

LE DÉFI DE L'INTÉGRATION DU PLAN THÉRAPEUTIQUE INFIRMIER (PTI) EN CLINIQUE ET EN ENSEIGNEMENT : CONCLUSIONS DU GROUPE DE TRAVAIL UL-PTI-CHSLD

Nancy Cyr, Faculté des sciences infirmières, Université Laval et CSSS de la Vieille-Capitale; Sylvie Rey, CSSS de Portneuf; Philippe Voyer, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Membres du comité UL-PTI-CHSLD : Philippe Voyer, Nancy Cyr, Martin Bédard, Nicole Caron, Alain Coulombe, René Dubois, Nathalie Gauthier, Isabelle Jacques, Lise Kasprzak, Louise Lapointe, Sylvain Lavoie, Harriet Lépine, Julie Mercier, Guylaine Parent, Sylvie Rey

CONTEXTE

- Mise sur pied d'un groupe de travail (partenariat Université Laval + CHSLD)
- Objectifs: Cohérence clinique-enseignement, harmonisation de la vision du PTI en centre d'hébergement, établir les conditions préalables à l'implantation de PTI de qualité en centre d'hébergement
- Force de l'équipe: ouverture, partage, complémentarité, humilité
- Communication continue avec l'OIIQ.

ENJEUX

Avant 2003	Après 2003
Soins intégraux	Utilisation optimale des compétences
Observation, collecte de données	Évaluation clinique: constats + directives
Responsable d'équipe + pivot multi	Leader clinique

PRISES DE POSITION DU COMITÉ UL-PTI-CHSLD

Les constats du PTI

- L'incontournable: L'examen clinique, pour éviter que les constats reposent sur des aspects subjectifs, des opinions ou des intuitions
- Système à prioriser pour la formation en centre d'hébergement:
 - Pulmonaire
 - Abdominale
 - Mentaux (démence, dépression, délirium)
 - Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence
 - Musculo-squelettique (contexte de chute)
 - Cardiaque
- Un constat doit être: précis, limpide, rigoureux, spécifique à la situation du résident
- La rédaction de constats pertinents repose sur des connaissances à jour, le développement et le maintien d'une expertise clinique concernant les problématiques suivantes:
 - Maladie de Parkinson
 - Différents types de démences (Alzheimer, fronto-temporale, à corps de Lewy, vasculaire)
 - SCPD
 - Diabète
 - Insuffisance cardiaque

- Insuffisance rénale chronique
- BPCO
- AVC
- Trouble du sommeil
- Dans un contexte de CHSLD, tous les résidents devraient avoir un constat portant sur les risques d'effets indésirables des médicaments (polymédication, vulnérabilité)
- En raison de la présence discontinue de médecins en CHSLD, l'infirmière, suite à son évaluation clinique, peut fréquemment avoir comme constat une impression clinique. Elle utilisera l'une des formulations suivantes:
 - Portrait clinique de
 - État suggestif de
 - État indicatif de
- Lorsque l'examen clinique ne permet pas d'émettre une hypothèse solide, le constat devra porter sur les symptômes ou sur le symptôme principal
- La séquence proposée est:
 - Évaluation (examen clinique = histoire de santé + examen physique)
 - Note au dossier
 - Constats et directives au PTI
 - Ajustement des plans de soins et traitements infirmiers (PSTI): plan de travail, plan de traitement, etc.

DIRECTIVES INFIRMIÈRES

- Chaque directive doit reposer sur des connaissances à jour: données probantes, pratiques exemplaires, lignes directrices, etc.

DOCUMENTATION

- Éviter toute duplication d'écriture
- Revoir les outils de documentation en priorisant le PTI
- En CHSLD, les outils de documentation des soins infirmiers qui sont jugés essentiels sont:
 - Plan d'intervention interdisciplinaire
 - PTI
 - Notes au dossier
 - Plan de travail ou de traitement
 - Formulaires d'enregistrement systématique
- La note au dossier reflète notamment les notions reliées à l'évaluation ayant mené au constat et à l'identification du problème
- Dans l'acronyme SOAPIE, le comité privilégie SOI
 - S: Anamnèse (PQRST)
 - O: Examen physique (inspection, palpation, percussion, auscultation)
 - I: Interventions (sans répéter les directives déjà inscrites au PTI)

PROCESSUS D'INTÉGRATION : CONDITIONS PRÉALABLES :

- Un rôle infirmier gériatrique contemporain compris et intégré
- Mettre en place des conditions permettant à l'infirmière de jouer pleinement son rôle
- Révision et compréhension juste des rôles des membres de l'équipe (infirmière auxiliaire et préposée aux bénéficiaires)
- Le rehaussement du rôle de l'infirmière doit s'accompagner obligatoirement du rehaussement du rôle de l'infirmière auxiliaire et de celui du PAB
- Enseigner le PTI à partir de situations cliniques propres aux soins infirmiers gériatriques
- Exigences élevées quant au langage et à la terminologie
- Abolition des diagnostics infirmiers (pour le PTI)
- Étapes pour l'implantation:
 1. Sensibilisation des infirmières
 2. Enseignement du PTI à travers une formation avec thématique pertinente
 3. Recours au coaching clinique (éviter les périodes d'essai)
 4. Personnes-ressources sur chaque unité
 5. Évaluation quantitative et qualitative (document de l'OIIQ (2008): instrument de vérification de la norme de documentation: PTI).
- La pratique infirmière s'actualise principalement à travers les activités réservées (14 activités réservées), les valeurs de la profession, les indicateurs de qualité de l'exercice infirmier en soins de longue durée (OIIQ, 2002) et le code de déontologie.

LE PTI EST UNE OPPORTUNITÉ POUR FAIRE DES CHANGEMENTS CLINIQUES SIGNIFICATIFS