugement clinique l'orientent dans la mise en œuvre d'activités de soins et de traitement, lesquelles contribuent à garantir aux personnes hébergées des soins infirmiers sécuritaires et de qualité, dans un environnement humain.

Le savoir-être de l'infirmière contribue à l'établissement d'une alliance et assure une présence thérapeutique auprès de la personne et de ses proches. Celui-ci s'avère essentiel pour les accompagner tout au long de l'hébergement, surtout lorsque arrive le moment d'offrir le soutien nécessaire dans les réactions au deuil, à la perte ou au décès.

L'expertise infirmière se caractérise par une capacité à proposer à la personne, aux proches et aux membres de l'équipe de soins des approches novatrices pour faire face à de nouvelles réalités de soins encore peu documentées. La capacité de l'infirmière d'adapter les soins et l'environnement au profit de la clientèle, entre autres, celle souffrant de déficience cognitive, en constitue une autre démonstration.

Cette infirmière guide les membres de l'équipe de soins en planifiant et en coordonnant des soins individualisés, adaptés aux capacités des personnes hébergées, tout en favorisant le maintien des acquis et un climat chaleureux et propice à un mieux-être et à une qualité de vie. L'infirmière mobilise les membres de l'équipe de soins autour d'un plan d'intervention concerté répondant aux besoins et aux attentes du client et de ses proches.

L'infirmière vérifie la qualité des interventions posées par les membres de l'équipe de soins afin d'assurer la continuité et le suivi des soins par la mise en place de moyens efficaces de communication. Elle agit comme un modèle de rôle auprès des membres de l'équipe de soins en adoptant des comportements qui traduisent l'écoute, le respect, la compréhension et l'empathie.

L'expertise infirmière en soins de longue durée (suite)

7 Au sein de l'équipe interdisciplinaire, l'infirmière voit à la coordination des activités et s'assure que les objectifs des différents intervenants sont complémentaires, qu'il n'y a pas multiplication ou chevauchement des interventions, et ce dans le meilleur intérêt de la personne et de ses proches. L'infirmière, lorsqu'elle participe aux différents comités interdisciplinaires ayant des répercussions sur les soins infirmiers, apporte une contribution spécifique à la mise en place d'approches et de programmes particuliers pour la clientèle. Elle permet de cerner avec les autres professionnels la nécessité des mesures prises ou à prendre pour assurer le respect et la défense des droits des clients.

L'expertise infirmière se caractérise par une double perspective qui porte l'infirmière à considérer d'une part la personne et ses proches et, d'autre part, la microsociété dans laquelle la personne évolue. L'expertise infirmière l'amène à concilier les interventions de soins, les volontés et les habitudes de vie du client et de ses proches, les approches novatrices, en vue de faire progresser la clientèle vers un mieux-être et une qualité de vie.

Cette façon de concevoir l'exercice en soins de longue durée fait appel à une pratique infirmière spécialisée. Cette description démontre la complexité et la diversité de la pratique clinique des infirmières travaillant auprès d'une clientèle âgée. La spécialisation infirmière et la pratique avancée dans les milieux de soins de longue durée s'avèrent essentielles, puisque les conditions d'exercice et les rôles sont diversifiés et de moins en moins encadrés. De plus, les frontières des interventions qui appartiennent aux infirmières sont moins bien tracées sur les plans professionnel, organisationnel et éthique.

L'exercice infirmier en soins de longue durée se caractérise par la prestation de soins infirmiers spécialisés à des clientèles hétérogènes vivant dans une microsociété. Cette microsociété est composée de différents sous-groupes constitués selon certaines caractéristiques tels l'âge, la culture, les valeurs, les expériences, l'état de santé et l'évolution de la maladie. Ces clientèles se caractérisent par une perte importante d'autonomie fonctionnelle et souffrent principalement d'incapacités physiques, de déficits cognitifs, de difficultés d'adaptation ou de problèmes émotifs. Elles nécessitent des soins et des services spécifiques reposant sur l'expertise infirmière.

L'exercice infirmier en soins de longue durée prend tout son sens et sa valeur au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie. Cette coexistence est essentielle, car la place accordée aux soins varie selon les besoins de la clientèle et tient toujours compte du fait que la personne hébergée est dans son milieu de vie. Les milieux de soins de longue durée incluent les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), les résidences privées pour personnes âgées en perte d'autonomie, les hôpitaux de jour pour personnes âgées, les centres de jour pour personnes âgées et les unités de soins de longue durée dans les centres hospitaliers.

Dans ces milieux, l'exercice infirmier se caractérise par une alliance avec le client et ses proches. Il vise le maintien de la santé, la qualité de vie, l'autonomie des clients et la recherche d'un mieux-être. Cet exercice, qui est préventif en regard des risques et des complications de l'état de santé des clients, est aussi orienté sur l'adaptation ou la compensation des déficits ou sur l'apprentissage d'autosoins et sur le soutien aux clients faisant face à l'annonce d'un diagnostic fatal ou ayant de vives réactions associées à la maladie ou à des processus thérapeutiques. L'exercice infirmier prend aussi la forme, selon les milieux, d'un accompagnement fondé sur le soutien et les soins de confort en fin de vie. L'exercice infirmier en soins de longue durée intègre la contribution des membres de l'équipe de soins. Il s'inscrit dans un cadre interdisciplinaire et est offert de concert avec les organismes du milieu et les autres établissements du réseau de la santé.

LES CONCEPTS DE L'EXERCICE INFIRMIER APPLIQUÉS EN SOINS DE LONGUE DURÉE

LA PERSONNE

La personne âgée en soins de longue durée est riche d'une expérience de vie unique. Elle présente souvent une perte d'autonomie importante et son état de santé est imprévisible. Cette personne est vulnérable ; la sévérité de ses incapacités fait qu'elle se sent souvent impuissante. Toutefois, elle conserve le droit de faire des choix en regard de sa santé et elle garde un contrôle sur sa vie. Elle est étroitement liée à ses proches et vit des deuils successifs reliés au passé. Certaines personnes, plus jeunes, ne peuvent plus vivre en milieu naturel en raison de pertes d'autonomie importantes dues à des maladies dégénératives ou à des traumatismes, et doivent cohabiter avec des personnes âgées. La personne hébergée et ses proches participent aux orientations du milieu ; ils collaborent aux activités de soins selon leurs capacités.

LA SANTÉ

La santé est un processus dynamique et continu ; c'est l'aspiration de la personne à un mieux-être et à une qualité de vie. C'est une expérience subjective qui suppose le maintien des acquis, l'exploitation des capacités résiduelles, le soutien des proches et le recours aux ressources de l'environnement. Cette expérience implique un ensemble d'apprentissages successifs et une adaptation continue aux nouvelles situations de santé et aux multiples facteurs environnementaux peu familiers ou inconnus. La santé est fonction des expériences humaines passées et se reflète dans la capacité d'assumer ses rôles ou de s'adapter à leur transformation. La santé peut prendre divers sens selon les perceptions individuelles. Le sens donné à la santé aide la personne à évoluer vers la réalisation de soi. La santé est une valeur qui nécessite l'engagement des intervenants du réseau socio-sanitaire et de toute la collectivité.



L'ENVIRONNEMENT

L'environnement humain

L'environnement humain est la principale source de relations interpersonnelles. Il doit être sain et stimulant. Les proches, les infirmières, les membres de l'équipe de soins, les bénévoles, les autres personnes hébergées et l'ensemble des intervenants du milieu avec qui la personne interagit influent sur sa santé, son bien-être et sa qualité de vie. Des relations étroites et continues soutiennent la personne et constituent un facteur de compensation pour les nombreuses pertes accumulées au fil des ans.

L'environnement physique

L'environnement physique comprend la chambre et les aires de séjour communes. Il doit être sécuritaire et stimulant. Il doit aussi tenir compte des incapacités et favoriser le bien-être et la qualité de vie. La personne et ses proches, s'ils se familiarisent avec cet environnement physique, intensifient leur sentiment d'appartenance au milieu.

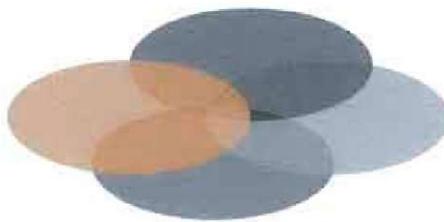
L'environnement des soins

L'environnement des soins comprend leur organisation, leurs modes de prestation, les outils cliniques, le matériel et l'équipement, les mécanismes de protection des droits de la personne et de la satisfaction de la clientèle, ainsi que les moyens visant à soutenir la qualité de l'exercice infirmier.

L'environnement des soins est fonction des besoins, des attentes et des capacités de la personne, qui ont préséance sur les us et coutumes du milieu et sur les routines de soins.

LE SOIN

Le soin comprend l'ensemble des activités cliniques accomplies par l'infirmière, en partenariat avec la personne et ses proches, pour le maintien de l'autonomie, la prévention d'un problème de santé ou l'adaptation à celui-ci, en tenant compte des facteurs de l'environnement. Le soin inclut notamment les interventions requises lorsque la santé et la vie sont menacées, et ce en tenant compte des volontés des personnes, des ressources de l'environnement et des services offerts dans le réseau sociosanitaire. Le soin à la personne hébergée, empreint d'humanisme, fait appel à la fois aux expériences de vie, à l'histoire de santé et aux étapes de fin de vie. Il contribue au bien-être et à la qualité de vie de la personne hébergée et il facilite l'adaptation à une nouvelle situation de santé. Il suscite un apprentissage chez la personne hébergée et ses proches, selon leurs capacités. Enfin, il s'inscrit dans une approche interdisciplinaire.



La personne qui vit dans un milieu de soins de longue durée présente une perte d'autonomie, ou requiert des soins et des services en raison de problèmes de santé ou d'incapacités fonctionnelles, ou nécessite des soins pour pallier ses difficultés et accroître son bien-être et sa qualité de vie.

La personne, lorsqu'elle en a la capacité, a à s'adapter à un nouvel environnement, à assumer le deuil de son milieu de vie naturel et à apprendre à côtoyer des individus ayant des besoins autres et venant de cultures différentes. Elle peut présenter des incapacités physiques, cognitives, émitives ou éprouver des difficultés affectives et relationnelles qui se traduisent de diverses façons. Chez bon nombre d'entre elles, d'autres problèmes de santé viennent aggraver la situation. Cette personne, malgré sa vulnérabilité, peut faire des choix

en regard de sa santé selon ses valeurs et ses croyances et garder un contrôle sur sa vie, même si elle a parfois de la difficulté à exprimer ces choix.

Les proches agissent, selon la situation, comme personnes-ressources et leur présence est favorisée tout en tenant compte de leurs désirs et de leur disponibilité. La personne et ses proches possèdent les ressources nécessaires pour vivre et rendre significatives les différentes expériences de santé, y compris la maladie, les pertes et la fin de vie.

C'est à partir des besoins et des attentes de la personne et de ceux de ses proches qu'une alliance s'établit avec l'infirmière. La collaboration de la personne à ses soins est fonction de ses capacités alors que la participation des proches et leur engagement dans le milieu assurent une présence importante qui nourrit les liens affectifs et offre quiétude et sérénité à la personne hébergée.



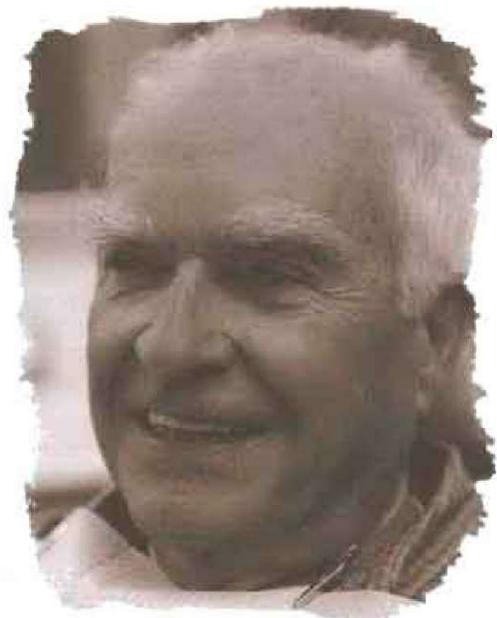


La santé est présente à toutes les étapes de la vie et les expériences de santé se manifestent de diverses façons selon l'histoire de santé de la personne. Ainsi, la personne en soins de longue durée connaît son état de santé, dans la mesure de ses capacités, et reconnaît la nécessité de quitter son milieu naturel. Cette personne participe aux prises de décision en regard de ses activités de la vie quotidienne (AVQ), par exemple celles qui sont liées aux soins et traitements requis, et elle exprime ses préférences.

L'adaptation à ce nouvel environnement est fonction de l'expression de ses sentiments face à son nouveau milieu, des liens qu'elle crée avec les membres de l'équipe de soins et les autres personnes hébergées, et des visites régulières de ses proches.

La personne âgée est fragile à cette étape de la vie ; elle est limitée compte tenu de certaines phases de la maladie. Toutefois, lorsqu'elle est soutenue dans les activités de soins qu'elle accepte d'assumer, elle se rend compte qu'elle a du contrôle sur sa vie et elle a le sentiment d'utiliser ses ressources personnelles pour se réaliser et améliorer sa santé. Accompagnée, la personne sent qu'elle maîtrise la situation ; elle partage ses émotions face à la vie et à la mort et, le moment venu, elle vit le processus du mourir selon ses volontés, ses croyances et sa culture.

La santé suppose plus que l'acquisition de nouvelles habitudes de vie en vue de la réalisation de soi et de ses rêves ; elle implique certains apprentissages, même si la personne n'en est pas



toujours consciente. Certains facteurs individuels liés au vieillissement (acuité sensorielle diminuée, déficits cognitifs, etc.) limitent certains apprentissages reliés aux problèmes de santé, aux modifications, aux traitements, aux soins et services qui en découlent. Toutefois, les situations d'apprentissage qui mobilisent le potentiel et la motivation accroissent le répertoire personnel d'autosoins de la personne âgée. D'autres facteurs liés à l'environnement (nouvel horaire, nouvel entourage, nouveau rythme, etc.) ou associés à la vie en hébergement peuvent influer sur la santé, le mieux-être et la qualité de vie. L'ensemble des facteurs individuels et environnementaux interpelle la personne, l'amène à exploiter ses capacités résiduelles, à s'appuyer sur les personnes de son réseau naturel, tout en étant accompagnée par les intervenants et soutenue par les différentes ressources du réseau sociosanitaire et de la collectivité.



L'ENVIRONNEMENT HUMAIN

Le environnement humain de la personne hébergée est sain et stimulant, riche de contacts humains chaleureux. Il contribue à sa santé et à son épanouissement. Il peut également être source de stress et de contraintes, être nuisible au bien-être et à la qualité de vie et engendrer des problèmes de santé.

D. Jourdin/Photoop



Les infirmières et les membres de l'équipe de soins, de même que les autres personnes hébergées constituent la principale source des relations humaines. Toute relation significative doit être fondée sur la confiance et la générosité. Des soins infirmiers prodigués à une personne en perte d'autonomie, potentiellement fragile et vulnérable, prennent appui dans les liens de confiance établis avec l'infirmière et les intervenants. Ceux-ci, par leur chaleur et leur respect, l'invitent à développer des attitudes positives face à son état de santé, l'amènent à se dépasser et l'aident à trouver un sens à sa vie.

La personne hébergée qui bénéficie des visites de ses proches, de membres de sa famille, de voisins et de collègues, et qui entretient avec eux une communication lui apportant soutien émotionnel, aide tangible et informations, se constitue un réseau qui favorise son épanouissement affectif et social. L'environnement où la personne vit en solitaire et où les liens qu'elle établit sont fonction des soins et des services qu'elle reçoit, sans être très intenses ni demander un engagement sur le plan affectif, influe au fil du temps sur les comportements liés à la santé et peuvent engendrer des stress émotionnels.

Lennui, le désespoir, la solitude, la marginalisation, la cohabitation, le manque d'intimité sont des sources de stress reliées à l'environnement humain, que la personne peut connaître de façon continue ou ponctuelle. Ces stress peuvent entraîner diverses situations : une pauvre estime de soi, de l'anxiété, des conflits interpersonnels, des demandes irréelles, du désengagement, du retrait, de l'isolement, de la dépression et de la confusion.

L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Ll'environnement physique est adapté aux besoins spécifiques des personnes hébergées et supplée aux incapacités. L'environnement physique doit aussi aider la personne à pallier ses déficits. L'aménagement, le mobilier, les aires de déplacement, les couleurs, l'éclairage, la propreté sont autant d'éléments qui créent un environnement propice au bien-être. Les innovations ou les ajustements requis afin de rendre l'environnement physique sécuritaire, stimulant et personnalisé, selon l'orientation temporo-spatiale et l'autonomie des personnes, sont objets de préoccupations. L'aménagement du milieu physique est conçu de façon telle que les infirmières ont recours le moins possible à diverses contraintes. L'environnement permet à la personne d'interagir et ainsi d'accroître son bien-être et sa qualité de vie.

L'environnement physique prévoit un espace privé afin de combler le besoin d'intimité. La personne s'en approprie et le décore selon ses goûts. Cet endroit privé lui permet de répondre à ses besoins de solitude, de réflexion, de repos et d'échanges avec ses proches.

La chambre constitue un lieu privilégié où sont prodigués les soins et où la communication avec la personne et ses proches se réalise en toute confidentialité. Elle offre également à la personne la liberté de dormir ou de se reposer à toute heure de la journée dans un endroit calme, reflétant sa personnalité, ses goûts, son histoire de vie et sa culture. Le partage de cet espace privé avec une ou d'autres personnes est parfois nécessaire. Le jumelage des personnes ayant des affinités et des intérêts communs se réalise, lorsque requis, dans le respect des volontés de chacune des parties, incluant leurs proches ou leur famille. Cette situation ne doit jamais priver une personne de ses droits fondamentaux de liberté, d'autonomie et de sécurité. Les mesures prises pour réaliser le jumelage doivent être évaluées afin d'éviter qu'elles soient trop contraignantes, non nécessaires et non adaptées aux besoins de la personne.

L'environnement physique comprend aussi des espaces communautaires qui offrent à la personne et à ses proches des occasions de socialiser et de se récréer. Le hall d'accueil, la place publique et les aires de séjour communes constituent des lieux de rassemblements, d'échanges, d'interactions et de loisirs. La personne et ses proches se les approprient selon leurs capacités afin d'intensifier leur sentiment d'appartenance au milieu, de faciliter les interactions et de contribuer à leur bien-être et à leur qualité de vie.



L'ENVIRONNEMENT DES SOINS

Ll'environnement des soins réfère à l'ensemble des conditions à l'intérieur desquelles interagissent la personne, l'infirmière, les membres de l'équipe de soins, de l'équipe interdisciplinaire et les gestionnaires. L'environnement inclut aussi les règles qui régissent l'organisation des soins, les modalités de prestation des soins, les outils cliniques, le matériel de soins et l'équipement, les mécanismes qui assurent la protection des droits des personnes et la satisfaction de la clientèle. À ces conditions et règles s'ajoutent des liens avec la communauté et l'usage de moyens qui visent à soutenir une qualité de l'exercice infirmier. Tous ces éléments font partie de l'environnement des soins.

L'ORGANISATION DES SOINS

L'organisation des soins est fonction des besoins des personnes qui ne peuvent plus demeurer en milieu naturel et qui s'adaptent au jour le jour, selon leurs ressources, à une microsociété dans laquelle elles évoluent. L'organisation des soins est fondée sur une étroite collaboration entre

les infirmières et les gestionnaires et se concentre sur les besoins, les attentes et les capacités des personnes; elle a présence sur les routines de soins et les us et coutumes du milieu. Cette organisation, compte tenu des caractéristiques de la clientèle, requiert la participation des infirmières, par exemple lors de regroupements de clientèles — homogènes ou hétérogènes — ou la mise en place d'activités qui accroissent la contribution des proches ou le soutien des bénévoles. En ce qui a trait aux modalités de prestation de soins, les infirmières doivent tenir compte, entre autres, du rythme des personnes, de leurs choix, de leurs différences culturelles et du maintien de leurs capacités résiduelles. La continuité des soins et des services, la stabilité du personnel et le renouvellement des pratiques, tout comme la souplesse dans l'horaire des interventions de soins, contribuent à l'assurance d'une réponse aux besoins des personnes, à l'amélioration de l'efficacité des soins et de l'efficience des services.

L'aménagement physique des lieux facilite la surveillance des personnes, notamment celles dont l'état de santé est instable. Le matériel de soins et l'équipement servant à prodiguer les soins requis de façon sécuritaire sont disponibles aux infirmières. Les outils cliniques, entre autres, les grilles d'observation du comportement, les instruments de mesure et d'évaluation, les programmes de prévention, d'auto-administration des médicaments et les procédés de soins soutiennent les infirmières dans leurs activités. Les infirmières



participent à leur conception, à leur mise à jour et s'assurent que ces outils facilitent leur exercice et qu'ils les aident à améliorer la qualité des soins. Les règlements, les politiques et les protocoles interdisciplinaires élaborés dans le milieu et mis à la disposition des infirmières font l'objet de suggestions et de recommandations de leur part, selon l'évolution des besoins de la clientèle et des transformations dans le réseau. Un code d'éthique traitant des valeurs du milieu et définissant la conduite à tenir pour assurer le respect des droits de la clientèle est également accessible aux infirmières. Des instruments d'évaluation sont mis à leur disposition afin de leur permettre de vérifier, auprès de la personne hébergée et de ses proches, les résultats des interventions de soins et la satisfaction des intéressés.

L'organisation des soins peut faire appel à certaines ressources du réseau et de la communauté. Des partenariats peuvent s'établir avec les CLSC, les centres hospitaliers et les centres de réadaptation. Les infirmières y contribuent et y exercent un leadership en mettant de l'avant des approches novatrices en soins infirmiers, par exemple le suivi systématique de clientèles en soins de longue durée, ou encore elles mettent à profit leur expertise au sein des équipes interdisciplinaires dans les établissements de santé et le réseau sociosanitaire, en vue d'assurer la continuité et la complémentarité des soins. Par ailleurs, l'ouverture sur la communauté favorise l'appartenance sociale de la personne hébergée ; les sorties en groupe, les visites organisées, la participation à la vie de quartier sont autant d'occasions pour la clientèle de garder un contact avec l'extérieur, d'interagir avec les membres de la communauté et, pour les infirmières, de collaborer avec les organismes du milieu.

LA QUALITÉ DE L'EXERCICE, LA QUALITÉ DES SOINS

Les infirmières qui exercent auprès des personnes hébergées se préoccupent d'améliorer la qualité de leur pratique quotidienne selon une approche centrée sur le client. Cette amélioration peut se

réaliser à partir d'une évaluation individuelle ; celle-ci comprend la vérification des résultats des interventions posées, d'éléments de l'exercice et d'éléments organisationnels. L'évaluation des résultats des interventions de soins posées par l'infirmière chez la personne soignée permet d'en connaître les effets, de modifier au besoin les éléments de l'exercice ou des éléments organisationnels nécessaires à l'atteinte des résultats escomptés. Les indicateurs de qualité de l'exercice en soins de longue durée présentés en annexe peuvent servir à cette évaluation.

Des rencontres d'échanges entre les infirmières (intra-établissement ou interétablissements), de même que la participation à des regroupements ou associations d'infirmières en soins de longue durée créent des réseaux formels ou informels, des liens d'appartenance et de soutien qui s'avèrent des moyens efficaces d'améliorer de façon continue la qualité de l'exercice et des soins. D'autres moyens peuvent être explorés, par exemple un soutien et une formation aux membres de l'équipe de soins, une pratique infirmière spécialisée en géronto-gériatrie et la participation à la recherche. Bien exploités, ces différents moyens contribuent à l'amélioration continue de la qualité des soins prodigues.

LE SOUTIEN ET LA FORMATION DESTINÉES AUX MEMBRES DE L'ÉQUIPE DE SOINS

De plus en plus, compte tenu des transformations dans le réseau de la santé, de l'évolution des besoins de la clientèle en soins de longue durée, de l'ampleur des traitements médicaux, des réactions des clients face à ceux-ci et du nombre d'intervenants au sein de l'équipe de soins, les infirmières ont à partager certaines activités de soins avec les membres de l'équipe. Cette situation les amène à examiner de nouveau leur rôle, à intégrer et à soutenir les membres du personnel en vue de les assister dans la prestation des soins.

En effet, les infirmières demeurent responsables de la planification des soins infirmiers et doivent

en même temps former et accompagner les membres de l'équipe de soins quant à leur contribution à titre d'intervenants auprès de la clientèle. De plus, compte tenu de la réponse unique de chaque personne aux interventions de soins, certains résultats sont prévisibles, tandis que d'autres ne le sont pas. En général, l'évaluation des besoins des personnes et les résultats obtenus peuvent aider les infirmières à déterminer les activités pouvant être assignées à certains membres de l'équipe de soins. D'autres activités reposent sur le jugement clinique des infirmières et exigent leur intervention. Les membres de l'équipe de soins sont donc habilités à participer à certains soins en se sentant à l'aise pour entrer en relation avec la clientèle et communiquer avec elle. Valoriser la contribution et la complémentarité de chacun constitue une approche bénéfique pour centrer les soins sur les besoins et les attentes de la clientèle. Cette approche de l'infirmière accroît la confiance et la motivation du personnel pour s'engager davantage auprès de la clientèle et génère la synergie souhaitée au sein de l'équipe.

Le dialogue entre l'infirmière et les membres de l'équipe de soins renseigne l'infirmière sur les actions de l'intervenant. Elle peut ainsi anticiper les besoins des membres de l'équipe et y répondre avec promptitude. Le dialogue, le temps et la patience constituent les éléments clés pour superviser les membres de l'équipe de soins et collaborer avec eux.

L'information et l'enseignement donnés par l'infirmière aux membres de l'équipe, liés aux besoins de la clientèle, les aident à organiser et à mener les activités de soins qui leur sont confiées. Par exemple, les habiletés en communication enseignées contribuent à rendre les activités de soins humaines et chaleureuses.

Un environnement facilitant la communication est créé, c'est-à-dire un climat où les infirmières et les membres de l'équipe de soins s'informent mutuellement, dans une attitude de collaboration. L'esprit d'équipe se développe; il mobilise les

énergies, et les activités prennent du sens pour chacun. Cet esprit d'équipe crée aussi un climat réconfortant pour la clientèle.

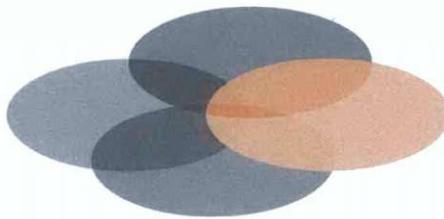
LA PARTICIPATION À LA RECHERCHE

Les soins infirmiers de longue durée constituent un champ de recherche dynamique pour les infirmières, puisque au cours de la prochaine décennie les demandes de soins et de services de cette clientèle vont s'accentuer. Les efforts de recherche devront s'accroître, notamment en ce qui a trait au bien-être des aînés, à la qualité de vie et à l'espérance de vie en bonne santé (EVBS).

Des projets pourraient cibler, entre autres, l'efficacité et l'efficience d'interventions infirmières spécifiques auprès de certaines clientèles, portant sur la promotion de la santé et la prévention de la maladie face à l'exacerbation des incapacités fonctionnelles. Par ailleurs, les approches usuelles en soins infirmiers pourraient aussi faire l'objet d'un questionnement quant à leurs bases scientifiques et à leur valeur auprès de clientèles âgées (horaires, routines, etc.).

Certaines activités de recherche pourraient cerner l'impact de l'environnement des soins sur l'adaptation de la clientèle en soins de longue durée, ou encore l'influence de caractéristiques culturelles et ethniques sur la participation aux soins et sur l'alliance infirmière-client, ou porter sur le recadrage des interventions en mettant l'accent sur la personne et sur les résultats escomptés, ou sur la continuité des soins d'un service à l'autre en regard des changements dans le comportement de la personne et selon les façons de concevoir les interventions de soins auprès de la clientèle hébergée.

La participation des infirmières en recherche est indispensable. Leur connaissance de la clientèle, leur contact quotidien avec les personnes et les proches font en sorte qu'elles peuvent contribuer à l'émergence de nouvelles connaissances en soins infirmiers de longue durée, ainsi que promouvoir et faire évoluer l'exercice de la profession dans ce domaine particulier.



L'ALLIANCE INFIRMIÈRE-CLIENT

L'infirmière établit une alliance avec la personne et ses proches. Son approche empreinte de respect, de compréhension empathique et de chaleur facilite l'instauration d'un partenariat dans les soins. Dès l'admission, l'infirmière prend le temps d'écouter la personne, de clarifier ses besoins, ses craintes et ses attentes. Elle fait preuve d'ouverture face à son expérience ; elle respecte son rythme et son cheminement. Elle soutient la personne dans l'exercice de ses rôles et l'aide à se souvenir des expériences de vie qui ont contribué à sa réalisation.

L'infirmière invite la personne et ses proches à collaborer à toutes les étapes de la planification des soins et s'assure de leur participation à la prise de décisions. Ainsi, ce partenariat permet de formuler des objectifs réalistes, de rechercher ensemble des solutions aux difficultés, de travailler conjointement et d'évaluer ensemble les résultats obtenus.

➤ Particularités dans l'établissement d'une alliance avec la personne

L'infirmière, auprès de la personne atteinte de déficits cognitifs, trouve les mots justes et les gestes apaisants pour manifester tendresse, réconfort et considération. Elle établit un contact visuel avant de lui parler, utilise le toucher pour obtenir son attention, donne une seule consigne simple à la fois, associe le geste au mot, attend la réaction avant de donner une autre consigne. Elle parle doucement. Elle est également attentive aux réactions des proches et les aide à exprimer leurs sentiments, qu'ils soient de tristesse, de crainte, de colère, de honte ou de culpabilité.

L'infirmière multiplie ses efforts pour communiquer avec les personnes atteintes d'aphasie. Elle utilise les tableaux de communication, les mimes, les démonstrations, les questions fermées, les dessins, afin d'associer la personne à ses soins. Même s'il est parfois difficile d'établir une alliance avec une personne, elle est possible et se manifeste par des comportements souvent non verbaux (touchers, mimiques, sons, etc.).



LA PLANIFICATION DES SOINS

L'infirmière procède à une évaluation initiale de l'état de santé du client, qui s'effectue en plusieurs étapes échelonnées sur une période permettant à la personne de se familiariser avec son nouvel environnement. Cette évaluation comprend : les besoins de santé du client, les données biographiques concernant l'histoire de vie, les capacités et les incapacités physiques, cognitives et relationnelles, les stratégies et les moyens utilisés pour s'adapter, les habitudes de vie antérieures, les besoins en apprentissage, la nécessité de soutien pour les proches, les attentes et les projets de vie, les valeurs, les croyances et les volontés.

Par la suite, cette évaluation est révisée périodiquement, tout au long du séjour du client et selon l'évolution de sa situation de santé et de ses réactions. L'infirmière analyse les données recueillies en considérant les besoins et les volontés de la personne ; elle détermine les problèmes de soins, en informe la personne et les proches et, avec eux, établit les priorités et les interventions requises. L'infirmière coordonne les activités de soins réalisées par les membres de l'équipe de soins et met en place des mécanismes de communication pour assurer la continuité et le suivi des interventions de soins. L'infirmière tient compte de la gravité de l'état de santé du client, de ses réactions et des répercussions qu'elles suscitent sur les autres individus et dans l'environnement.

L'infirmière reconnaît le droit à l'information pour la personne et ses proches ; elle veille à ce qu'ils soient renseignés sur tout ce qui a trait à l'état de santé, par exemple la nature des soins et des traitements, la description des approches de soins et les résultats des évaluations. La personne et ses proches reçoivent l'information dans des mots compréhensibles. L'infirmière reconnaît aussi pour



la personne et ses proches le droit de décider en ce qui concerne les soins à prodiguer, y compris celui de refuser un soin ou un traitement. L'établissement du niveau d'intensité des soins désiré par la personne et ses proches et du désir de réanimation cardiorespiratoire (RCR), s'il y a lieu, s'effectue dans le cadre d'une démarche interdisciplinaire. L'infirmière s'assure que l'approche respecte les droits, les volontés et l'expérience émotive de la personne et des proches.

➤ Particularités dans l'évaluation de l'état de santé

L'infirmière participe à l'évaluation des fonctions cognitives par la reconnaissance des comportements indiquant des habiletés cognitives ou des déficits cognitifs. Elle s'assure que l'évaluation est faite à différents moments de la journée afin que celle-ci reflète la réalité de la personne (plus performante en matinée, par exemple). Les problèmes cognitifs sont souvent associés aux maladies dégénératives et sont souvent mal interprétés, sous-estimés et mal compensés par l'environnement humain et physique.

LE MAINTIEN ET LA PROMOTION DE LA SANTÉ, DU BIEN-ÊTRE ET DE LA QUALITÉ DE VIE

La personne et ses proches aspirent à un mieux-être. Ils ont la motivation, la force et les ressources nécessaires — lesquelles peuvent varier dans le temps — pour acquérir de nouveaux comportements et effectuer les apprentissages requis. L'infirmière sensibilise la personne à l'acquisition de ces comportements de santé. Devant une difficulté, elle trouve avec la personne et ses proches les moyens d'adaptation utilisés antérieurement et tente avec eux de les reproduire. Elle explore également avec la personne ses habitudes de vie et lui propose des changements ; ensemble, ils reconnaissent les bienfaits qu'elle peut en retirer.

La personne et ses proches aspirent aussi à une qualité de vie. Ils ont besoin de respect, de confort, d'être estimés et aussi de réaliser des rêves et des projets. L'infirmière démontre par sa façon d'être et d'agir qu'elle est ouverte à toutes les dimensions de la personne. Elle lui procure un environnement sécuritaire ; elle veille à ce que cet espace soit stimulant et adapté à ses besoins et à ses incapacités. L'infirmière reconnaît le droit à la vie privée : elle procure à la personne et à ses proches des moments d'intimité à l'abri des regards, où ils peuvent exprimer leurs sentiments. Elle s'assure que les membres de l'équipe prodiguent des soins intimes empreints de respect. Elle leur rappelle l'importance des gestes quotidiens qui témoignent de ce respect. L'infirmière protège également le caractère confidentiel des données relatives à l'état de santé ; elle informe les membres de l'équipe des informations requises pour les soins (par exemple, le degré d'autonomie) et elle tait ce qui a trait aux confidences qui lui sont faites.

L'infirmière reconnaît l'importance d'entrer en relation avec les proches, les individus de l'entourage et même ceux de la communauté (discussions, écoute, etc.). Elle guide la personne afin de l'aider à établir une relation satisfaisante, à exprimer son besoin d'amour, de tendresse et d'affection. Elle prodigue les soins dans une relation où se manifestent disponibilité, authenticité et sensibilité à l'autre. Elle encourage la personne à exprimer ses goûts, ses préférences, ses émotions et à vivre selon ses croyances, sa culture et ses valeurs. Elle oriente la conversation sur les réalisations personnelles, les moments gratifiants vécus récemment ou les événements significatifs du passé. Elle soutient la personne dans la réalisation de ses rêves et de ses projets et se montre intéressée par ceux-ci.

L'infirmière connaît les problèmes complexes liés à la douleur chronique. Elle explique à la personne et à ses proches, aux membres de l'équipe de soins la principale différence entre une douleur aiguë (cause connue) et une douleur chronique (difficile à décrire, présente depuis plusieurs mois, accompagnée d'insomnie et donnant lieu à de l'anxiété et à de la dépression), ainsi que les mécanismes biophysioliques responsables de la perception de la douleur chronique. L'infirmière intervient auprès de la personne souffrante et évalue avec elle l'intensité de la douleur en utilisant une échelle de mesure de la douleur.

Elle détermine avec la personne la nature de la douleur (heure, fréquence, intensité, qualité, répercussions sur les AVQ), les facteurs ou les situations qui l'influencent (anxiété, fatigue, surcharge sensorielle, etc.) ainsi que ses répercussions sur le sommeil, l'appétit et l'humeur. Elle élabore avec la personne qui en est capable un plan d'intervention qui a pour objectif de diminuer ou de contrôler la douleur. L'infirmière planifie avec les membres de l'équipe des modalités de soins pour prévenir les effets secondaires de la médication et procurer un environnement calme au client. Ces soins permettent à la personne de réaliser certaines AVQ, de vaquer à des occupa-

tions sociales et récréatives. Elle connaît ainsi des périodes de bien-être où elle peut exploiter ses ressources personnelles et se réaliser.

L'infirmière peut rencontrer dans sa pratique auprès de la clientèle en soins prolongés des situations complexes qui nécessitent une réflexion éthique. En effet, les membres de l'équipe de soins peuvent être déchirés entre le respect des droits de la personne et leurs valeurs personnelles (par exemple, un client qui ne veut plus s'alimenter et qui glisse progressivement vers la mort par opposition à l'importance d'en prendre soin, de le protéger et de le nourrir). Cette confrontation entre la personne et les intervenants exige une démarche éthique. L'infirmière se documente sur une telle démarche et fait appel à des personnes-ressources qui peuvent soutenir la réflexion et la résolution de problèmes éthiques.

L'infirmière multiplie les interventions auprès des proches afin qu'ils maintiennent une relation régulière et significative avec la personne hébergée. Elle les invite à participer aux soins et à se joindre aux différentes activités organisées dans le milieu ou encore à jouer le rôle d'accompagnateurs lors d'activités extérieures.

McCarthy/Panopress



Enfin, l'infirmière aide la personne et ses proches à cheminer dans les différentes expériences de santé et à trouver du réconfort dans leurs réalisations personnelles, leurs souvenirs, leurs valeurs et leurs croyances.

➤ *Particularités dans le maintien de la santé, du bien-être et de la qualité de vie*

L'infirmière collabore étroitement avec les proches afin de promouvoir un mieux-être auprès des personnes atteintes de déficits cognitifs, en comblant les besoins physiologiques et, dans la mesure du possible, les besoins affectifs.

En collaboration avec les membres de l'équipe de soins, elle favorise de saines habitudes de vie, telles une alimentation équilibrée, une hydratation suffisante, des périodes de repos et d'activités physiques et une hygiène corporelle adéquate. Lorsqu'une personne est démunie sur le plan cognitif et souffrant, l'infirmière apprécie l'intensité de la douleur en observant les changements dans le comportement (fatigue, inconfort au lit ou au fauteuil) et en décodant les gémissements.

LA PRÉVENTION DES RISQUES ET DES COMPLICATIONS ET LA PROMOTION DE MÉCANISMES D'ADAPTATION

Les activités préventives qui visent à réduire les risques réels ou potentiels pour la personne hébergée, ou celles qui garantissent sécurité et confiance auprès de la clientèle sont prioritaires. En effet, les risques liés aux transitions de la vie, aux incapacités et à l'environnement, ou les dangers et certaines complications associés à des problèmes de santé sont multiples pour ce type de clientèle. Certains soins sont à préconiser pour aider la personne à acquérir des mécanismes d'adaptation qui lui permettent de prévenir ou de surmonter les problèmes de santé ou encore pour la guider dans son adaptation à une nouvelle situation de santé.

La connaissance de la physiopathologie est indispensable à l'infirmière ; elle l'aide à comprendre, entre autres, les risques de chute. La personne âgée est sujette aux chutes en raison de l'altération des sens (audition et vision), du manque d'équilibre et de stabilité en position debout (augmentation des oscillations), de la faiblesse musculaire et de certaines perturbations liées à un problème de santé (AVC, arthrite, maladie de Parkinson, etc.). Ces connaissances aident l'infirmière à évaluer le niveau de risque de chute, notamment à l'aide d'instruments conçus à cette fin.

La personne âgée est prédisposée à différentes infections à cause de l'affaiblissement de la réponse immunitaire, de la déshydratation due, entre autres, à une diminution de la sensation de soif ou encore aux lésions de pression consécutives à certaines altérations tissulaires (par exemple, la perte de tissu sous-cutané de soutien qui accentue la fragilité capillaire et réduit l'irrigation

sanguine de la peau). À ces connaissances en physiopathologie, des connaissances en gérontologie permettent à l'infirmière de repérer, entre autres, des facteurs de risques concernant les lésions de pression (vieillissement primaire cutané, immobilité, malnutrition, incontinence urinaire et fécale, déficience de l'oxygénation tissulaire ou état dépressif), d'évaluer le niveau de risque de lésion et d'agir sur les causes afin de prévenir ou de traiter ces lésions.

MESURES PRÉVENTIVES

L'infirmière, en regard de la prévention, demeure très vigilante auprès des personnes vulnérables pouvant présenter des risques élevés. Dans ces situations, l'infirmière instaure rapidement des actions visant à diminuer les facteurs de risques, à limiter les conséquences du problème s'il se présente, à appliquer des mesures préventives, à organiser un environnement sécuritaire, à prévoir des mécanismes de surveillance, à planifier des objectifs de soins appropriés et à évaluer l'efficacité des interventions effectuées. L'infirmière renseigne les membres de l'équipe de soins sur la prévention des risques ; elle explique le problème, nomme des principes de prévention et détermine avec eux les moyens de les appliquer dans le cadre des soins quotidiens. L'infirmière définit des résultats escomptés de soins (peau saine, sans rougeur ni plaie, etc.) et les transmet aux membres de l'équipe. L'infirmière dépiste également les situations où la sécurité, l'intégrité physique ou morale d'une personne, d'une clientèle ou des membres de l'équipe de soins sont menacées (escalades d'agressivité, réactions catastrophiques, etc.).

Lorsque l'infirmière doit appliquer des moyens de contraintes physiques prescrites pour immobiliser temporairement une personne agitée, elle le fait avec discernement, tout en se préoccupant du bien-être et des droits de la personne. Dès que celle-ci est de nouveau calme et que les risques de danger sont éloignés, les contraintes physiques sont retirées et un plan d'action est mis en œuvre pour éviter que la situation ne se répète.

L'infirmière est attentive pour déceler les situations d'abus, de violence ou de négligence envers les personnes. Lorsqu'elle dépiste une situation à risque, elle intervient auprès du soignant ou des proches ; elle les sensibilise au problème ; elle les aide à modifier leur comportement. Si, toutefois, l'infirmière est témoin de situations d'abus, de violence ou de négligence, elle intervient promptement pour protéger la personne et déclare l'incident.

L'infirmière est à l'affût des réactions et des comportements inhabituels afin de prévenir un problème de santé. Elle décèle rapidement chez la personne les signes précurseurs d'un problème de santé et les indices de détérioration ; elle évalue régulièrement l'état de santé des personnes vulnérables ou à risque.

L'infirmière porte une attention spéciale à la prévention des problèmes multiples associés à la prise de médicaments : l'usage abusif ou à long

terme, la surconsommation, les erreurs dans l'administration. Toutes ces situations sont analysées et les correctifs nécessaires apportés puisque, en plus, la personne âgée hébergée présente souvent une perte d'autonomie, une diminution des capacités physiques et fonctionnelles, une baisse importante des facultés cognitives et des troubles du comportement. De plus, souvent son réseau naturel est épuisé. Ces divers facteurs influent ensemble sur les problèmes associés à la prise de médicaments.

PROMOTION DE MÉCANISMES D'ADAPTATION

Les activités de rééducation ou d'enseignement visent à mobiliser chez la personne ses capacités et ses ressources afin d'améliorer, de maintenir ou de restaurer l'autonomie, l'estime de soi et l'engagement social. L'infirmière participe à ces activités tout d'abord pour évaluer le degré d'autonomie de la personne ; elle utilise pour cela des instruments de mesure, comme le SMAF (système de mesure de l'autonomie fonctionnelle) et le MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle). À l'aide de ces instruments, l'infirmière détermine les capacités fonctionnelles et les incapacités dans les AVQ. Par exemple, elle observe

le fonctionnement cognitif en repérant dans les AVQ les comportements qui indiquent des habiletés cognitives. Elle évalue, par exemple, l'orientation temporo-spatiale en constatant que la personne retrouve toujours sa chambre grâce à des points de repère, ou la compréhension, en remarquant qu'elle saisit bien trois consignes consécutives et les exécute adéquatement.

Après avoir évalué la personne, l'infirmière connaît ses capacités et ses incapacités. Les activités d'enseignement et les situations d'apprentissage sont alors déterminées en fonction de son potentiel, de sa motivation et de ses forces physiques, en vue d'accroître son répertoire personnel d'autosoins. Par exemple, l'infirmière lui enseigne



la façon d'enfiler son pantalon, en position assise d'abord, puis ensuite en position debout en s'appuyant sur le lavabo. L'infirmière procède également à l'établissement des limites liées aux habiletés cognitives; par exemple, une personne peut revêtir seule son chandail lorsqu'elle est assise, mais elle est incapable de le mettre seule lorsqu'elle est debout, à cause d'un manque d'équilibre.

Le niveau d'enseignement et les objectifs de soins réalisables à court terme sont discutés avec la personne, puis expliqués aux membres de l'équipe de soins pour qu'ils valorisent l'apprentissage des auto-soins. Même si les résultats obtenus sont souvent minimes, ils offrent à la personne des moments gratifiants qui lui permettent de reprendre contact avec son estime personnelle. Par exemple, si elle s'habille seule malgré sa perte d'équilibre, elle est fière de sa réussite et reprend confiance dans son potentiel. L'infirmière utilise des stratégies éducatives variées telles la démonstration, la répétition des tâches à haute voix et la supervision. Les stratégies éducatives qui donnent des résultats positifs sont expliquées aux membres de l'équipe de soins et intégrées aux différentes AVQ pour faciliter l'apprentissage. L'infirmière est attentive aux obstacles qui peuvent compromettre l'apprentissage, comme la fatigue, la douleur, un problème auditif ou visuel ou un langage incompréhensible. Elle soutient les efforts et souligne les progrès accomplis.

L'ensemble des interventions préventives et visant la promotion des mécanismes d'adaptation assure aux personnes et aux proches un sentiment de sécurité et de confiance, dans un environnement adapté à leurs besoins. Les différentes activités de rééducation et d'enseignement apportent à la personne et à ses proches, au fil du temps, l'acquisition de mécanismes d'adaptation qui les aident à mieux s'intégrer au milieu, à assumer de nouveaux rôles, à rétablir des liens avec l'entourage. Les personnes et les proches reconnaissent alors que les soins et les traitements prodigués ont contribué à l'adaptation d'une nouvelle situation de santé.

➤ *Particularités dans la prévention des risques et des complications et la promotion de mécanismes d'adaptation*

Les personnes atteintes de déficits cognitifs présentent, de surcroît, des risques élevés de fugue à cause de problèmes d'orientation et de mémoire, des réactions catastrophiques liées à l'anxiété, et des comportements dysfonctionnels et indésirables. L'infirmière, s'appuyant sur une analyse rigoureuse du comportement et des réactions de ces personnes, note les signes avant-coureurs, les éléments déclencheurs, les moments les plus propices, l'impact de l'environnement sur ce type de comportements, ainsi que la répercussion de ceux-ci sur l'entourage.

L'infirmière sensibilise les membres de l'équipe de soins à l'importance des mesures préventives auprès des personnes démunies sur le plan cognitif, puisqu'elles sont incapables d'analyser une situation, de prendre de bonnes décisions, de comprendre les consignes, de retenir l'information, de s'orienter et d'être vigilantes. La planification des soins pour ces personnes comprend, entre autres, des mesures qui tiennent compte de leurs besoins et de ceux de l'unité de soins ou du groupe-clients où elles évoluent, par exemple une surveillance accrue aux heures critiques.

Les activités de rééducation et d'enseignement auprès des personnes atteintes de déficits cognitifs s'appuient sur la recherche d'un mieux-être et sur l'adaptation à un environnement qui tient compte de leurs capacités et incapacités (unité de soins avec des portes codées qui permettent à la personne de circuler en sécurité et ainsi de conserver une habileté fonctionnelle, telle la marche, etc.). Le maintien de l'autonomie et l'actualisation des capacités fonctionnelles permettent à ces personnes de participer aux AVQ, d'effectuer elles-mêmes certaines tâches et d'avoir le sentiment d'utiliser leur potentiel. La personne atteinte de déficits cognitifs profite des bienfaits de ces activités; elle peut, par exemple, être plus calme et plus détendue.

LES SOINS ET LES TRAITEMENTS

L'infirmière qui exerce en soins de longue durée prodigue des soins et des traitements pour maintenir ou améliorer la santé de la personne ou pour l'aider à mourir dans la dignité, entourée de ses proches. Les soins sont requis lors d'un changement de comportement, quand la personne présente une situation de santé instable, ou encore en situation d'urgence. Il peut s'agir aussi de soins et de traitements associés à un problème de santé comme la pneumonie, la dépression, ou à un problème cognitif lié à une maladie dégénérative.

Les activités de soins de l'infirmière incluent, entre autres, l'accompagnement de la personne et de ses proches, l'évaluation de la situation de santé et des fonctions cognitives, l'application de programmes de soins et de plans d'enseignement ou de protocoles de soins. L'infirmière exécute les ordonnances médicales individuelles ou permanentes ; elle intervient selon les politiques et procédures de l'établissement. Auprès des clientèles atteintes de déficits cognitifs, l'infirmière met en place des approches de communication, en collaboration avec les membres de l'équipe interdisciplinaire.

L'infirmière prodigue les soins et les traitements avec la participation de la personne et des proches, en s'appuyant sur des connaissances approfondies en gérontologie et en gériatrie. Ces connaissances lui permettent de faire la distinction entre ce qu'entraîne un vieillissement normal et les problèmes ou les complications qui y sont associés. Elle connaît les signes et symptômes des principaux problèmes de santé pouvant affecter cette clientèle. L'infirmière évalue l'efficacité des soins donnés et transmet à un autre professionnel de la santé, au moment qu'elle juge opportun, les renseignements relatifs à l'état de santé. Elle coordonne les activités de soins en tenant compte des

priorités et s'assure que les soins planifiés ont été prodigués.

SOINS INFIRMIERS REQUIS

L'infirmière accompagne toutes les personnes hébergées et intensifie sa présence auprès de celles qui requièrent des soins spécifiques en phase aiguë ou qui présentent des problèmes complexes de santé (pneumonie et maladie dégénérative, etc.). En cas de problème, elle intervient dans les délais requis par la situation, administre les soins et les traitements prescrits selon les protocoles établis, tout en tenant compte du niveau d'intensité des soins désiré et convenu avec la personne et ses proches. Elle informe ces derniers de l'évolution de la situation de santé, de même que des effets et des résultats des soins et traitements administrés.

L'infirmière documente les situations de santé instables et les malaises exprimés. Pour ce faire, elle mesure les paramètres vitaux, vérifie les réflexes, les signes neurologiques et l'orientation à la réalité. Elle amorce les mesures diagnostiques nécessaires (par exemple, la glycémie capillaire) et procède à l'examen physique (observation, inspection, auscultation, palpation, percussion) afin de mieux documenter la situation de santé. Elle fait des liens entre la situation de la personne, les signes et symptômes observés, les résultats des diverses mesures, puis elle juge de la gravité du problème de santé. Elle prodigue les soins et assure une surveillance continue par la suite.

Dans les situations d'urgence, l'infirmière prodigue les premiers soins ; elle initie le traitement selon les politiques de l'établissement ; elle applique la manœuvre de Heimlich et la technique de réanimation cardiorespiratoire (RCR), toujours en conformité avec les volontés de la personne ou des proches.

ADMINISTRATION / AUTO-ADMINISTRATION DES MÉDICAMENTS

L'infirmière qui exerce auprès des clientèles âgées a besoin de connaissances avancées en pharmaco-

cinétique (étude de l'absorption, de la distribution et de l'élimination des médicaments) afin de comprendre les effets bénéfiques et les dangers potentiels associés à la médication pour cette clientèle. Par exemple, l'absorption d'un médicament *per os* se fait moins bien chez la personne âgée, entre autres à cause d'une baisse de la production d'acide chlorhydrique dans l'estomac et d'une réduction locale de la vascularisation. De plus, la diminution de l'apport sanguin aux reins et au foie (liée au vieillissement) ralentit l'élimination des médicaments de l'organisme.

L'infirmière se documente sur l'action des médicaments qu'elle administre et leurs principaux effets secondaires. Elle connaît les interactions médicamenteuses pouvant survenir lorsqu'une personne prend plusieurs médicaments (les antiacides réduisent l'efficacité des antibiotiques; les anticoagulants oraux sont moins efficaces en association avec les barbituriques, etc.) et les effets indésirables de la médication (effets anticholinergiques, intoxication, etc.). L'infirmière administre avec

discernement les médicaments prescrits; elle utilise judicieusement les médicaments PRN et ceux en ordonnance permanente. L'infirmière renseigne la personne et les proches sur les effets recherchés et les effets secondaires des médicaments administrés. Elle discute avec le médecin des effets de la thérapie médicamenteuse sur l'état de santé. En collaboration avec le médecin et le pharmacien, elle évalue la capacité de la personne concernant l'auto-administration des médicaments; elle planifie l'enseignement et met en place des mécanismes pour s'assurer que la médication est prise selon la posologie et l'horaire prescrit.

SOINS ET DÉFICITS COGNITIFS

L'infirmière connaît le vieillissement cognitif normal et les principaux déficits cognitifs surveillant chez la clientèle en soins de longue durée. Elle est en mesure de reconnaître des comportements indiquant une déficience cognitive dans les AVQ tels, entre autres, une demande régulière des mêmes informations (trouble de mémoire à court

terme), une incapacité à réaliser deux activités à la fois, par exemple marcher et répondre à une question (problème d'attention), une difficulté à situer les événements dans le temps (problème d'orientation), une incapacité à exécuter plusieurs consignes à la fois (difficulté de compréhension orale), un usage incorrect ou une transformation des mots dans une phrase (difficulté d'expression orale), une mise inappropriée des vêtements (apraxie à l'habillage), un désordre dans le choix des aliments (apraxie idéatoire) et une difficulté à faire des choix (manque d'initiative).



Les résultats de l'évaluation permettent à l'infirmière d'ajuster sa communication en fonction des capacités et des incapacités de la personne. Par exemple, l'infirmière l'oriente doucement dans les trois sphères (elle-même, le temps, l'espace) en l'intégrant dans la conversation, cela sans la confronter à sa désorientation; elle donne les informations au fur et à mesure qu'elles sont requises et les répète sans faire allusion au déficit, même si elle sait que la personne ne les retiendra pas. Ces modalités d'intervention tiennent compte des incapacités, compensent le déficit et diminuent l'anxiété de la personne.

L'infirmière applique auprès des personnes atteintes de déficience cognitive différentes approches pour compenser les déficits tant sensoriels, d'orientation que de communication. La stimulation sensorielle (les cinq sens) constitue un ensemble d'interventions qui permet de conserver un contact avec l'environnement, de pallier la perte d'acuité sensorielle et de réduire l'isolement social. L'infirmière demeure cependant vigilante afin de ne pas créer de surcharge sensorielle, en dosant l'intensité, le nombre et la durée des stimulations. La musique, la présence d'objets décoratifs, les fleurs, les produits de toilette parfumés, l'arôme des aliments, la danse, la présence d'animaux domestiques, l'observation par les fenêtres constituent des facteurs de stimulation sensorielle faciles d'usage, qui s'intègrent aisément dans les AVQ. L'infirmière planifie des séances d'orientation à la réalité, lesquelles aident les personnes à se situer dans le temps, l'espace et face à elles-mêmes. Ces séances viennent renforcer le sens de l'orientation au quotidien, et il est souhaitable que des aides visuelles s'y ajoutent (décorations reliées à la fête de Noël, par exemple). L'infirmière fait appel à la thérapie par la validation (méthode de communication verbale et non verbale), laquelle vise à la reconnaissance et à la validation des



sentiments exprimés par les personnes et correspondant à la réalité qu'elles perçoivent. Cette approche permet de diminuer l'anxiété, de favoriser les contacts interpersonnels et d'augmenter l'estime de soi. Elle est souvent utile en cas de réaction catastrophique puisqu'elle aide la personne à reprendre contact avec la réalité. Enfin, l'infirmière peut adopter la stratégie de réminiscence au profit de la personne atteinte de déficits cognitifs ; l'évocation de souvenirs positifs et significatifs (fredonner une vieille chanson, par exemple) lui fait reprendre contact avec elle-même et augmente son estime de soi.

L'infirmière intervient également auprès des personnes qui présentent des comportements dysfonctionnels ou indésirables. Elle sait que ces comportements ne sont pas volontaires mais plutôt associés à un problème de santé, telle la démence. Une des façons d'intervenir dans ces situations consiste à utiliser une démarche structurée. Avec la collaboration des membres de l'équipe de soins, l'infirmière observe la personne pendant 48 à 72 heures et note la nature, la fréquence et la durée de ces comportements, les éléments déclencheurs, ainsi que des données sur

l'environnement physique et humain. Elle détermine avec les membres de l'équipe interdisciplinaire les facteurs étiologiques pouvant contribuer à la manifestation de ces comportements (déficits cognitifs, difficultés d'adaptation, mode de fonctionnement antérieur, etc.). Elle analyse les données recueillies et les observations faites, et présente ces résultats à l'équipe: comportements les plus fréquents, éléments déclencheurs, interventions aidantes et non aidantes. Elle propose ensuite à l'équipe de soins des orientations tels la diminution des stimuli de l'environnement, l'émission d'une seule consigne à la fois, un délai minimal requis pour le client avant d'agir et l'absention d'argumentations et de confrontations. L'utilisation des contraintes physiques constitue une intervention de dernier recours.

SOINS EN FIN DE VIE

L'infirmière qui intervient auprès des clients en fin de vie les aide à cheminer dans cette étape. Son approche est empreinte de chaleur humaine, de respect et d'authenticité. Constatant l'état de dépendance de la personne en fin de vie, l'infirmière l'observe et la devance dans l'expression de ses besoins. Elle prévient et soulage les différents symptômes physiques et les effets indésirables de la médication (altération de l'intégrité des muqueuses buccales, sécheresse de la bouche, fatigue, anorexie, douleur, etc.). L'infirmière soutient la personne qui désire parler de sa finalité avec ses proches en favorisant des moments d'intimité et en invitant ces personnes à se rapprocher physiquement (lui tenir la main, par exemple). Elle aide également les proches à cheminer dans cette expérience éprouvante en les encourageant à exprimer ce que la perte et le deuil représentent pour chacun d'eux. L'infirmière respecte les valeurs et les croyances individuelles et fait en sorte que les rituels et autres coutumes qui y sont associés soient présents dans les soins quotidiens. Ces derniers, qu'ils soient de nature physique, psychologique ou spirituelle, visent à favoriser une mort paisible et sereine.

exercice infirmier en soins de longue durée est une priorité à l'agenda de la profession infirmière pour les premières années du nouveau millénaire. Plusieurs facteurs interpellent les infirmières qui exercent dans ce champ de pratique. Mentionnons tout d'abord le nombre croissant de personnes hébergées qui requièrent des soins, leurs besoins et attentes et ceux de leurs proches pour les aider à faire face aux incapacités, à maintenir une situation de santé précaire ou encore à s'adapter à une nouvelle situation de santé. De plus, des individus plus jeunes aux prises avec des problèmes d'autonomie fonctionnelle sont, eux aussi, hébergés et nécessitent des soins sur une longue période, temporaire ou permanente. En d'autres mots, la situation des adultes et des personnes âgées hébergées en établissements de soins de longue durée pose un défi sans pareil sur le plan des soins infirmiers, surtout lorsqu'il y a coexistence de plusieurs problèmes de santé complexes, auxquels sont souvent associés des changements de l'état mental de ces clientèles.

Ces conditions requièrent de la part de l'infirmière une capacité d'adaptation, une mise à jour de ses connaissances et une pratique infirmière spécialisée. En effet, les progrès de la médecine et l'évolution des services sociosanitaires, tout comme ceux de la science en général et de la technologie se traduisent par une diminution du taux de mortalité, mais ces années supplémentaires sont trop souvent vécues avec des incapacités. La recherche contemporaine sur les maladies reliées au grand âge permet aux personnes âgées de vivre plus longtemps, souvent avec comme conséquence une obligation de subir un acharnement diagnostique et thérapeutique.

Les approches ultraspécialisées à l'intention des personnes âgées laissent entrevoir un risque : les soins de longue durée pourraient désormais acquérir une prédominance interventionniste et laisser peu de place aux dimensions plus humaines. Les infirmières spécialisées dans les

soins de longue durée, ou formées à une approche holiste, tout comme celles qui préconisent des approches novatrices devront rester vigilantes pour favoriser des stratégies d'intervention axées sur le respect des droits des personnes et sur la participation de celles-ci et des proches aux activités de soins infirmiers. Les besoins de soins et de services de la clientèle âgée et de leurs proches devront être comblés par des intervenants formés dans ce sens.

Les infirmières, dans le cadre de leur exercice dans ce champ de pratique, auront à participer de plus en plus, avec les membres de l'équipe interdisciplinaire et les gestionnaires des milieux de soins de longue durée, à la promotion de mesures législatives et sociales au profit de cette clientèle. Par exemple, elles pourraient faire des représentations pour promouvoir la modification ou l'adoption de politiques ou de règlements au sein des services de santé. La contribution unique, distincte et complémentaire des infirmières, leur expertise clinique et leur leadership s'avèrent essentiels pour faire valoir les besoins spécifiques des personnes hébergées auprès des établissements de santé, des membres de l'équipe de soins et de l'équipe interdisciplinaire et des proches, afin d'assurer à cette clientèle des soins de qualité, de façon continue.

Le exercice infirmier en soins de longue durée s'appuie sur des connaissances scientifiques et cliniques, théoriques et pratiques. La science infirmière appliquée aux soins prodigues à cette clientèle devra être de plus en plus démontrée dans la pratique quotidienne, afin de favoriser la globalité de la personne dans les approches, de préserver leur autonomie ; cela en plus de toute la vigilance exigée dans les activités de soins. Par ailleurs, l'évolution dans ce domaine d'exercice contribue à l'émergence de nouveaux rôles et au développement de la profession, notamment par la pratique infirmière spécialisée auprès des clientèles hébergées dans les milieux de soins de longue durée.

- ALLER, I.J. et V.E. COELING. « Quality of Life: Its Meaning to the Long-Term Care Residents », *Journal of Gerontological Nursing*, vol. 21, n° 2, 1995, p. 20-25.
- ARCAND, M. et R. HEBERT. *Précis pratique de gériatrie*, Saint-Hyacinthe, Edisem, 1997.
- ASSOCIATION DES CLSC ET DES CHSLD DU QUÉBEC. *Dossier personnes âgées*, octobre 1998, p. 6-25.
- ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Les comportements dysfonctionnels et perturbateurs chez la personne âgée: de la réflexion à l'action. Approche prothétique élargie*, Montréal, AHQ, 1998.
- Continuum de services pour les personnes âgées* (document de référence n° 4), Montréal, AHQ, 1995.
- Indicateurs de qualité en CHSLD : Guide d'autévaluation des établissements et questionnaires de satisfaction des usagers* (document de référence n° 3), Montréal, AHQ, 1996.
- Les services hospitaliers aux personnes âgées* (document de référence n° 1), Montréal, AHQ, 1995.
- Le CHSLD: maître d'œuvre de l'hébergement et partenaire du maintien à domicile*, Montréal, AHQ, novembre 1993.
- L'intervention auprès des personnes âgées présentant des troubles cognitifs en établissements de soins de longue durée*, Montréal, AHQ, septembre 1991.
- BARBEAU, G., L. GUIMOND et L. MALLET. « Physiologie du vieillissement », *Médicaments et personnes âgées*, Saint-Hyacinthe, Edisem, 1991, p. 39-54.
- BLONDEAU, D. « Droit à la mort et droit de mourir: une source de confusion », *Le Médecin du Québec*, septembre 1994, p. 79-85.
- BURNSIDE, L. et M.G. SCHMIDT. *Working with Older Adults, Group Process and Techniques*, Boston, Jones and Barlett Publishers, 1994.
- CARSON, M.M. et M.M. ROSS. « Changing the Model of Practice: Geriatric Long-Term Care in an Acute Care Hospital », *The Canadian Nurse*, février 1993, p. 35-38.
- COFFEY, C.E. et J.L. CUMMINGS. *Textbook of Geriatric Neuropsychiatry*, Washington (DC), The American Psychiatry Press, 1994.
- DALY, J.M. « Life Care Nursing Management in Long-Term Care », *Nursing Roles Evolving or Recycled?*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, Inc., 1997, p. 104-115.
- DELISLE, D. *Les derniers moments de la vie*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1993.
- DUCHARME, F., D. BLANCHARD et L. FRANCEUR. « La validation: communiquer avec la personne âgée souffrant de déficits cognitifs », *L'infirmière du Québec*, vol. 1, n° 3, janvier-février 1994, p. 38-45.
- DUQUETTE, A., S. KÉROUAC, B.K. SANDHU, F. DUCHARME et P. SAULNIER. « Psychosocial Determinants of Burnout Geriatric Nursing », *International Journal of Nursing Studies*, vol. 32, n° 5, 1995, p. 443-456.
- EBERSOLE, P.M. et P. HESS. *Toward Healthy Aging: Human Needs and Nursing Responses* (4^e éd.), St. Louis, Mosby, 1994.
- FÉDÉRATION QUÉBÉCOISE DES CENTRES D'HÉBERGEMENT ET SOINS DE LONGUE DURÉE. *Les CHSLD: une mission, une vision, une passion*, Montréal, Fédération québécoise des centres d'hébergement et soins de longue durée, 1995.
- FOUCAULT, C. *L'art de soigner en soins palliatifs: perspectives infirmières*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 1995.
- GILLIS, C.L. et M.O. MUNDINGER. « How Is the Role of the Advanced Practice Nurse Changing? », *Strategies for the Future of Nursing: Changing Roles, Responsibilities, and Employment Patterns of Registered Nurses*, San Francisco (Californie), Jossey-Bass, 1998, p. 171-191.

Bibliographie (suite)

- HARRINGTON, C. « Nurses in Long-Term Care — Facilities in the United States », *Strategies for the Future of Nursing: Changing Roles, Responsibilities, and Employment Patterns of Registered Nurses*, San Francisco (Californie), Jossey-Bass, 1998, p. 87-112.
- HARRISON, J.K. « Advanced Practice Nurses: Key to Successful Hospital Transformation in a Managed-Care Environment », *Nursing Roles: Evolving or Recycled?*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 1997, p. 128-138.
- JOHNSON, B., S. FRIEND et J. MACDONALD. « Nurses' Changing and Emerging Roles with the Use of Unlicensed Assistive Personnel », *Nursing Roles: Evolving or Recycled?*, Thousand Oaks (Californie), Sage Publications, 1997, p. 78-89.
- KUBLER-ROSS, E. *La mort est une question vitale : l'accompagnement des mourants pour changer la vie*, Paris, Albin Michel, 1996.
- LAUZON, S. et E. ADAM. *La personne âgée et ses besoins : Interventions infirmières*, Montréal, Éditions du Renouveau Pédagogique, 1996.
- LAVOIE, A.M., G. COUTU-WAKULCZYK et J. DOYON. « L'approche consensuelle en milieu gériatrique », *L'infirmière canadienne*, août 1997, p. 42-44.
- MALAQUIN-PAVAN, E. « Bénéfice thérapeutique du toucher-massage dans la prise en charge globale de la personne âgée démente », *Recherche en soins infirmiers*, n°49, juin 1997, p. 11-66.
- ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, Montréal, OIIQ, 1996.
- PHANEUF, M. *Le vieillissement perturbé : Les soins aux personnes qui souffrent de la maladie d'Alzheimer*, Montréal, Chenelière, 1998.
- PHARAND, S. *Développer un milieu de vie : obstacles et orientations*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Québec, 1993.
- VÉZINA, J.P. et P. LANDREUIL. *Psychologie gérontologique*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 1994.
- WATSON, R.A. « Caring for Older People in the Next Millennium », *Journal of Professional Nursing*, vol. 15, n°3, mai-juin 1999, p. 137.

ANNEXES

Indicateurs de la qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée

- L'alliance avec le client et ses proches
- L'évaluation de l'état de santé du client
- L'environnement propice au bien-être du client
- L'adaptation du client et de ses proches
- Le maintien de l'autonomie et l'actualisation des capacités fonctionnelles du client
- La prévention des accidents
- La prévention des lésions de pression
- La prévention des infections
- Les soins lors de situations de santé instables
- Le soulagement et le contrôle de la douleur chronique
- Le respect des droits et des volontés du client
- L'administration des médicaments
- La communication et l'approche avec le client atteint de déficience cognitive
- L'environnement adapté à la manifestation de comportements dysfonctionnels ou indésirables
- L'approche et les soins palliatifs auprès des clients en fin de vie
- La coordination et la continuité des soins
- Les activités récréatives et sociales
- L'intégration des membres de l'équipe de soins à l'exercice infirmier

L'alliance avec le client et ses proches

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client et ses proches se disent considérés comme des partenaires dans les activités de soins :

- ils nomment l'infirmière qui est responsable des soins du client ;
- ils disent se sentir respectés et compris par l'infirmière ;
- ils apprécient l'attitude chaleureuse de l'infirmière ;
- ils décrivent dans leurs mots les activités de soins auxquelles ils sont invités à participer selon leurs capacités ;
- ils se disent soutenus par l'infirmière dans les activités de soins qu'ils acceptent d'assumer.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière établit une alliance avec le client et ses proches :

- elle crée une relation de confiance avec le client et ses proches fondée sur :
 - le respect mutuel ;
 - l'échange d'informations ;
 - le désir de travailler ensemble ;
 - le partage d'un but commun ;
 - le respect des choix du client et de ses proches.
- elle obtient des informations préliminaires sur l'histoire de santé du client en collaboration avec les proches ;
- elle évalue l'état de santé du client à son arrivée et dans les jours qui suivent ;
- elle formule à partir des données recueillies les problèmes de santé du client, les objectifs et les priorités de soins de concert avec lui et ses proches ;
- elle détermine avec le client et ses proches les moyens à utiliser pour atteindre les objectifs fixés ;
- elle définit les attentes du client et celles des proches ;
- elle s'entend avec le client et ses proches sur les responsabilités de chacun ;
- elle vérifie avec le client et les proches leur satisfaction sur ces activités conjointes ;
- elle informe le client et ses proches sur tout ce qui a trait à l'état de santé, et ce dans des mots compréhensibles ;
- elle consigne les informations recueillies, les réactions du client et celles de ses proches dans les documents cliniques appropriés (histoire de santé, plan d'intervention, dossier du client, etc.).

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

- L'organisation favorise l'alliance infirmière-client (endroit discret pour échanger avec le client et ses proches, méthodes de prestation des soins appropriées, etc.).
- L'organisation met à la disposition des infirmières les instruments de travail requis pour l'évaluation de l'état de santé des clients (histoire de santé, outils cliniques, etc.).

L'évaluation de l'état de santé du client

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Les résultats suivants sont observés chez le client et les proches :

- il décrit son état de santé, exprime ses besoins, ses attentes et ses volontés, ses habitudes de vie et ses émotions dans la mesure de ses capacités ;
- les proches collaborent à l'évaluation de l'état de santé du client, ils transmettent de l'information relative à celui-ci, à ses habitudes de vie antérieures, à ses volontés et à ses attentes ;
- le client et les proches connaissent les résultats ou le résumé de l'évaluation de l'état de santé ;
- le client est exempt de complications liées à une absence ou à un délai de l'évaluation de son état de santé.

ÉLÉMENS DE L'EXERCICE

L'infirmière évalue l'état de santé du client :

- elle amorce l'évaluation du client dès son admission et la fait de façon continue ;
- elle procède à cette évaluation en tenant compte des dimensions biophysioliques et psychosociales, ainsi que des particularités ethniques, religieuses et culturelles ;
- elle évalue le degré d'autonomie fonctionnelle dans les activités de la vie quotidienne en utilisant un instrument de mesure reconnu, par exemple le Système de mesure d'autonomie fonctionnelle (SMAF) ;
- elle contribue à évaluer les déficits cognitifs du client en indiquant les comportements révélant des incapacités sur le plan cognitif (ne retrouve pas sa chambre, n'utilise pas les points de repère, présente un problème d'orientation dans l'espace, etc.) ;
- elle utilise différentes méthodes pour évaluer l'état de santé du client (observation directe, auscultation, palpation, percussion, inspection, etc.) ;
- elle mesure les principaux paramètres vitaux (prise de température, pulsation, tension artérielle, vérification de la respiration, des signes neurologiques et des réflexes, masse, taille, etc.) ;
- elle recueille auprès du client ou des proches les données pertinentes relatives à son histoire de vie, ainsi que les événements anciens et significatifs ;
- elle vérifie les attentes et les volontés du client concernant ses soins et traitements ;
- elle vérifie si le client présente des facteurs de risque entraînant des chutes, des infections, des plaies, de la déshydratation, etc. ;
- elle fonde son jugement clinique quant à l'état de santé du client sur l'ensemble des données recueillies ;
- elle vérifie la présence de douleur aiguë ou chronique et, au besoin, recueille les données pertinentes ;
- elle vérifie les besoins d'apprentissage et d'actualisation du client et ceux des proches ;
- elle veille à ce que l'évaluation de l'état de santé soit réalisée sur plusieurs jours et à différents moments de la journée (le client peut présenter divers profils d'autonomie selon l'heure) ;

(l'évaluation de l'état de santé du client (suite))

- elle détermine les paramètres à surveiller et procède à une évaluation plus fréquente de l'état de santé lors d'une détérioration ;
- elle analyse et interprète les données recueillies et formule les problèmes de santé du client ;
- elle valide ces données et problèmes auprès du client et de ses proches ;
- elle consigne dans les documents cliniques les données relatives à l'évaluation de l'état de santé du client

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation favorise l'évaluation de l'état de santé du client :

- le système de prestation des soins prévoit la présence régulière d'infirmières pour procéder aux évaluations et cette présence est adaptée aux besoins de surveillance clinique des clients dont l'état de santé se détériore ;
- des documents scientifiques de référence sont accessibles au sein même de l'unité ;
- des outils cliniques, tels que la collecte de données et les grilles d'observation du comportement sont élaborés et disponibles dans l'unité ;
- des instruments de mesure, tels le SMAF et l'échelle de Braden, sont disponibles dans l'unité ;
- des politiques et procédures concernant l'évaluation et la réévaluation périodique de l'état de santé du client sont mises en application ;
- le soutien technologique nécessaire pour recueillir des données précises et spécifiques est disponible et accessible.

L'environnement propice au bien-être du client

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client se dit réconforté et en sécurité dans le milieu:

- il exprime et démontre une diminution ou une absence d'anxiété ;
- il exprime avoir du contrôle sur sa vie ;
- il participe selon ses capacités à la vie de l'unité ;
- il circule en toute sécurité dans le milieu.

Le client et les proches expriment leur satisfaction quant aux soins reçus ; ils apprécient :

- la chaleur humaine, le respect et la compréhension des infirmières ;
- la qualité des soins reçus et la prise en compte de leurs volontés et de leurs droits ;

Le client et les proches expriment leur satisfaction relativement à l'ouverture sur la communauté ; ils apprécient :

- les moyens mis en place pour faciliter les sorties extérieures, les visites dans le quartier, la participation à des événements ou activités communautaires, etc. ;
- les moyens mis en place pour faciliter l'engagement des ressources de la communauté dans le milieu (bénévoles, garderies, clubs sociaux, associations, etc.) ;
- les moyens mis en place pour conserver un lien avec la réalité sociale existante (besoin d'affiliation, sentiment d'appartenance, identité culturelle, etc.).

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière contribue à créer un environnement propice au bien-être du client :

- elle connaît les critères de l'environnement physique qui contribuent au bien-être du client et veille à ce qu'ils soient présents (proprete du milieu, absence de bruit important, absence de mauvaises odeurs, endroits calmes, espaces personnels et communautaires) ;
- elle voit à ce que le milieu demeure sûr en tout temps pour le client (planchers propres, corridors libres d'obstacles, endroit sûr pour les personnes qui errent, etc.) ;
- elle aide le client et ses proches à cheminer dans les différentes expériences de santé et à trouver du réconfort dans leurs valeurs et croyances ;
- elle valorise les liens avec les proches, les autres résidants et avec la communauté (sorties, visites, participation à des activités dans la communauté, etc.) ;
- elle établit une relation de confiance avec le client et lui témoigne de la compréhension, du respect, de l'écoute et de la chaleur humaine ;
- elle consigne au dossier les réactions du client à l'environnement et les résultats des interventions de soins.

L'environnement propice au bien-être du client (suite)

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation favorise un environnement propice au bien-être du client :

- des consultations auprès des clients hébergés, des proches et des soignants sont mises en place pour recueillir les besoins d'adaptation dans l'environnement (trajet d'errance, signalisation, etc.) ;
- des moyens pour évaluer régulièrement la satisfaction des clients hébergés et des proches relativement aux soins et aux services reçus sont mis en place ;
- l'organisation d'un environnement thérapeutique, sécurisant et adapté aux besoins de la clientèle est assurée ;
- un code d'éthique traitant des valeurs du milieu est élaboré et remis à chaque employé ;
- un code d'éthique traitant des droits et responsabilités des clients (parents et familles) est remis à chaque client.

L'adaptation du client et de ses proches

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client et les proches démontrent des attitudes et comportements d'adaptation :

- le client exprime ses sentiments (peine, colère, anxiété, etc.) face à son nouveau milieu ;
- il nomme les raisons qui justifient la nécessité de changer de milieu et d'être hébergé ;
- il dit avoir du contrôle sur sa vie ;
- les proches font des visites régulières au client et lui témoignent soutien et affection ;
- les proches expriment leur compréhension de l'état de santé du client ;
- les proches ont des attentes réalistes face à l'évolution de l'état de santé de leur parent ;
- les proches participent aux soins du client (ils l'aident à s'alimenter, ils le conduisent à un rendez-vous, l'aident à se dévêtir, l'amènent à la toilette, etc.);
- les proches expriment leur confiance aux membres de l'équipe de soins ;
- le client et les proches respectent le code de vie ou les politiques établies dans le milieu ;

Le client atteint de déficience cognitive présente :

- un comportement calme et détendu ;
- un comportement affectueux envers les membres de l'équipe de soins (toucher affectif, accolade, donne la main en marchant, etc.);
- une diminution des épisodes d'anxiété, des réactions catastrophiques et des comportements agressifs.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière intervient afin d'accroître le répertoire d'habiletés d'adaptation du client et de ses proches :

- elle fait visiter le milieu au client et aux proches, présente les membres du personnel et explique le fonctionnement de l'unité ;
- elle soutient le client et ses proches dans l'expression de leurs sentiments à l'égard des situations de stress vécues ;
- elle s'informe auprès du client ou de ses proches des habitudes de vie antérieures et tente de les reproduire dans le milieu ;
- elle repère les sources de stress du client et des proches et tente de les atténuer ;
- elle propose au client et à ses proches des moyens de se relaxer (musique de détente, massage, technique de respiration, etc.)
- elle aide le client et les proches à explorer diverses solutions pour résoudre les difficultés vécues ;
- elle renseigne le client et les proches sur les ressources disponibles pour répondre à leurs besoins (services sociaux, de pastorale, de psychologie, etc.) ;
- elle encourage le client et ses proches à poser des questions, à demander de l'aide, etc. ;
- elle décode les comportements et le langage non verbal du client atteint de déficience cognitive ;
- elle favorise la création d'un milieu prothétique pour faciliter l'adaptation (diminue les stimuli de l'environnement, place des points de repère, décore la chambre avec des objets significatifs, etc.) ;

L'adaptation du client et de ses proches (suite)

- elle facilite l'intégration du client dans le milieu en lui présentant des personnes qui partagent avec lui des points en commun (même village natal, même ethnie, même religion, même culture, même langue, etc.);
- elle demande au client et aux proches de participer aux prises de décision concernant les soins, les traitements, les activités, etc.;
- elle consigne au dossier les comportements du client, les interventions effectuées et les résultats obtenus.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation soutient les efforts d'adaptation du client et de ses proches :

- un programme d'accueil à la clientèle est élaboré et mis en place ;
- des documents portant sur le fonctionnement du milieu sont remis au client et aux proches ;
- l'organisation des lieux physiques permet au client d'apporter des objets personnels significatifs ;
- des rencontres de groupes d'entraide sont offertes au client et aux proches pour faciliter leur intégration.

Le maintien de l'autonomie et l'actualisation des capacités fonctionnelles du client

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client maintient son autonomie et actualise ses capacités fonctionnelles :

- il participe aux activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que s'alimenter, se laver, etc., selon ses capacités fonctionnelles ;
- il exprime sa satisfaction d'effectuer lui-même certaines tâches à l'intérieur des AVQ (se lave seul le visage, s'alimente seul si on lui rappelle les étapes, etc.) ;
- il participe à des activités récréatives adaptées à ses capacités fonctionnelles ;
- il exprime avoir le sentiment d'utiliser ses ressources personnelles et de se réaliser ;
- il dit se sentir autonome en fonction de ses capacités.

Quant au client atteint de déficience cognitive :

- il effectue les étapes qu'il peut encore réaliser à l'intérieur d'une AVQ avec l'aide d'un membre de l'équipe de soins qui l'assiste, par exemple en nommant au fur et à mesure les étapes qu'il doit accomplir ;
- il collabore à ses soins et présente une augmentation des périodes de calme, par exemple une agitation motrice moins prononcée ;
- il démontre peu de comportements de frustration devant la tâche à exécuter.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière contribue à évaluer le degré d'autonomie du client :

- elle mesure régulièrement l'autonomie fonctionnelle du client en utilisant un instrument de mesure, par exemple le SMAF ;
- elle remarque les capacités et les incapacités du client dans les AVQ (capable d'enfiler son gilet seul, mais incapable de mettre son pantalon seul, etc.) ;
- elle évalue l'autonomie du client sur plusieurs jours et à différents moments de la journée (le client présente souvent plusieurs profils d'autonomie liés à son état de santé).

L'infirmière maximise les capacités du client et compense ses incapacités :

- elle formule avec le client des objectifs d'apprentissage réalistes et à court terme ;
- elle planifie l'ensemble des soins de manière que chaque client bénéficie du temps et de l'enseignement nécessaires ;
- elle enseigne au client l'utilisation de stratégies pour compenser ses incapacités (tourner la tête pour augmenter le champ visuel, etc.) ;
- elle enseigne l'utilisation des aides techniques pour augmenter l'autonomie (l'utilisation de la marchette, des ustensiles adaptés, etc.) ;
- elle encourage le client à commencer ses AVQ, par exemple les soins d'hygiène, et offre l'aide nécessaire pour les tâches plus difficiles ;

Le maintien de l'autonomie et l'actualisation des capacités fonctionnelles du client (suite)

- elle respecte le rythme d'apprentissage et la tolérance du client ;
- elle explique aux membres de l'équipe de soins l'importance de maintenir l'autonomie du client ainsi que les interventions y contribuant ;
- elle aide le client à accroître son répertoire d'habiletés d'autosoins en exploitant ses capacités fonctionnelles ;
- elle explique aux proches les objectifs d'apprentissage et les interventions d'enseignement ;
- elle applique des programmes de soins, individuels ou collectifs, tels l'entraînement à la marche, la rééducation vésicale, la stimulation cognitive ou sensorielle, l'orientation à la réalité, etc. ;
- elle s'adjoint, au besoin, d'autres professionnels de l'équipe interdisciplinaire, afin de mettre à profit la complémentarité des expertises ;
- elle utilise des stratégies éducatives variées telles la démonstration, la répétition des tâches à haute voix, la résolution de problèmes, la supervision, etc. ;
- elle repère et contourne les obstacles pouvant compromettre l'apprentissage du client : douleur, fatigue, problèmes auditifs ou visuels, déficits cognitifs, anxiété, etc. ;
- elle met en place des interventions pour pallier les déficits cognitifs (une consigne à la fois, diminution des stimuli de l'environnement, vêtements placés dans l'ordre d'habillage, etc.) ;
- elle note au dossier les réactions du client, ses progrès ou ses incapacités, ses pertes d'autonomie.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation favorise le maintien de l'autonomie et l'actualisation des capacités fonctionnelles des clients :

- la philosophie des soins valorise le maintien de l'autonomie de la personne ainsi que l'actualisation du potentiel du client ;
- des programmes de soins tels que l'activité physique, l'orientation à la réalité et l'auto-administration des médicaments sont élaborés et accessibles ;
- un programme d'enseignement des AVQ au client en perte d'autonomie est élaboré et accessible dans l'unité ;
- des outils cliniques sont mis à la disposition des membres de l'équipe de soins ;
- le matériel requis pour maximiser l'autonomie du client (aides techniques : couteau adapté, paille, banc de bain, etc.) est facilement accessible et en quantité suffisante dans l'unité ;
- l'organisation physique des lieux permet l'actualisation des capacités du client en perte d'autonomie (lavabos et miroirs ajustés à la hauteur d'une personne en fauteuil roulant, salles et chambres suffisamment grandes pour l'utilisation du lève-personne, du fauteuil à positions multiples, etc.) ;
- la collaboration entre les membres de l'équipe interdisciplinaire est favorisée lorsque requise.

La prévention des accidents

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Les résultats suivants sont observés chez les clients et les proches :

- le client est exempt d'accidents, notamment :
 - les chutes ;
 - les blessures de tout ordre faisant suite à des manipulations ou à l'utilisation de l'équipement ou de certains appareils (ridelles,lève-personne, etc.) ;
 - les brûlures (eau chaude, cigarette, etc.) dont le risque est accru en raison d'une perte de sensibilité tactile ;
 - les conséquences d'un comportement violent ou agressif (serrer, égratigner, frapper, pousser, etc.) manifesté involontairement par d'autres clients présentant des déficits cognitifs ;
- le client dit être en sécurité dans le milieu, à l'unité de soins ;
- le client souffrant d'une déficience cognitive erre en toute sécurité dans un environnement adapté pour prévenir les risques de :
 - se retrouver seul hors de l'unité et de se perdre (errance) ;
 - se blesser avec des objets ou de tomber ;
 - se brûler avec de l'eau chaude, par exemple à la suite d'une baisse de la sensibilité tactile ou de l'augmentation du délai de réaction ;
 - subir des comportements agressifs d'autres clients présentant des déficits cognitifs ;
- les proches affirment comprendre l'utilisation des contraintes physiques pour protéger le client ;
- les proches savent que les contraintes physiques ne sont utilisées qu'en dernier recours.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière applique des mesures de prévention des chutes :

- elle dénombre les facteurs de risque de chute ;
- elle repère les clients vulnérables à l'aide d'un instrument de dépistage ;
- elle évalue le niveau de risque de chute des clients ;
- elle cerne les facteurs de risque de chute liés à l'environnement (corridors encombrés, planchers mouillés, éclairage éblouissant, etc.) ;
- elle note les facteurs de risque de chute liés à l'état de santé du client (perte d'équilibre, faiblesse musculaire, altération des sens, perte d'autonomie, effets secondaires de la médication, etc.) ;
- elle détermine les interventions préventives à mettre en place ;
- elle renseigne le personnel et les proches concernant les mesures préventives afin de diminuer les risques de chute ;
- elle s'assure du respect du programme de prévention des chutes, s'il y a lieu ;
- elle consigne au dossier les facteurs de risques et les moyens mis en place pour prévenir les chutes.

La prévention des accidents (suite)

L'infirmière applique des mesures de prévention des accidents :

- elle veille à ce que les mesures de sécurité soient respectées (freins au fauteuils roulants, cloche d'appel en place, réponse rapide à la cloche d'appel, etc.);
- elle applique les principes de déplacements sécuritaires des clients;
- elle applique avec discernement les contraintes physiques prescrites, assure une surveillance étroite et observe les réactions du client;
- elle applique rigoureusement la politique concernant la consommation de tabac par les clients (tablier spécial, surveillance étroite, etc.);
- elle identifie les clients vulnérables (déficience cognitive, altération des sens, etc.) aux accidents de toute nature et elle veille à ce qu'ils reçoivent une surveillance et une aide accrues;
- s'il y a lieu, elle consigne au dossier les circonstances liées à un accident, les résultats de son évaluation du client, les réactions du client, les interventions effectuées et les résultats obtenus.

L'infirmière prévient les situations d'agressivité entre les clients atteints de déficits cognitifs :

- elle dépiste les clients à risque concernant l'agressivité physique envers autrui;
- elle reconnaît les signes avant-coureurs d'une escalade d'agressivité;
- elle applique les principes d'intervention lorsqu'un client présente une escalade d'agressivité ou une réaction catastrophique;
- elle intervient de façon à protéger l'intégrité de chaque client;
- elle consigne au dossier ses observations sur le comportement du client, les interventions mises en place, les résultats obtenus.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation contribue à la prévention des accidents :

- un programme de prévention des chutes est élaboré et mis à la disposition des infirmières;
- les politiques et procédures concernant la prévention des accidents, y compris celles qui ont trait aux contraintes physiques, sont accessibles;
- l'aménagement physique des lieux permet la surveillance de tous les clients;
- l'environnement physique est adapté au client ayant une perte d'autonomie et une déficience cognitive (mains courantes dans les corridors, éclairage suffisant, accessibilité aux fauteuils roulants, lavabos et miroirs à la bonne hauteur, etc.);
- des sessions de formation concernant les approches et les interventions auprès des clients qui présentent de l'agressivité sont offertes;
- des sessions d'information et de la formation sur les déplacements sécuritaires sont accessibles;
- le matériel et l'équipement requis pour assurer la sécurité des clients se trouve en quantité suffisante et en bonne condition dans l'unité de soins (tabliers de fumeurs, lève-personnes, appareils à succion, etc.);
- les rapports d'accident sont l'objet d'une analyse individuelle et globale, et les correctifs nécessaires sont apportés.

La prévention des lésions de pression

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Les résultats suivants sont observés chez le client :

- le client est exempt de lésions de pression ;
- le client se mobilise régulièrement (changement de position, etc.) ;
- le client s'hydrate et s'alimente bien ;
- le client connaît les facteurs de risques de lésion (incontinence, malpropreté, etc.) ;
- le client collabore aux mesures préventives.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière applique des mesures de prévention des lésions de pression :

- elle évalue les risques de lésion de pression à l'aide d'un outil de dépistage, par exemple l'échelle de Braden ;
- elle évalue les facteurs de risques intrinsèques (carence nutritionnelle, incontinence urinaire ou fécale, immobilité, déséquilibre métabolique, etc.) et extrinsèques (pression, cisaillement, friction, macération, etc.) ;
- elle enseigne des moyens de prévention des lésions de pression au client, à ses proches et aux membres de l'équipe de soins ;
- elle vérifie régulièrement l'état de la peau du client (propreté, couleur, odeur, etc.) ainsi que les points d'appui et les zones du corps plus vulnérables (coudes, omoplates, sacrum, crête iliaque, etc.) ;
- elle identifie les clients vulnérables et applique le programme de prévention des lésions de pression ;
- elle met en œuvre, en collaboration avec les membres de l'équipe de soins, les interventions préventives afin de :
 - éliminer le cisaillement (par exemple, éviter de laisser la tête du lit relevée de plus de 30° pendant de longues périodes) ;
 - diminuer la pression (par exemple, changer la personne de position régulièrement, aux deux heures) ;
 - prévenir la friction (par exemple, mettre des talonnières et protecteurs des coudes en peau de mouton) ;
 - réduire l'humidité (par exemple, garder la lingerie propre et sèche).

L'infirmière traite les problèmes de lésion de pression :

- elle évalue l'état de la plaie (couleur, odeur, écoulement, sensibilité, profondeur, largeur, état des tissus avoisinants, etc.) ;
- elle détermine le stade de la plaie selon des critères reconnus ;
- elle nettoie la plaie, applique le traitement prescrit, enlève les tissus nécrosés, si nécessaire, et protège la plaie ;
- elle applique les mesures d'asepsie lors des changements de pansements ;
- elle planifie un horaire d'hydratation, de changement de position et de mobilisation passive ;
- elle consigne au dossier l'évolution des lésions, les soins prodigues, les mesures correctives mises en place et les résultats obtenus.

La prévention des lésions de pression (suite)

L'infirmière enseigne au client, aux proches et aux membres de l'équipe de soins la prévention des lésions de pression :

- elle explique les facteurs de risques entraînant une lésion de pression ;
- elle enseigne les mesures préventives des lésions de pression (hydratation suffisante, alimentation saine, exercices passifs, mobilisations régulières, utilisation de coussins gélatineux, de talonnières en peau de mouton, etc.).

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation favorise la prévention et le traitement des lésions de pression :

- un programme de prévention des lésions de pression est élaboré et mis à la disposition des infirmières ;
- les politiques et procédures concernant la prévention des lésions de pression sont accessibles dans l'unité ;
- des sessions de formation concernant la prévention et le traitement des lésions de pression sont offertes aux membres de l'équipe de soins ;
- un protocole de soins indiquant les produits appropriés pour nettoyer et panser une lésion de pression (selon les stades) est accessible aux infirmières ;
- le matériel requis pour prévenir et traiter les lésions de pression (talonnières et protecteurs de coudes en peau de mouton, coussins gélatineux, pansements hydrocolloïdes, etc.) est disponible et en quantité suffisante dans l'unité ;
- des instruments d'évaluation afin de mesurer les risques et les différents stades de lésions de pression sont mis à la disposition des infirmières.

La prévention des infections

RÉSULTATS ESCOMPTE

Les résultats suivants sont observés chez le client et les proches :

- le client est exempt d'infections nosocomiales acquises en cours d'hébergement et évitables (absence de signes d'infection localisée, absence de modification dans l'aspect des liquides biologiques, absence de signes indiquant une infection systémique, etc.);
- le client vaque à ses occupations quotidiennes malgré les périodes et événements susceptibles d'augmenter les risques d'infection (saison hivernale, grippe, risque d'infection respiratoire, etc.);
- le client et les proches connaissent les facteurs susceptibles de déclencher une infection;
- les proches connaissent et appliquent les mesures préventives (lavage des mains, propreté des objets apportés, nettoyage des vêtements, etc.) afin de diminuer les risques d'infection chez le client vulnérable.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière applique les mesures de prévention des infections :

- elle vérifie la présence de facteurs qui prédisposent les clients âgés aux infections;
- elle applique les mesures préventives de base telles que le lavage des mains, les soins d'hygiène réguliers, l'élimination du matériel souillé;
- elle respecte les principes d'asepsie lors des traitements;
- elle veille à la désinfection régulière du matériel commun tel que fauteuils roulants, baignoires, lèves-personnes, etc.;
- elle s'assure du respect des politiques et des procédures en ce qui a trait:
 - à la gestion des déchets biomédicaux;
 - à l'entretien et au nettoyage de l'équipement et du matériel;
 - au type d'isolement approprié selon la nature de l'agent infectieux (par exemple l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV) et le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM));
 - au changement de cathétères, de tubulures, de solutés et de pansements.
- elle renseigne le client sur les facteurs susceptibles de déclencher une infection ainsi que sur les actions préventives à mettre en place;
- elle identifie les clients vulnérables aux infections (trouble cognitif, déshydratation, malnutrition, etc.) et met en place des actions préventives (programme d'hydratation, soins d'hygiène, etc.);
- elle prévient les infections respiratoires chez les clients vulnérables par:
 - un dépistage précoce, en reconnaissant les signes et symptômes;
 - une surveillance étroite des clients dysphagiques présentant un problème d'aspiration;
 - un vaccin anti-grippe annuel;
 - des mesures préventives afin de contrer la contamination;
- elle enseigne au personnel les mesures préventives de base (lavage des mains entre les soins à chaque client, manipulation de la lingerie et du matériel souillé, etc.);

La prévention des infections (suite)

- elle sensibilise les membres de l'équipe de soins à la vigilance dans l'application des mesures préventives auprès des clients atteints de déficiences cognitives, qui ne retiennent pas l'information ;
- elle consigne au dossier des clients vulnérables les mesures préventives mises en place.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation assure la prévention des infections :

- le personnel a accès à des politiques et à des directives relatives à la prévention des infections dans l'unité de soins ;
- le matériel requis pour les soins est facilement accessible et en quantité suffisante dans les unités ;
- des programmes de formation concernant la prévention des infections à l'intention des clients et des membres de l'équipe de soins sont offerts ;
- l'organisation physique des lieux permet le respect des mesures de prévention des infections ; il y a :
 - des espaces distincts pour les aires propres et souillées ;
 - des espaces distincts pour le matériel propre et stérile ;
 - des espaces permettant l'application efficace des techniques d'isolement ;
 - des lavabos, du savon et des essuie-mains en quantité suffisante ;
- le matériel d'information (dépliant, brochure, vidéo, etc.) est accessible aux membres de l'équipe de soins, aux clients et aux visiteurs ;
- les déclarations d'infections sont analysées individuellement et collectivement afin de mettre en place des mesures préventives ou correctives, s'il y a lieu.

Les soins lors de situations de santé instables

RÉSULTATS ESCOMPTE

Les résultats suivants sont observés chez le client :

- il exprime sa volonté quant aux interventions éventuelles ;
- il se dit en confiance quant au processus thérapeutique établi ;
- il décrit le but et les étapes des examens et des traitements à subir ;
- il nomme les raisons d'une consultation à un autre professionnel ou à une ressource externe appropriée ;
- il est exempt de préjudice lié à un délai indu dans l'intervention ;
- il est exempt de complications qui auraient pu être évitées grâce aux interventions de l'infirmière, qui sont conformes à ses volontés ;
- il démontre, s'il est atteint d'une déficience cognitive, sa confiance par son comportement (demeure calme, utilise le toucher affectif, collabore aux soins et aux traitements, etc.)
- les proches expriment que le client a été respecté dans ses volontés et ses droits quant aux soins reçus ;
- les proches expriment leur satisfaction quant aux soins prodigués au client.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière prodigue les soins requis au client lors de situations de santé instables :

- elle cerne les principaux indices de détérioration de l'état de santé du client (dyspnée, augmentation considérable de la tension artérielle, etc.) ;
- elle vérifie les signes et symptômes cliniques du client en référence aux principaux problèmes de santé pouvant l'affecter (hypoglycémie, delirium, pneumonie, ischémie cérébrale transitoire, etc.) ;
- elle mesure et interprète les paramètres appropriés (signes vitaux, signes neurologiques, température corporelle, glycémie capillaire, etc.) ;
- elle établit les priorités d'action en respectant la volonté du client ;
- elle intervient dans le délai requis par l'état de santé du client ;
- elle prodigue les premiers soins ou les soins d'urgence, y compris la réanimation cardiorespiratoire, s'il y a lieu ;
- elle procède aux prélèvements et aux examens selon les protocoles et procédures du milieu ;
- elle fait des liens entre l'état de santé du client et les résultats des divers tests, examens et mesures effectués ;
- elle administre les médicaments d'ordonnance (PRN ou ordonnance permanente) selon les résultats de l'évaluation de l'état de santé du client ;
- elle poursuit la surveillance clinique en fonction de l'état du client ;
- elle communique au médecin toutes les informations pertinentes sur l'état de santé du client : les résultats des divers tests, examens et mesures ainsi que les interventions effectuées ;
- elle justifie le besoin de se référer à une ressource externe appropriée et planifie le transfert ;
- elle transmet les informations qui assurent la continuité des soins et le respect des volontés du client ;
- elle informe rapidement les proches d'un changement dans l'état de santé du client ou d'une situation problématique survenue (chute, douleur aiguë, etc.) ;

Les soins lors de situations de santé instables (suite)

- elle informe le client et ses proches de la situation, du processus thérapeutique en cours, des complications possibles, des raisons de consultation ou de référence à une ressource externe ;
- elle rassure le client et ses proches tout au long de l'épisode de santé instable ;
- elle note au dossier l'état de santé du client, les résultats des paramètres surveillés, les interventions effectuées, les traitements médicaux et les résultats obtenus.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation facilite la prestation des soins lors de situations de santé instables :

- le système de prestation des soins assure la présence d'infirmières pour dépister les situations de santé instables des clients et y intervenir ;
- les protocoles, les ordonnances permanentes, les politiques et les procédés de soins sont à jour et accessibles dans l'unité de soins ;
- le matériel requis pour intervenir est facilement accessible, en bon état et en quantité suffisante ;
- des activités de mise à jour concernant les soins et les interventions en situation d'urgence sont offertes ;
- les politiques de transfert à une ressource externe, incluant la transmission d'informations pertinentes, sont en place.

Le soulagement et le contrôle de la douleur chronique

RÉSULTATS ESCOMPTEΣ

Le client lucide est exempt de douleur contrôlable :

- il exprime une diminution ou une absence de douleur ;
- il réalise ses activités de la vie quotidienne ;
- il participe à des activités récréatives lorsque ses douleurs sont diminuées, absentes ou maintenues à un niveau tolérable ;
- il connaît les moyens pour soulager ou contrôler sa douleur chronique ;
- il connaît des méthodes reconnues pour diminuer ou contrôler sa douleur chronique (massage, musique de détente, visualisation, application de chaleur ou de froid, distraction, etc.) ;
- il organise ses activités de la journée en fonction des périodes sans douleur ou de douleur tolérable ;
- il affirme connaître les différentes intensités de sa douleur, se sentir soutenu par les membres de l'équipe de soins et demeurer maître de la situation.

Le client atteint de déficience cognitive est exempt de douleur contrôlable :

- il présente une augmentation des périodes sans agitation physique, plainte ou gémissement ;
- il présente un facies détendu et un comportement calme ;
- les proches observent une augmentation des périodes de calme (sans agitation physique, sans gémissement, etc.) chez le client.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière intervient pour soulager la douleur chronique du client :

- elle évalue, avec le client lucide, l'intensité de sa douleur en utilisant une échelle de mesure de la douleur ;
- elle évalue la présence de douleur chez le client dément, en observant les changements dans le comportement et en décodant les gémissements (fatigue, inconfort au lit ou au fauteuil, etc.) ;
- elle démontre par son attitude et ses comportements de la compréhension et de l'empathie lorsque le client est souffrant ;
- elle définit avec le client la nature de sa douleur (heure, fréquence, intensité et qualité de la douleur, répercussions sur les activités quotidiennes, etc.) ;
- elle détermine les facteurs ou les situations qui agissent sur la douleur du client (anxiété, fatigue, mauvais positionnement, surcharge sensorielle, etc.) ;
- elle détecte les répercussions de la douleur sur le sommeil, l'appétit, l'humeur et les activités ;
- elle propose et enseigne au client des outils complémentaires de soins pour diminuer la douleur (technique de relaxation, visualisation, massage, technique de respiration, etc.) ;
- elle procure au client un environnement favorisant le calme (diminution des stimuli, des visites fréquentes dans la chambre, de l'éclairage naturel, etc.) ;

Le soulagement et le contrôle de la douleur chronique (suite)

- elle planifie les soins et les activités du client de façon à maximiser son bien-être ;
- elle prévient les manifestations d'inconfort (rougeur, œdème, irritation, etc.) liées à l'immobilisation prolongée ;
- elle enseigne au client l'utilisation d'une échelle d'intensité de la douleur, divers moyens reconnus de diminuer celle-ci et la prise de médicaments afin de lui redonner la maîtrise de la situation ;
- elle administre les médicaments prescrits (analgésiques, narcotiques, anti-inflammatoires, etc.) et en vérifie l'efficacité ;
- elle prévient les effets indésirables des médicaments (sécheresse de la muqueuse buccale, constipation, nausée, anorexie, somnolence, etc.) ;
- elle encourage le client à se distraire en participant à des activités familiales, sociales et récréatives ;
- elle évalue régulièrement le plan d'intervention relativement au contrôle de la douleur et modifie les interventions, au besoin ;
- elle consigne au dossier la description de la douleur, les facteurs qui y sont reliés, les interventions et la médication administrée, les réactions du client ainsi que les résultats obtenus.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation favorise le soulagement de la douleur chronique :

- des activités de formation continue sur le soulagement et le contrôle de la douleur chronique sont offertes aux infirmières ;
- des outils cliniques (échelle d'intensité de la douleur, grille d'observation du contrôle de la douleur, etc.) sont mis à la disposition des infirmières ;
- des liens avec des spécialistes du traitement de la douleur sont entretenus ;
- des endroits calmes, propices au repos, peu importe l'heure de la journée, sont prévus dans les aménagements physiques ;
- certains moyens reconnus pour diminuer la douleur chronique sont mis à la disposition des infirmières ;
- le matériel nécessaire pour soulager et contrôler la douleur chronique se retrouve en quantité suffisante dans les unités de soins.

Le respect des droits et des volontés du client

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client (ou son mandataire) fait valoir ses droits et ses volontés :

- il collabore à la planification de ses soins dans la mesure de ses capacités ;
- il participe aux prises de décisions concernant ses soins et ses traitements ;
- il exprime ses préférences une fois qu'il a reçu de l'information concernant les soins, les traitements, la réanimation cardiorespiratoire et le code d'intensité thérapeutique ;
- il dit se sentir respecté dans ses choix, ses croyances et ses valeurs quant aux soins et aux traitements qu'il reçoit ;
- il peut contacter facilement le porte-parole des malades, ou le responsable de l'examen des plaintes pour lui soumettre sa situation ;
- il connaît ses droits ainsi que les personnes-ressources du milieu pouvant l'aider à les exercer ;
- il dit se sentir respecté et considéré dans toutes les dimensions de son être ;
- le mandataire dit se sentir soutenu pour revoir les décisions du mandat d'inaptitude lorsque cela est requis pour le bien-être du client.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière intervient de façon à assurer le respect des droits et des volontés du client :

- elle respecte l'individualité, les choix, les croyances, les valeurs et la culture du client, même si ceux-ci ne correspondent pas aux siens ;
- elle donne au client et aux proches toute l'information nécessaire afin qu'ils puissent faire des choix libres et éclairés en ce qui concerne les soins et les traitements ;
- elle déclare promptement aux proches toute situation où le client est victime de violence verbale, physique ou sexuelle ;
- elle signale aux personnes concernées les abus, les négligences et les pratiques professionnelles non sécuritaires qui se produisent ;
- elle protège le caractère confidentiel des données relatives à l'état de santé du client ;
- elle préserve l'intimité du client lors des soins, des examens et des traitements ;
- elle rappelle aux membres de l'équipe de soins l'importance des gestes quotidiens qui témoignent du respect pour le client (tirer les rideaux lors des soins d'hygiène, laisser le client s'exprimer dans les discussions, se présenter en entrant dans une chambre, etc.) ;
- elle favorise le droit du client de mourir dans la dignité, dans le respect de ses croyances et de ses valeurs, et entouré de ses proches ;
- elle reconnaît les situations complexes de soins qui nécessitent une réflexion et une démarche éthique (refus de s'alimenter ou de s'hydrater, tentative de suicide, liberté de mouvement par opposition au risque de blessure, etc.) ;
- elle amorce les étapes d'une démarche éthique auprès de personnes-ressources du milieu pouvant aider les membres de l'équipe de soins dans la résolution de problèmes éthiques ;
- elle offre le soutien aux mandataires des clients pour revoir les décisions du mandat d'inaptitude lorsque celles-ci vont à l'encontre du bien-être du client.

Le respect des droits et des volontés du client (suite)

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation favorise le respect des droits du client :

- des mécanismes sont en place pour traiter les plaintes déposées par les clients ou les mandataires, en vue de trouver des solutions satisfaisantes ;
- un soutien administratif est offert aux clients pour la mise en place d'un comité des bénéficiaires ;
- un code d'éthique est remis à l'ensemble des employés afin de faire connaître les valeurs du milieu ;
- un code d'éthique est remis au client et aux proches relativement à leurs droits et responsabilités ;
- des mécanismes (par exemple, un comité d'éthique) sont disponibles afin d'aider les infirmières et les membres de l'équipe de soins à participer à la résolution des problèmes d'ordre éthique ;
- des sessions d'information sont offertes afin de sensibiliser le personnel au respect des droits de la personne ;
- des mécanismes sont mis en place afin que tous aient accès aux politiques et aux directives concernant, notamment, la transmission d'informations à des tiers, la conduite à adopter dans les cas de dépistage d'abus et d'agressions, la gestion des plaintes, etc.

L'administration des médicaments

RESULTATS ESCOMPTÉS

Les résultats suivants sont observés chez le client et les proches :

- le client et les proches connaissent les médicaments qui sont administrés (effet attendu, effets secondaires, etc.);
- le client est exempt de préjudice causé par l'administration des médicaments, telle une erreur de médicament ou de dosage, etc.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière administre les médicaments prescrits au client selon l'ordonnance médicale ou le protocole :

- elle se documente sur l'action des médicaments qu'elle administre ainsi que sur leurs principaux effets secondaires;
- elle respecte les principes de préparation et d'administration des médicaments;
- elle respecte les conditions d'administration et tient compte de la compatibilité ou des interactions des médicaments qu'elle administre;
- elle applique les protocoles et les ordonnances permanentes, s'il y a lieu;
- elle évalue l'état de santé du client avant d'appliquer une ordonnance médicale;
- elle informe le médecin des changements survenus dans l'état de santé du client, et qui peuvent justifier une modification de l'ordonnance;
- elle clarifie auprès du médecin toute situation de doute quant à une ordonnance;
- elle renseigne le client et les proches sur les médicaments administrés;
- elle surveille l'apparition d'effets indésirables (rétention urinaire, hypotension orthostatique, somnolence, nausée, détresse respiratoire, etc.);
- elle avise le médecin et met en place des interventions qui diminuent les effets indésirables;
- elle vérifie l'efficacité de la médication administrée;
- elle reconnaît chez le client les signes et symptômes reflétant des effets secondaires de la médication;
- elle enseigne au client qui en a la capacité et la motivation à prendre adéquatement sa médication selon le programme d'auto-administration des médicaments;
- elle inscrit au dossier tous les renseignements relatifs à l'administration des médicaments, y compris les réactions du client et les résultats obtenus.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation favorise l'administration sécuritaire des médicaments :

- les protocoles, les ordonnances permanentes, les politiques et les méthodes de soins relatives à l'administration des médicaments sont à jour et accessibles ;
- les documents traitant des éléments de pharmacovigilance sont accessibles dans l'unité ;
- les documents scientifiques de référence en pharmacologie sont accessibles dans l'unité ;
- un programme d'auto-administration des médicaments est élaboré et mis en place pour la clientèle qui désire prendre seule ses médicaments ;
- les médicaments et le matériel d'administration sont conservés dans un lieu ferme à clef et accessible seulement aux personnes autorisées à dispenser les médicaments ;
- les rapports d'accident impliquant l'administration des médicaments sont analysés individuellement et collectivement afin de mettre en place les correctifs appropriés.

La communication et l'approche avec le client atteint de déficience cognitive

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client atteint de déficience cognitive communique avec son entourage et ses proches :

- il présente des réactions de bien-être lorsqu'il est avec d'autres personnes (facies détendu, comportement calme, contact visuel, expression verbale calme, etc.);
- il crie moins lorsque ses besoins physiologiques sont comblés ;
- il présente une diminution dans la fréquence et l'intensité des comportements dysfonctionnels ou des réactions catastrophiques ;
- il utilise des moyens compensatoires pour communiquer avec autrui (gestes, mimiques, etc.);
- il démontre aux membres de l'équipe de soins des comportements affectueux (toucher affectif, accolade, etc.) lorsqu'ils communiquent avec lui.

Les proches utilisent des moyens pour garder le contact avec le client atteint de déficience cognitive :

- ils visitent régulièrement le client ;
- ils adaptent la communication verbale et non verbale selon les capacités et incapacités du client ;
- ils expriment aux membres de l'équipe de soins leurs sentiments face à la manifestation des comportements dysfonctionnels ;
- ils participent activement au plan d'intervention.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière contribue à l'évaluation des fonctions cognitives :

- elle reconnaît régulièrement dans l'exécution des AVQ les comportements pouvant indiquer des habiletés cognitives (le client retrouve sa chambre en utilisant les points de repère, comprend deux consignes consécutives, etc.) ainsi que les déficits cognitifs (le client est incapable de retenir une information donnée cinq minutes auparavant, ne retrouve pas ses objets personnels, etc.);
- elle surveille la manifestation de comportements dysfonctionnels, d'escalade d'agressivité, de réactions catastrophiques, etc. ;
- elle recense avec les proches les faits importants de la vie du client, ses traits, ses valeurs, etc. ;
- elle évalue régulièrement le degré d'autonomie fonctionnelle du client, avec l'aide d'un instrument de mesure tel le SMAF, etc. ;
- elle s'assure que l'évaluation des fonctions cognitives tient compte des différences de comportements du client au cours de la journée (plus performant le matin, plus fatigué et moins performant le soir, etc.);
- elle analyse les comportements observés et les autres informations recueillies auprès des proches et des membres de l'équipe de soins, et en fait part à l'équipe interdisciplinaire ;
- elle collabore avec l'équipe interdisciplinaire pour mesurer le degré des atteintes cognitives, en utilisant un instrument de mesure tel l'échelle de Folstein, etc.

L'infirmière adapte la communication et l'approche en fonction des capacités et des incapacités cognitives du client :

- elle utilise les principes de communication verbale et non verbale (contact visuel, toucher, une seule consigne à la fois, respect du rythme du client, geste associé au mot, etc.);
- elle décode les messages verbaux et non verbaux et répond aux besoins physiologiques ;

La communication et l'approche avec le client atteint de déficience cognitive (suite)

- elle oriente le client dans les trois sphères en l'intégrant dans les conversations et dans les différentes activités quotidiennes ;
- elle contribue à stimuler les sens du client tout en évitant les surcharges sensorielles ;
- elle valide les demandes, les propos et les gestes répétés du client en explorant leur contenu éмоif ou les besoins sous-jacents ;
- elle favorise les moments de réminiscence avec le client en utilisant des photos ou en évoquant les souvenirs anciens et significatifs ;
- elle utilise avec tact la stratégie de diversion lorsque le client présente des idées trop persistantes et anxiogènes ;
- elle valorise les capacités du client dans les AVQ malgré la présence de déficits cognitifs ;
- elle établit avec le client une routine de soins simple et adaptée à ses besoins, afin de le sécuriser et de créer des gestes automatiques ;
- elle intervient lors des situations de crise ou de réactions catastrophiques vécues par le client, en détectant les signes avant-coureurs, les éléments déclencheurs, les interventions aidantes, etc. ;
- elle démontre à la personne par son attitude et ses gestes, considération, empathie et respect.

L'infirmière offre du soutien aux proches et aux membres de l'équipe de soins :

- elle permet l'expression des sentiments ;
- elle donne de l'enseignement sur les différentes démences, leurs caractéristiques, leur évolution, les réactions du client et les approches privilégiées ;
- elle leur apporte, au moment approprié, une rétroaction positive en enumérant les progrès du client ;
- elle enseigne dans l'action l'utilisation des principes de communication ainsi que l'application des approches spécifiques (réminiscence, validation, orientation à la réalité, stimulation sensorielle, etc.) ;
- elle enseigne à observer et à décoder les messages verbaux et non verbaux ;
- elle consigne au dossier l'évaluation qu'elle fait des fonctions cognitives, les modalités de communication, les réactions du client, les interventions effectuées et les résultats obtenus.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation soutient des approches spécifiques auprès de la clientèle atteinte de déficience cognitive :

- des programmes de soins qui privilient des approches préventives et thérapeutiques auprès de cette clientèle sont élaborés, mis en application et évalués ;
- des activités de formation continue sur l'approche avec le client atteint de déficience cognitive sont offertes aux membres de l'équipe de soins ;
- les outils cliniques (instruments de mesure, grille d'observation, etc.) sont accessibles aux infirmières ;
- la stabilité du personnel qui intervient auprès de cette clientèle est favorisée ;
- des moyens de communication sont mis en place afin de faciliter l'échange d'informations, le partage des interventions aidantes (réunions d'équipes, interservices ou interdisciplinaires, plans d'intervention, cahier de communication, etc.) ;
- la consultation auprès de personnes-ressources spécialisées afin d'évaluer et de traiter les situations problématiques est possible.

L'environnement adapté à la manifestation de comportements dysfonctionnels ou indésirables

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client qui manifeste des comportements dysfonctionnels ou indésirables dans un environnement adapté :

- peut errer librement dans l'unité sans contrainte et sans danger pour lui ou pour autrui ;
- peut manifester des comportements dysfonctionnels tels les gestes répétitifs, bruyants, les demandes répétitives, etc., sans se sentir rejeté par son entourage ;
- peut démontrer des signes avant-coureurs d'une escalade d'agressivité dans un environnement calme et sécurisant ;
- démontre une augmentation des périodes où son comportement est calme et détendu.

Les clients se disent en sécurité et rassurés malgré la présence de clients qui manifestent des comportements dysfonctionnels :

- ils expriment et démontrent une diminution ou une absence d'anxiété ;
- ils acceptent de partager un environnement avec des clients non lucides (cohabitation, etc.) ;
- ils reconnaissent que les comportements dysfonctionnels ne sont pas volontaires et qu'ils sont liés à la maladie ;
- ils disent trouver des endroits et des moments de calme durant la journée pour se reposer ;
- ils disent avoir un sommeil réparateur la nuit.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière, avec la collaboration des membres de l'équipe de soins, planifie les soins pour le client présentant des comportements dysfonctionnels ou indésirables en les situant dans un environnement adapté à cette clientèle :

- elle observe le client pendant 48 à 72 heures (jour-soir-nuit) et note la nature, la fréquence et la durée des comportements dysfonctionnels ainsi que les éléments déclencheurs et les facteurs de l'environnement physique et humain ;
- elle identifie, avec l'équipe interdisciplinaire, les facteurs étiologiques pouvant contribuer à la manifestation des comportements dysfonctionnels (déficits cognitifs, difficultés d'adaptation, mode de fonctionnement antérieur, etc.) ;
- elle analyse les données recueillies et ses observations, et présente les résultats aux membres de l'équipe de soins : les comportements les plus souvent manifestés, les éléments déclencheurs les plus fréquents, les interventions aidantes et non aidantes ;
- elle planifie, avec les membres de l'équipe de soins, des rencontres régulières afin d'expliquer les approches qui diminuent la fréquence et l'intensité des comportements dysfonctionnels ;
- elle voit à l'organisation d'un environnement adapté facilitant l'orientation dans les trois sphères (calendrier, horloge, tableau d'orientation, identification des lieux, etc.) ;
- elle contribue à créer un environnement calme et rassurant pour le client (diminution des stimuli, dégagement des corridors, veilleuse pendant la nuit, etc.) ;

L'environnement adapté à la manifestation de comportements dysfonctionnels ou indésirables (suite)

- elle contribue à créer un milieu prothétique pour les personnes atteintes de déficience cognitive (évaluation des stimuli de l'environnement, indices d'orientation mis en place, objets personnels significatifs à la vue, usage d'approches spécifiques telles la reminiscence, l'orientation à la réalité, etc.);
- elle considère l'utilisation des contraintes physiques comme étant des interventions de dernier recours;
- elle note au dossier les éléments importants à observer lorsqu'un client manifeste des comportements dysfonctionnels: heure, description du comportement, éléments déclencheurs, environnement physique et humain, interventions posées, réactions de la personne et résultats obtenus.

L'infirmière, avec la collaboration des membres de l'équipe de soins, planifie les soins en vue d'assurer la sécurité et la confiance des clients qui cohabitent avec ceux qui présentent des comportements dysfonctionnels ou indésirables:

- elle informe les membres de l'équipe de soins des comportements dysfonctionnels de certains clients;
- elle s'assure, en collaboration avec les membres de l'équipe de soins, que les clients lucides comprennent que les comportements dysfonctionnels sont liés à la maladie;
- elle vérifie les réactions des clients lucides et les rassure et les sécurise au besoin.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation favorise un environnement propice à l'accompagnement des clients qui manifestent des comportements dysfonctionnels ou indésirables:

- des sessions de formation continue concernant les approches et les interventions à privilégier avec la clientèle qui manifeste des comportements dysfonctionnels sont offertes;
- la mise en place de réunions d'équipes concernant l'approche de la clientèle est soutenue par l'organisation;
- l'aménagement des lieux physiques favorise la diminution des comportements dysfonctionnels (portes codées, corridors dégagés, système d'éclairage tamisé, etc.);
- des outils cliniques qui améliorent la compréhension des troubles du comportement chez le client atteint de déficience cognitive sont mis à la disposition des soignants (histoire de vie, évaluation des atteintes cognitives, grille d'observation des comportements, etc.);
- une approche spécifique est utilisée auprès des clients atteints de déficience cognitive qui présentent des problèmes tels que l'errance, la fouille, etc.

L'approche et les soins palliatifs auprès des clients en fin de vie

RÉSULTATS ESCOMPTEΣ

Le client vit son processus du mourir dans la dignité et est accompagné de ses proches chaque fois que cela est possible :

- il est exempt de douleur contrôlable ;
- il est soulagé de l'inconfort physique ;
- il exprime et démontre une diminution ou une absence d'anxiété ;
- il est soutenu par ses proches, qui lui témoignent de l'affection ;
- il exprime à ses proches ses émotions face à la vie et à la mort ;
- il vit son processus du mourir selon ses volontés, ses croyances et sa culture.

ÉLÉMENS DE L'EXERCICE

L'infirmière prodigue des soins de confort :

- elle contribue à procurer un environnement calme, apaisant et rassurant ;
- elle prévient ou contrôle les diverses manifestations physiques de la maladie ou les effets indésirables de la médication (fatigue, nausées, vomissements, constipation, diarrhée, sécheresse de la bouche, lésions de pression, etc.) ;
- elle reconnaît les manifestations physiques de la douleur, en particulier chez le client qui ne peut pas expliquer ses symptômes, et met en place des interventions visant le soulagement ou le contrôle de la douleur ;
- elle administre assidument les analgésiques prescrits, en vérifie l'efficacité et la note au dossier ;
- elle compense la perte d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne ;
- elle respecte les choix et les volontés du client quant au processus thérapeutique de fin de vie (intensité des soins, etc.) et à la réanimation.

L'infirmière aide le client à cheminer dans son processus du mourir et soutient les proches dans cette expérience de vie :

- elle établit avec le client et ses proches une relation empreinte de chaleur humaine, d'authenticité, de compréhension et de respect ;
- elle reconnaît les besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels du client en fin de vie ;
- elle renseigne les proches sur le processus du mourir et explique les interventions thérapeutiques et de confort afin de les sécuriser ;
- elle soutient le client et les proches dans l'expression de leurs sentiments (aide le client qui désire parler de sa mort avec ses proches, etc.) ;
- elle invite les proches à se rapprocher du client en posant des gestes tels que lui prendre la main, l'aider à s'hydrater, l'enlacer, etc. ;
- elle sensibilise les proches à l'importance d'exprimer ou de manifester leurs sentiments au client lors d'un moment d'intimité ;

l'approche et les soins palliatifs auprès des clients en fin de vie (suite)

- elle accorde des moments privilégiés au client pour l'accompagner dans son processus du mourir;
- elle s'assure que le client qui n'a pas de proches ait accès à l'accompagnement qu'il souhaite (bénévoles, ministre du culte, etc.).

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation soutient le client dans le processus du mourir dans la dignité :

- un programme de soins palliatifs est élaboré et mis en place ;
- des sessions de formation concernant les soins palliatifs sont offertes ;
- de la documentation scientifique sur le processus du mourir est disponible dans l'unité ;
- un soutien psychologique et spirituel est offert au client, aux proches et aux membres de l'équipe de soins ;
- le matériel requis pour prodiguer des soins de confort, incluant le soulagement et le contrôle de la douleur, est disponible dans les unités ;
- des mécanismes sont disponibles pour assurer un accompagnement au client qui n'a pas de proches.

La coordination et la continuité des soins

RÉSULTATS ESCOMPTEES

Les résultats suivants sont observés chez le client et les proches :

- le client reconnaît en tout temps recevoir de l'ensemble des membres de l'équipe des soins personnalisés et adaptés à sa situation de santé ;
- le client peut identifier ou reconnaître les membres de l'équipe qui lui prodiguent des soins ;
- le client ou les proches connaissent les interventions effectuées par les membres de l'équipe de soins ainsi que leur déroulement ;
- le client reçoit des soins concertés et n'a pas à répéter les mêmes renseignements aux différents intervenants ;
- le client et les proches apprécient la stabilité du personnel ainsi que les moyens mis en place pour assurer la continuité des soins.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière assure la coordination et la continuité des soins :

- elle consigne dans les documents cliniques ou au dossier (sur papier ou informatisé) les différentes données à mesure que les événements se produisent ;
- elle coordonne l'ensemble des interventions des membres de l'équipe de soins en tenant compte des besoins et du bien-être du client (le bien-être du client prévaut sur les différents rendez-vous, etc.) ;
- elle coordonne l'ensemble des activités du client avec l'équipe interdisciplinaire (s'assure que les différents rendez-vous respectent les besoins et l'horaire des activités du client, etc.) ;
- elle représente, auprès des membres de l'équipe interdisciplinaire, les volontés et les valeurs du client, au besoin ;
- elle communique les renseignements indispensables à la continuité des soins (la modification de l'état de santé, les interventions effectuées, les résultats obtenus, la surveillance à apporter, etc.) à la collègue qui prend en charge le client au moment d'un changement d'équipe, d'une pause ou d'un repas ;
- elle s'assure que les membres de l'équipe de soins reçoivent les informations pertinentes pour donner des soins adaptés (degré d'autonomie dans les AVQ, déficits cognitifs, habitudes de vie, attentes de la personne et des proches, etc.) ;
- elle prévoit des réunions pour la planification des soins avec son équipe afin de solutionner les situations problématiques (troubles du comportement, difficulté d'adaptation du client à son nouveau milieu, etc.) et d'adapter les interventions aux besoins du client ;
- elle s'informe auprès de ses collègues des autres quartes de travail afin de mieux connaître le fonctionnement du client dans une période de 24 heures et pour adapter ses interventions ;
- elle planifie au besoin le transfert du client en considérant ses besoins et son état de santé ;
- elle rassure le client et les proches lors d'un transfert et les informe des modalités de communication mises en place pour assurer la continuité et le suivi des soins ;
- elle transmet les informations qui assurent la continuité des soins et le respect des volontés du client.

La coordination et la continuité des soins (suite)

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation assure la continuité des soins :

- des outils cliniques, par exemple des plans de soins, facilitant la continuité et le suivi des soins sont accessibles dans l'unité ;
- des procédures visant à favoriser une continuité de soins en interdisciplinarité sont mises en place ;
- le système de prestation des soins favorise la continuité des soins (équipes de soins stables, ententes locales pour assurer les remplacements par des intervenants connus dans l'unité, etc.).

Les activités récréatives et sociales

RÉSULTATS ESCOMPTÉS

Le client participe selon ses capacités aux activités récréatives et sociales du milieu :

- il exprime sa joie et son enthousiasme à participer à des activités récréatives et sociales ;
- il démontre sa satisfaction aux membres de l'équipe de soins à la suite de sa participation à une activité dans l'unité de soins (partie de cartes, fête d'anniversaire d'un client, visite d'un artiste ou d'un musicien, etc.) ;
- il dit se sentir respecté et considéré dans son refus de participer à une activité récréative ou sociale.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière facilite l'accès à des activités récréatives et sociales pour les clients et les proches :

- elle participe à la planification d'activités récréatives et sociales pour les clients ;
- elle informe le client et les proches de la nature des activités à venir ;
- elle propose des activités au client en fonction de ses capacités ;
- elle tient compte des intérêts et des préférences du client et respecte ses choix ;
- elle facilite l'intégration du client et de ses proches à une activité récréative ou sociale ;
- elle renseigne le client et les proches sur les bienfaits des distractions, des divertissements et de la socialisation ;
- elle soutient le client dans l'expression de ses sentiments concernant sa participation à une activité ;
- elle observe le client au cours des activités et est attentive aux changements de comportements ;
- elle note au dossier les réactions du client et les résultats obtenus (détente, appétit modifié, douleur atténuée, etc.).

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation encourage et soutient la mise en place d'activités récréatives et sociales :

- l'organisation des lieux physiques permet au client de se déplacer et de participer aux activités récréatives et sociales ;
- des consultations auprès des clients sont réalisées afin de recueillir leurs goûts, leurs préférences et leurs suggestions ;
- la présence des proches et des bénévoles aux activités récréatives et sociales est encouragée ;
- des moyens pour évaluer la satisfaction des clients au sujet des activités mises en place sont disponibles.

L'intégration des membres de l'équipe de soins à l'exercice infirmier

RESULTATS ESCOMPTÉS

Le client et ses proches expriment leur satisfaction concernant les membres de l'équipe de soins :

- le client dit que son intimité est respectée ;
- le client se dit accompagné dans l'exécution de ses autosoins, dans la mesure de ses capacités ;
- le client se sent protégé contre les situations d'agressivité et de violence ;
- le client et les proches se disent acceptés tels qu'ils sont par les membres de l'équipe de soins ;
- le client et les proches disent apprécier les liens qui se créent entre les membres de l'équipe de soins et eux-mêmes ;
- le client et les proches disent que leurs attentes sont prises en considération et que leurs valeurs sont respectées ;
- le client et les proches nomment les personnes à qui ils doivent s'adresser ;
- le client et les proches savent que la confidentialité des informations données sera respectée ;
- le client et les proches se disent en sécurité dans le milieu.

ÉLÉMENTS DE L'EXERCICE

L'infirmière favorise l'intégration des membres de l'équipe de soins dans les activités de soins et dans les rencontres d'équipe :

Dans les activités de soins :

- elle élabore le plan des activités de soins avec la participation des membres de l'équipe ;
- elle assigne à chacun des membres de l'équipe les soins à prodiguer selon les besoins des clients et en tenant compte des fonctions respectives, tout en respectant une certaine stabilité ;
- elle explique à chacun des membres de l'équipe les points à respecter et les réactions prévisibles des clients ;
- elle informe les membres de l'équipe des changements survenus chez les clients ;
- elle demande aux membres de l'équipe de l'informer des changements observés chez les clients ;
- elle aide les membres de l'équipe à exprimer leurs attentes, leurs opinions et leurs sentiments concernant les activités de soins ;
- elle est à l'écoute de chacun et vérifie leur satisfaction dans les activités accomplies ;
- elle offre son aide et son soutien dans les situations difficiles avec les clients ;
- elle détermine avec chacun les besoins d'apprentissage et de mise à jour relativement à certains soins ou à certaines approches ;
- elle fait preuve de discrétion envers les membres de l'équipe, tant au chevet des clients qu'à tout autre endroit.

L'intégration des membres de l'équipe de soins à l'exercice infirmier (suite)

Dans les rencontres d'équipe :

- elle facilite la communication entre les membres de l'équipe de soins et s'assure qu'elle est efficace et constante ;
- elle dynamise son équipe et valorise la participation et l'apport de chacun ;
- elle encourage les échanges d'idées, les mises en commun, orientés sur l'efficacité et l'efficience des activités de soins ;
- elle favorise la rétroaction positive, stimule la poursuite des efforts et souligne les succès ;
- elle invite chacun des membres de l'équipe à exprimer ouvertement ses attentes et ses besoins ;
- elle assure le soutien requis relativement aux initiatives individuelles ayant trait aux objectifs poursuivis ;
- elle encourage la critique constructive axée sur les activités de soins ;
- elle soutient l'expression des désaccords et des aspirations individuelles et prend en considération les différences et les divergences ;
- elle accueille les nouveaux membres de l'équipe et s'assure de leur intégration dans l'équipe ;
- elle fait preuve de respect envers chacun des membres de l'équipe et tient compte des valeurs personnelles.

ÉLÉMENTS ORGANISATIONNELS

L'organisation facilite l'intégration des membres de l'équipe de soins dans les activités de soins :

- la philosophie des soins valorise la participation des membres de l'équipe de soins et l'actualisation du potentiel de chacun ;
- le système de prestation de soins prévoit la présence régulière d'infirmières pour assurer la planification des soins des clients, en y intégrant les membres de l'équipe de soins ;
- les réunions et les rencontres d'équipe sont reconnues comme des activités de soins au profit de la clientèle ;
- la mise en place d'activités de formation et de mise à jour pour les membres de l'équipe de soins est soutenue et celles-ci sont déterminées à partir des besoins des clients.

O 14,978

E 4190

Ex. 2

AUTEUR

LEVESQUE-BARBES, HELENE

ORDRE DES INFIRMIERES ET INFIRMIERS DU QUEBEC (OIQ)

TITRE :

L'EXERCICE INFIRMIER EN SOINS DE LONGUE DUREE :
AU CARREFOUR DU MILIEU DE SOINS ET DU MILIEU DE
VIE

DATE	NOM
2012-00	Johnne Nauthier
2401-01	Rouise Normandean (DOSC)
02-04-01	• ()
02-03-13	Linee Messier

O 14,978

Ex. 2

CODE 34