

# Le plan thérapeutique infirmier: des expériences d'implantation

**Lucie Gagnon, M. Sc. Inf.**

Directrice des soins infirmiers, CSSSL

**Odette Roy, M. Sc. Inf., MAP, Ph. D.**

Adjointe à la Direction des soins infirmiers volet clinique et recherche, HMR

**Mario Savoie, B. Sc., M. Sc. Inf. (c)**

Clinicien en soins spécialisés, CSSSNL

**Colloque des CII**

**7 mai 2008**

# Collaborateurs

**Claudette Foucalt, M. Sc. Inf.**

Conseillère clinique en soins palliatifs, CSSSL

**Robin Gagnon, M. Sc. Inf.**

Coordonnateur Programme médecine, CSSSNL

**Jérôme Gauvin-Lepage, M. Sc. Inf.**

Conseiller clinique intérimaire en soins chirurgicaux, CSSSL

**Johanne Leblanc, B. Sc. Inf.**

Monitrice clinique, HMR

**Johanne Senneville, M. Sc. Inf.**

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, HMR

## OIIQ

**Joël Brodeur, B. Sc., DESS (Gestion et développement des organisations – Adm.) - Infirmier-conseil, DDSP**




**Judith Leprohon, Ph.D., Directrice scientifique**

**Martine Maillé, M. Sc., Infirmière-conseil, DDSP**

# Introduction

- Partage de l'expérience d'implantation du PTI dans trois milieux de collaboration avec l'OIIQ
- Processus d'amélioration continue

# Plan de présentation

- PTI 
- Gestion du changement
- Stratégies d'implantation
  - Stratégies de communication
  - Stratégies pédagogiques 
  - Stratégies opérationnelles
- Témoignages d'infirmières 
- Enjeux et défis
- Conclusion
- Période d'échanges


# Qui sommes-nous?

## CSSS Laval


### 17 installations

 1 CH

 1 centre ambulatoire

 5 centres d'hébergement

 4 CLSC avec différents points de services

 4 équipes en service externe de psychiatrie et 1 hôpital centre de jour

 Structure par programmes clientèles

 1500 infirmières

 250 infirmières auxiliaires

 DSI, direction professionnelle avec autorité fonctionnelle


# Qui sommes-nous?

## CSSS du Nord de Lanaudière


### 26 installations

-  1 CH

-  11 centres d'hébergement

-  4 CLSC avec différents points de services

-  3 centres de réadaptation en dépendances

-  2 services externes en psychiatrie

-  Structure

  -  1 100 infirmières

  -  350 infirmières auxiliaires

-  DSI et directeur administratif des programmes de santé physique

# Qui sommes-nous?

## Hôpital Maisonneuve-Rosemont

- Centre hospitalier de soins généraux, spécialisés et ultra spécialisés affilié à l'Université de Montréal – et de première instance pour les deux CSSS (Lucille-Teasdale et Pointe de l'Île)
- Centre de soins ambulatoires
- Structure par programmes clientèles -1999
  - 1 500 infirmières
  - 200 infirmières auxiliaires
- DSI, direction conseil

# Implantation du PTI au 7 mai 2008

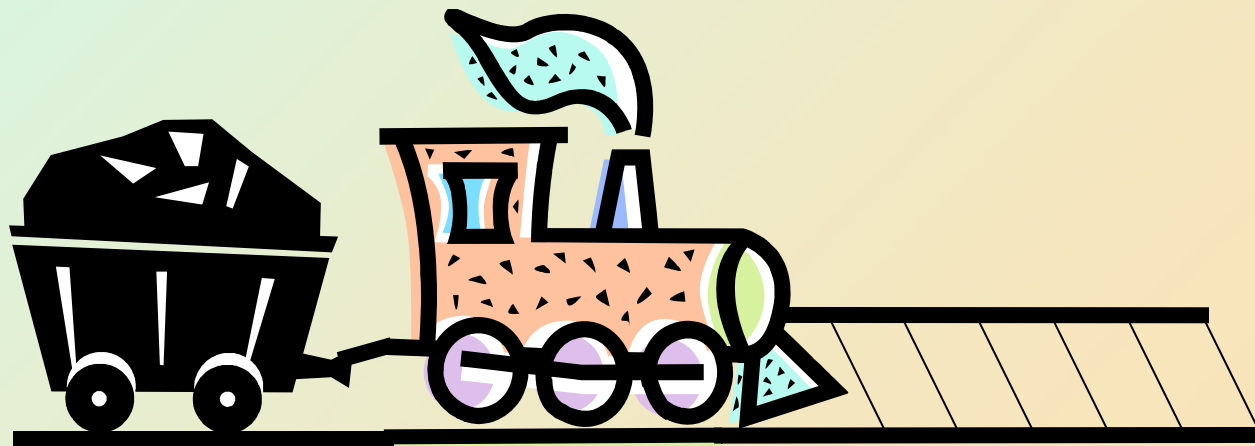
Programmes	CSSSL	CSSSNL	HMR
Chirurgie	▲	orthopédie	
Soins ambulatoires (CH et CLSC)	▲		
Médecine	métabolique	▲	▲
Parents-enfant		▲	
Perte d'autonomie liée au vieillissement CHSLD C. Hosp.	▲	▲	▲ ▲
Santé mentale	▲	▲	
Soins palliatifs	▲	▲	▲
Soins intensifs		▲	
Suppléance rénale	▲	▲	

# Plan Thérapeutique Infirmier



# La pratique infirmière

- Loi 90
- Pratique de collaboration
- Réorganisation du travail et optimisation des ressources



# Qu'est-ce que le PTI ?

## Une application de la Loi 90

### ACTIVITÉS RÉSERVÉES DANS LA LOI SUR LES INFIRMIÈRES ET LES INFIRMIERS (art. 36)

- **Évaluer** la condition physique et mentale d'une personne symptomatique
- **Exercer une surveillance** clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, incluant le monitoring et les ajustements du **P**lan **T**hérapeutique **I**nfirmier
- **Effectuer le suivi** infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes

# Norme professionnelle

« L'infirmière consigne au dossier de chaque client, dans un outil de documentation distinct, le plan thérapeutique infirmier qu'elle **détermine** ainsi que les **ajustements** qu'elle y apporte selon l'évolution clinique du client et l'efficacité des soins et des traitements qu'il reçoit »

EN VIGUEUR le 1er avril 2009

# En quoi consiste le PTI ?

## ■ Constats de l'évaluation

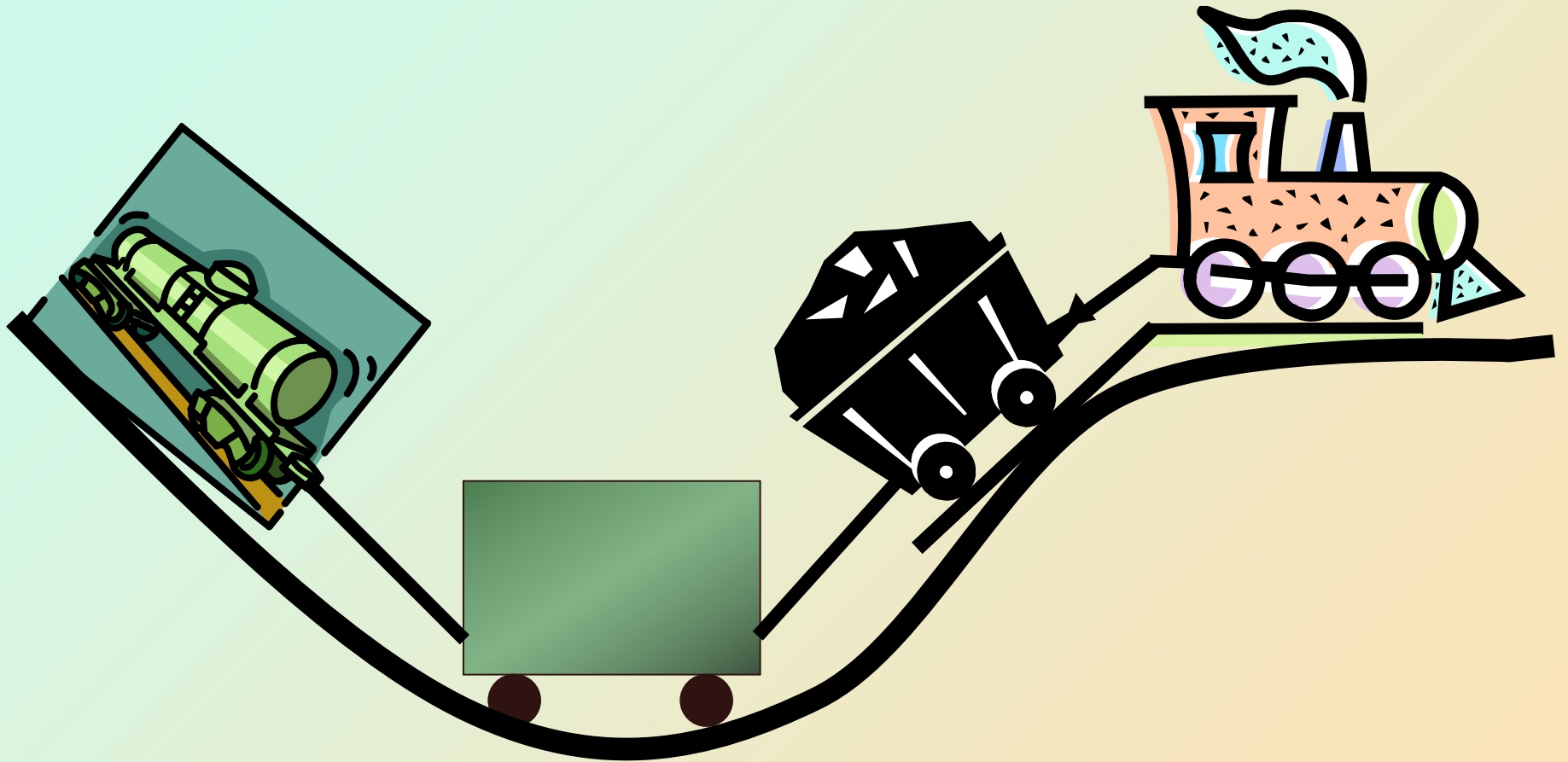
- Problèmes ou besoins prioritaires
  - Information minimale à inscrire

## ■ Suivi clinique

- Directives infirmières dont le caractère est **crucial** pour le suivi clinique du client
  - Information minimale à inscrire



# Gestion du changement



# LE CHANGEMENT

- Approche au changement de Schoolfield et Orduna (1994)
  - Centrée sur les émotions et les interventions de soutien
- Modèle du champ de forces de Lewin (1951)

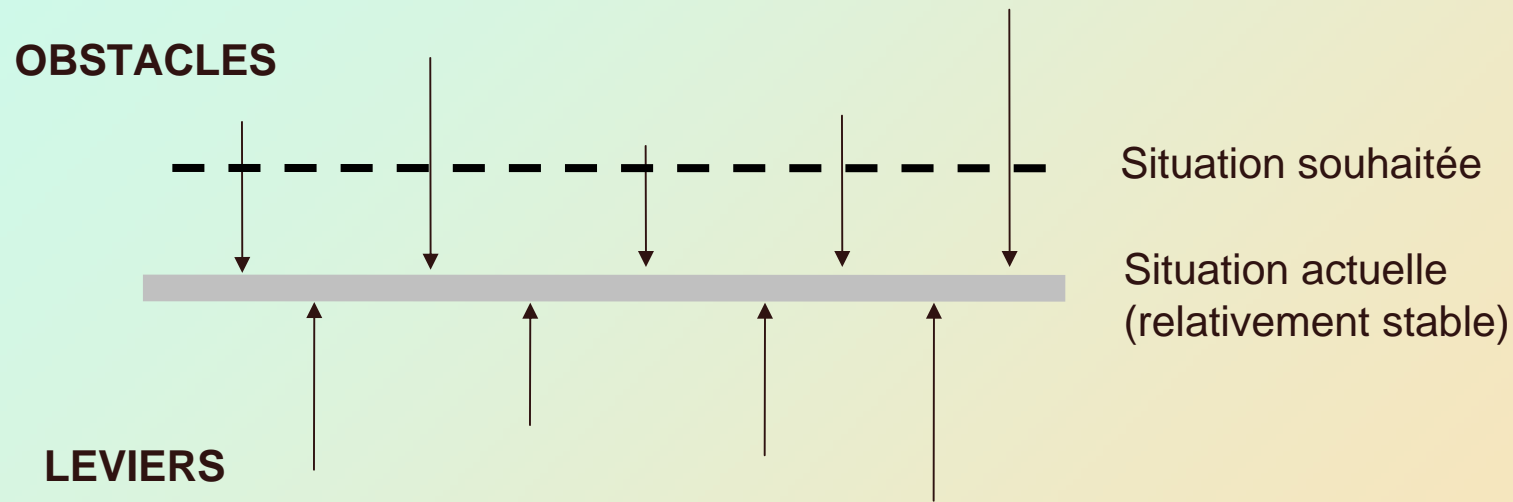
# Approche au changement

(Schoolfield et Orduna, 1994)

- Tout changement entraîne des stades émotionnels qui s'apparentent à ceux vécus lors d'une perte ou d'un deuil.
- Des interventions de soutien spécifiques à chacun de ces stades favorisent le changement souhaité.

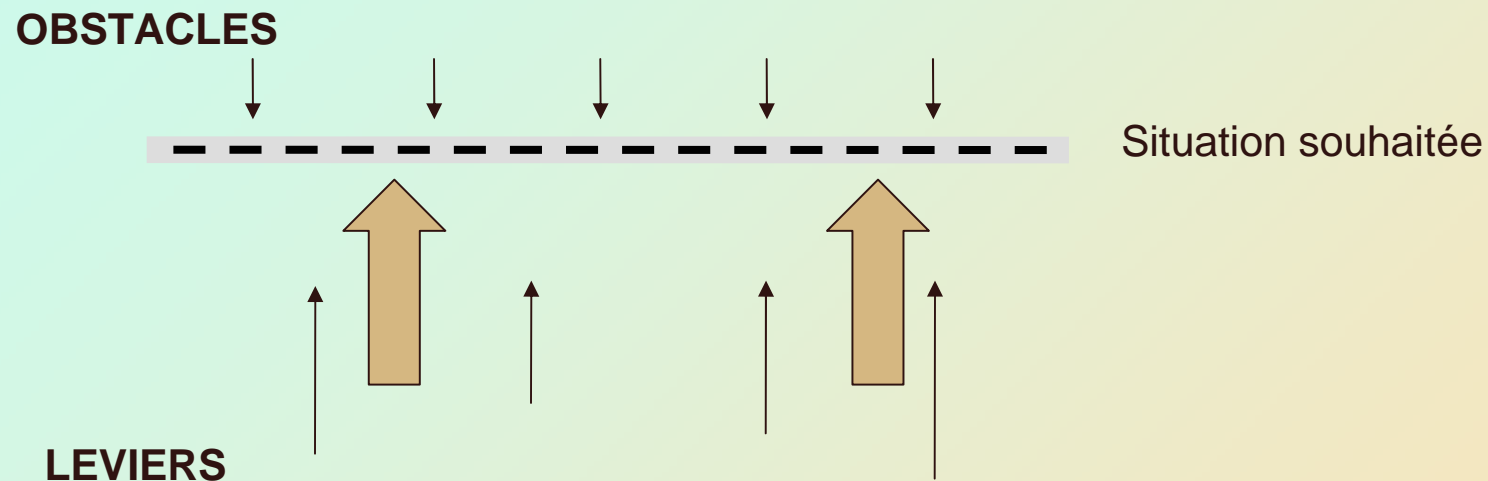
# Modèle du champ de forces

(Lewin, 1951).



# Modèle du champ de forces

(Lewin, 1951).



- Miser ou accentuer les leviers
- Éliminer ou réduire les impacts des obstacles

# Principaux leviers des milieux

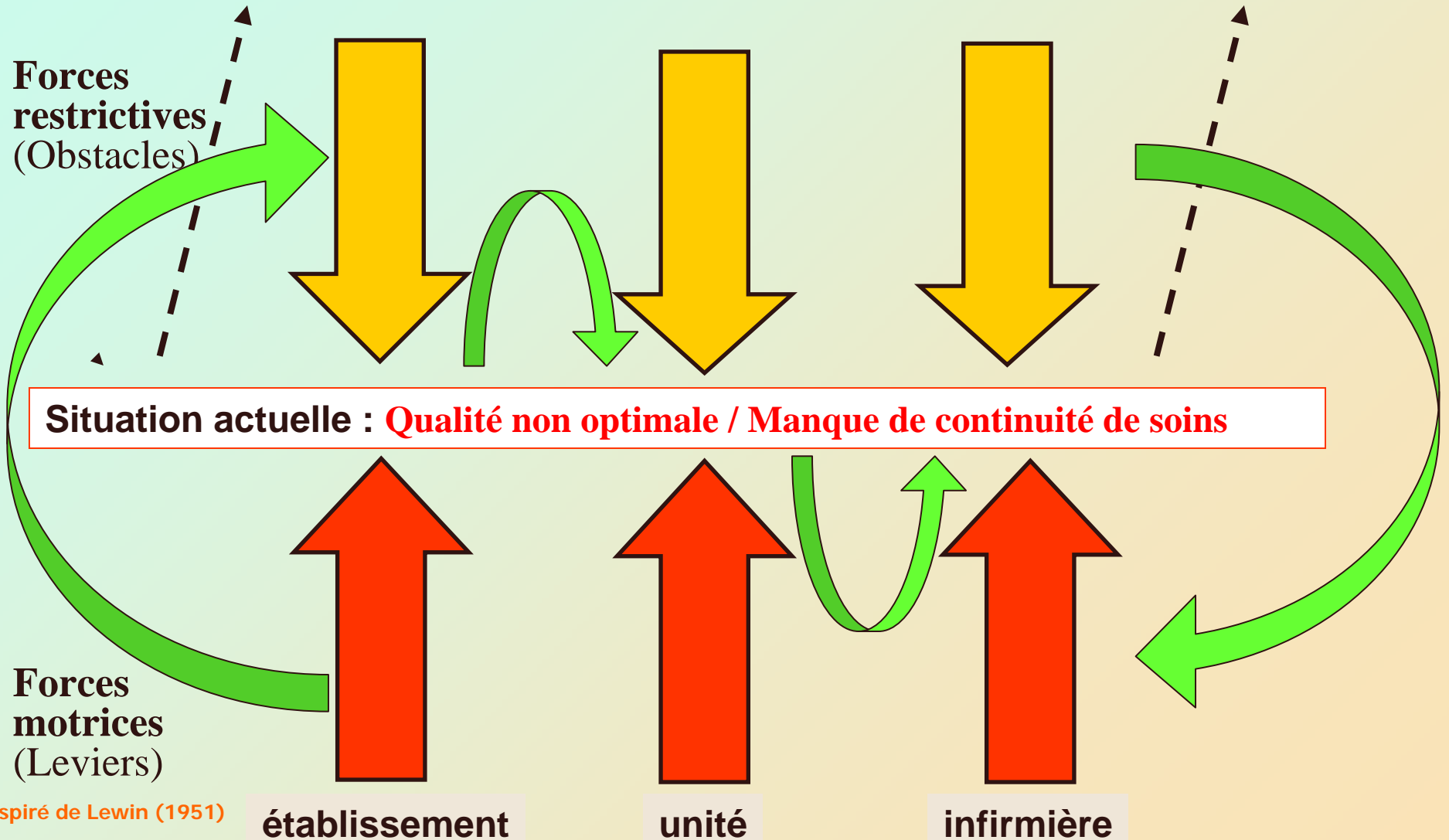
- Loi 90 - Appropriation du champ de pratique de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire
- Leadership de la direction des soins infirmiers et de ses représentants
- Mobilisation du CII
- Soutien de la direction générale
- Appui du syndicat
- Ouverture au changement
- Agents de changement dans les équipes: chefs, leaders cliniques, etc.
- Communication efficace et travail d'équipe
- Approche d'organisation apprenante

# Principaux obstacles des milieux

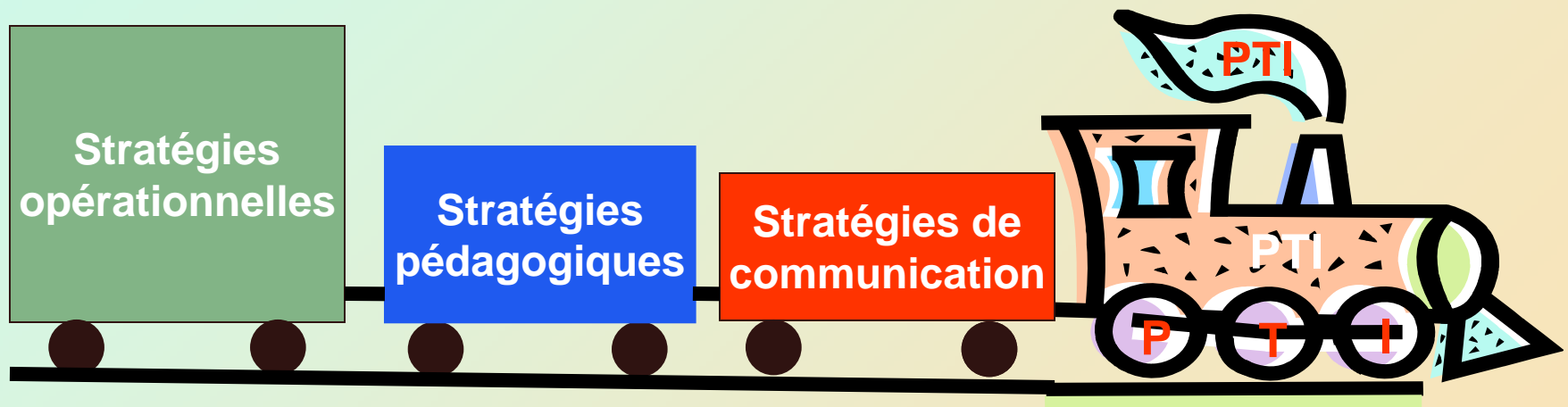
- Exercice infirmier non optimal (loi 90)
- Pénurie de personnel
- Lourdeur de la tâche
- Difficulté de remplacement pour la formation
- Budget limité pour la formation et l'implantation
- Organisation du travail ne permettant pas de mettre à profit les compétences des membres de l'équipe
- Croyances contraignantes:
  - Formulaire PTI = Ajout d'un outil
  - Impression que l'infirmière va donner des ordres

# Analyse des forces des milieux

Situation souhaitée : **Amélioration de la qualité et de la continuité de soins**



# Stratégies d'implantation



# Au départ...

- PTI = priorité organisationnelle
- Identifier un porteur de dossier en autorité à la DSI
- Se doter d'une structure de coordination du projet (contenu et processus)
- Dresser un plan d'action en tenant compte des leviers et des obstacles
- Assurer un plan de communication

# Se doter d'une structure de coordination

## ■ Mandat principal

- Assurer l'implantation du PTI

## ■ Composition





- DSI ou son représentant
- Chefs de programme et chefs d'unités de soins/services
- Experts cliniques

## ■ Fonction

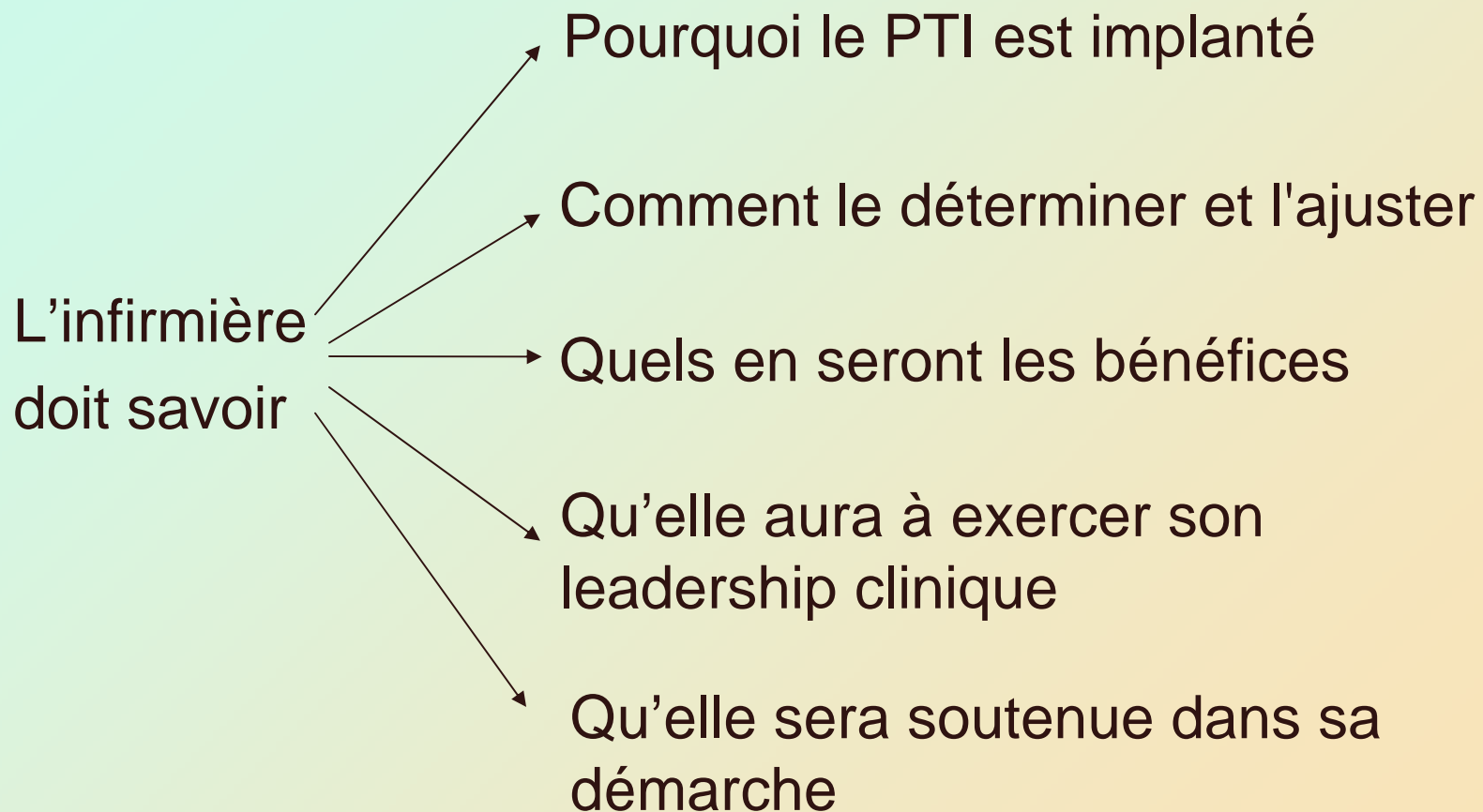
- Planification et coordination de l'ensemble des activités reliées à l'implantation
- Suivi de l'implantation et révision des stratégies en fonction de l'évaluation des résultats

# Stratégies de communication

## Plan de communication






-  Information au comité de gestion de l'établissement
-  Rencontres CECII, Syndicat, etc.
-  Séances d'information pour l'ensemble des intervenants (médecins, professionnels, PAB, etc.)
-  Information continue aux gestionnaires et à l'ensemble des infirmières

# Conditions favorables pour l'adhésion de l'infirmière à l'implantation du PTI







# Stratégies pédagogiques

## CSSSL

-  Formation préalable de 3,5 heures : *Être infirmière en 2008* - Projet de Loi 90 - Pratique de collaboration interdisciplinaire
-  Formation de l'OIIQ (7 heures)
-  Formation CSSSL (3,5 heures)
-  Ateliers PTI
-  Formateurs PTI / leaders cliniques:
  - conseillères cliniques
  - monitrices





# Stratégies pédagogiques

## **CSSSNL**

-  Formation OIIQ (7 heures)
-  Formation OIIQ (3 heures)
-  Formation CSSSNL (3 heures)
-  Formation complémentaire pour les personnes ressources

# Stratégies pédagogiques

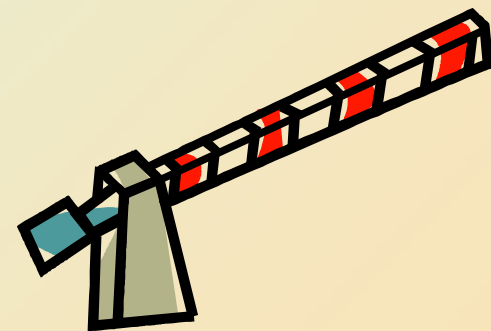
## HMR

-  Formation de l'OIIQ dans le milieu pour les gestionnaires, conseillères, monitrices, etc. (7 heures)
-  Formation de 90 minutes à HMR: Lecture à la maison - et questionnaire – avec rémunération d'une heure, (théorie et pratique)
-  Formation pour les "porteurs de dossier "(J-S-N) de 7 heures: théorie et pratique
-  Formation complémentaire de 90 minutes à HMR: mini-cliniques sur des problématiques spécifiques

# Combinaison de stratégies diversifiées

- Sessions d'information à tout le personnel concerné
- Présence quotidienne des leaders cliniques
- "Coaching" individuel – approche réflexive axée sur le jugement clinique
- "Coaching" de groupe – discussion en petits groupes de soignants et interdisciplinaires
- Activités d'harmonisation entre leaders cliniques par la révision de PTI (but visé : appropriation du PTI)

# Stratégies pédagogiques (vidéo HMR)








# Stratégies opérationnelles

- Implantation progressive
  - Motivation des chefs et des infirmières
  - Projet de réorganisation et optimisation des compétences
  - Stabilité des ressources
  - Réponse aux impératifs d'amélioration continue de la qualité (chute, contention, opiacés, etc.)
  - Continuum de clientèle intra et inter-établissement notamment dans le cadre des projets cliniques
- Élaboration et révision d'outils cliniques

# Stratégies opérationnelles (suite)






## Soutien aux infirmières

-  Ressources cliniques spécialisées de la DSI, chefs d'unité et assistantes
-  Présence quotidienne “sur le terrain” des leaders cliniques
-  Soutien ponctuel
-  Forum de discussion (ateliers PTI)
-  Répondants PTI en lien avec l'OIIQ

# Stratégies opérationnelles (suite)

## Ressources externes

### OIIQ



-  Visite des représentants – tournée
-  Consultations téléphoniques
-  Foire aux questions
-  Formation interactive
-  Capsules en cours d'élaboration (CHUQ)

### Autres établissements



# Stratégies opérationnelles (suite)

## Indicateurs – évaluation continue

### Quantitatif

-  Proportion de clients hospitalisés ou hébergés qui ont un PTI au dossier
  -  100% au 1er avril 2009

### Qualitatif

-  Critères de pertinence des constats et directives
-  Justification dans les notes d'évolution

# Stratégies opérationnelles (suite)

## ■ Règles de gestion du formulaire

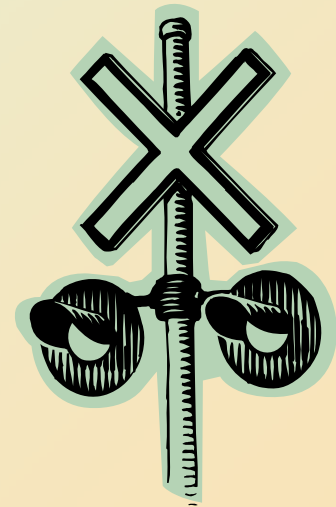
### ■ Discussion avec le Service des archives

#### ■ Emplacement

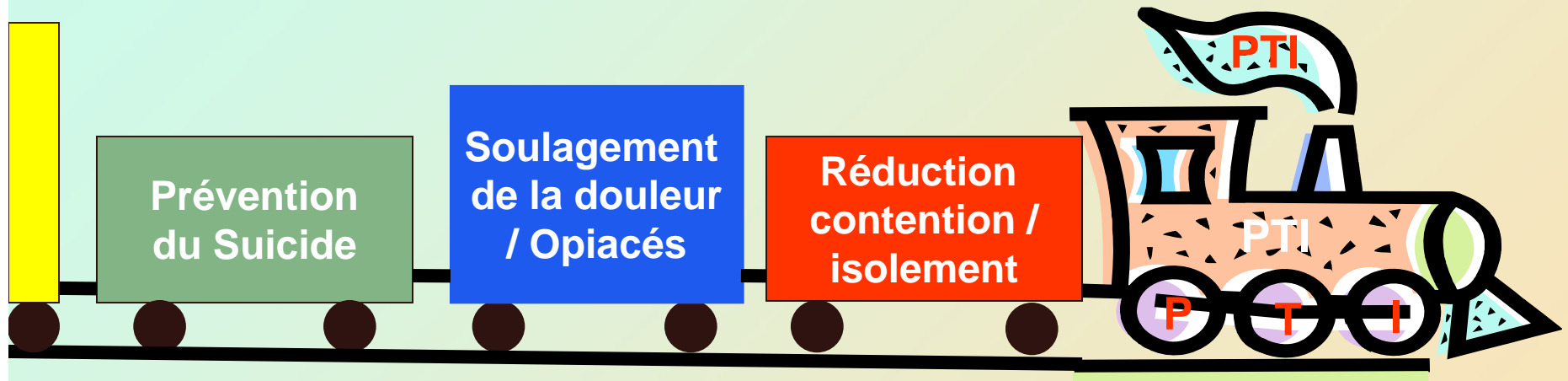
- dossier actif
- dossier antérieur

#### ■ Ajout au résumé de dossier

# Témoignages d'infirmières (vidéo OIIQ)



# Enjeux et défis



Quand le PTI devient la locomotive  
aux changements de pratique

# Enjeux et défis

## ■ Pour l'établissement

- Respect de la norme professionnelle
- Amélioration continue de la qualité des soins
- Compétences professionnelles
- Informatisation du PTI
  - Pas un pré-requis pour l'implantation
  - Personnalisation vs standardisation
  - Certificat de conformité à la norme de documentation du PTI émis par l'OIIQ

# Enjeux et défis

- Pour les unités ou services
  - Organisation des soins et services
  - Pratiques de collaboration
    - Hiérarchisation des soins vs complexité
  - Documentation et outils cliniques
    - Révision et développement
    - Éviter la duplication

# Enjeux et défis

## ■ Pour les infirmières

- Se faire confiance, s'entraider, se commettre

- Identité professionnelle

  - Actualisation du rôle de l'infirmière et de l'infirmière auxiliaire

  - Imputabilité de l'infirmière à l'égard de ses décisions cliniques et de la continuité des soins

- Compétences professionnelles

- Prise de décision selon les meilleures pratiques

# Conclusion



# Conclusion

*Le PTI ...*



*... plus qu'un formulaire,  
c'est la trace des  
décisions cliniques  
que l'infirmière  
prend au quotidien  
dans l'exercice de  
son leadership clinique.*

# Remerciements

- Équipes de directions DSI du CSSSL, CSSSNL et HMR
- Équipes de soins et services impliquées dans les trois milieux de collaboration (CSSSL, CSSSNL et HMR)
- Équipe PTI de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
- Archives des établissements
- Équipe de tournage Angrignon Productions
- Équipe de tournage du Service de l'audio-visuel de l'HMR

# Remerciements

**Claudette Foucault, M. Sc. Inf.**

Conseillère clinique en soins palliatifs, CSSSL

**Robin Gagnon, M. Sc. Inf.**

Coordonnateur Programme médecine, CSSSNL

**Jérôme Gauvin-Lepage, M. Sc. Inf.**

Conseiller clinique intérimaire en soins chirurgicaux, CSSSL

**Johanne Leblanc, B. Sc. Inf.**

Monitrice clinique, HMR

**Johanne Senneville, M. Sc. Inf.**

Conseillère clinicienne en soins infirmiers, HMR

## OIIQ

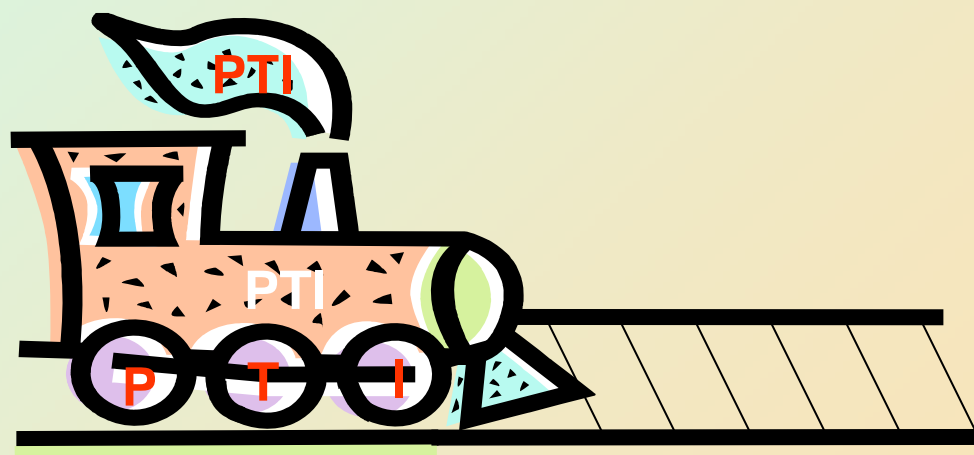
**Joël Brodeur, B. Sc., DESS (Gestion et développement des organisations – Adm.)** - Infirmier-conseil, DDSP

**Judith Leprohon, Ph.D.**, Directrice scientifique

**Martine Maillé, M. Sc.**, Infirmière-conseil, DDSP

# PÉRIODE D'ÉCHANGES

Comment voyez-vous le rôle du CII dans l'implantation du PTI et le suivi ?



# Pour nous rejoindre

Claudette Foucault (CSSSL) : cfoucault.csssl@ssss.gouv.qc.ca

Lucie Gagnon (CSSSL) : lucie\_gagnon\_csssl@ssss.gouv.qc.ca

Robin Gagnon (CSSSNL) : robin.gagnon.chrdl@ssss.gouv.qc.ca

Jérôme Gauvin-Lepage (CSSSL) :

jgauvin.lepage.csssl@ssss.gouv.qc.ca

Johanne Leblanc (HMR) : jleblanc.hmr@ssss.gouv.qc.ca

Odette Roy (HMR) : oroy.hmr@ssss.gouv.qc.ca

Mario Savoie (CSSSNL) : mario.savoie@ssss.gouv.qc.ca

Johanne Senneville (HMR) : jsenneville.hmr@ssss.gouv.qc.ca