

Info-Organisation



Cadre de référence
en soins infirmiers de la composante
CLSC du CSSS-IUGS

Le modèle McGill

Karine Girard, chargée de projet, CIRE
Solange Lafaille, infirmière et coordonnatrice du
1^{er} cycle et des stages, École de sciences infirmières,
Université de Sherbrooke

Janvier 2006

Rédaction

Karine Girard, chargée de projet, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE), Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC).
Solange Lafaille, infirmière et coordonnatrice du premier cycle et des stages à l'École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke.

En étroite collaboration avec (par ordre alphabétique) :

Archambault, Johanne, directrice administrative du CIRE, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);

Dubuc, Stéphane, chargé de projet au CIRE, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);

exécutif élargi du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII), Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);

Gagné, Marie-Claude, Responsable des soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);

Goyette, Manon, secrétaire, SAD-PA, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);

l'ensemble des infirmières et des infirmiers, des infirmières auxiliaires et des infirmiers auxiliaires membres des comités permanents du CII;

membres du Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA);

Trousdell, Marie, responsable des soins infirmiers par intérim, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Des remerciements sont adressés à l'ensemble des personnes ayant contribué et participé à la présente démarche d'élaboration du cadre de référence en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS.

Mise en page et révision linguistique : Nancy Hamel, secrétaire administrative à l'enseignement et à la recherche, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE), Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC).

Environnement

Vous pouvez vous procurer ce document à l'adresse suivante :

Mario Tremblay

CSSS—IUGS (Composante CLSC)

Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)

500, rue Murray, porte 509A

Sherbrooke (Québec) J1G 2K6

Téléphone : (819) 562-9121, poste 47057

Télécopieur : (819) 780-1303

Courriel : mtremblay.clcsher@ssss.gouv.qc.ca

ISBN : 2-922997-36-7

Bibliothèque nationale du Québec 2006

Bibliothèque nationale du Canada 2006

© Centre d'innovation, d'enseignement et de recherche
La reproduction des textes est autorisée et même encouragée
pourvu que la source soit mentionnée.

Centre de santé et de services sociaux –
Institut universitaire de gériatrie
de Sherbrooke



Cadre de référence en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS

Le modèle McGill

Janvier 2006

Document préparé par :

Karine Girard, chargée de projet, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE), Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC).

Solange Lafaille, infirmière et coordonnatrice du premier cycle et des stages à l'École des sciences infirmières, Université de Sherbrooke.

Nancy Hamel, secrétaire administrative à l'enseignement et à la recherche, Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE), Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC).

En étroite collaboration avec (par ordre alphabétique) :

- Archambault, Johanne, directrice administrative du CIRE, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);
- Dubuc, Stéphane, chargé de projet au CIRE, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);
- exécutif élargi du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII), Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);
- Gagné, Marie-Claude, Responsable des soins infirmiers, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);
- Goyette, Manon, secrétaire, SAD-PA, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (composante CLSC);
- l'ensemble des infirmières et des infirmiers, des infirmières auxiliaires et des infirmiers auxiliaires
- membres des comités permanents du CII;
- membres du Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA);
- Trousdell, Marie, responsable des soins infirmiers par intérim, Centre de santé et de services sociaux-Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke.

Des remerciements sont adressés à l'ensemble des personnes ayant contribué et participé à la présente démarche d'élaboration du cadre de référence en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS.

Table des matières

Introduction	4
1. La démarche d'élaboration du cadre de référence en soins infirmiers	5
1.1 Les éléments contextuels influençant la pratique en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS.....	5
1.2 Les trois phases de la démarche du cadre de référence en soins infirmiers.....	5
2. Le choix du modèle McGill	6
2.1 Les origines du modèle McGill	6
2.2 Les sources d'influence	7
2.3 Les principaux concepts clés.....	8
2.4 Les autres appellations.....	8
3. La pratique infirmière selon le modèle McGill	8
3.1 Les postulats	8
3.2 Le métaparadigme infirmier selon le modèle McGill : la personne/famille, l'environnement, la santé et le soin	9
4. La démarche systématique de soins infirmiers selon le modèle McGill	11
4.1 Les sept étapes de la démarche systématique de soins infirmiers.....	11
4.2 La démarche exploratoire.....	12
5. Les stratégies d'intervention cohérentes avec la démarche exploratoire du modèle McGill	13
6. Les recommandations suite à la démarche du cadre de référence en soins infirmiers	13
6.1 La diffusion du cadre de référence	13
6.2 L'appropriation du cadre de référence et les arrimages à réaliser avec les démarches en cours de réalisation.....	13
6.3 L'accueil des nouveaux professionnels en soins infirmiers	14
6.4 L'accueil des stagiaires en soins infirmiers.....	14
6.5 La formation continue	14
6.6 Les rôles de soutien de divers acteurs	14
Conclusion	16

Introduction

Ce cadre de référence en soins infirmiers se veut un guide ralliant les professionnels en soins infirmiers¹ autour d'une vision commune des valeurs, des croyances et des postulats de la pratique infirmière de la composante CLSC du CSSS-IUGS.

En effet, tous les professionnels en soins infirmiers basent leur pratique professionnelle sur une façon de voir la discipline infirmière. Toutefois, il est possible que cette conception soit plus ou moins précise ou explicite. Ainsi, clarifier cette conception en élaborant un cadre de référence est nécessaire et aidant pour un professionnel afin de guider ses décisions. De façon plus collective, il permet d'assurer une cohérence des interventions des divers professionnels en soins infirmiers.

Un cadre de référence réfère au choix d'un modèle conceptuel agissant comme une structure de base à partir de laquelle la pratique infirmière évolue. Ainsi, l'élaboration d'un cadre de référence se veut un projet commun visant à se doter et à s'approprier un modèle conceptuel qui servira de guide aux professionnels en soins infirmiers de la composante CLSC dans leurs activités quotidiennes de collecte de données, d'élaboration de plan thérapeutique infirmier et d'évaluation de la qualité des soins infirmiers.

¹ L'expression « professionnels en soins infirmiers » inclut les infirmières et les infirmiers ainsi que les infirmières auxiliaires et infirmiers auxiliaires.

1. La démarche d'élaboration du cadre de référence en soins infirmiers

1.1 Les éléments contextuels influençant la pratique en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS

Afin d'élaborer le présent cadre de référence, une démarche constituée de trois phases a été planifiée et organisée en tenant compte des orientations et des valeurs de la composante CLSC et de la transformation actuelle du réseau, des modèles théoriques reconnus et du travail réalisé à ce jour au sein de l'établissement. Ainsi, tout au long de la démarche, les éléments contextuels suivants qui influencent étroitement la pratique en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS ont été pris en considération :

- les orientations stratégiques² du CLSC quant à l'offre de services (partenariat), quant aux approches (l'interdisciplinarité) et quant aux valeurs (l'empowerment, la responsabilisation et le respect).
- l'évolution des mandats des professionnels en soins infirmiers en CLSC selon les programmes nationaux;
- les changements apportés par la Loi 90 qui ont amené la redéfinition des champs de pratique de l'ensemble des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux des professionnels en soins infirmiers;
- l'évolution du rôle de responsable des soins infirmiers (RSI) et du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII) face à l'encadrement des pratiques;
- les réalités et les valeurs de la pratique en soins infirmiers communautaires du CLSC de Sherbrooke;
- les recommandations émises suite à l'inspection professionnelle de l'Ordre des Infirmières et Infirmiers qui a eu lieu en mars 2004;
- et les préoccupations reliées au contexte du projet de Loi 25 sur les agences de développement de réseaux locaux, de services de santé et de services sociaux.

À titre indicatif, la démarche d'élaboration du cadre de référence s'inscrit dans le même esprit que la journée de réflexion et d'échange ayant mobilisé l'ensemble des infirmiers et des infirmières du CLSC lors de la fusion des deux CLSC et ayant permis l'identification de valeurs communes ralliant les professionnels en soins infirmiers³.

1.2 Les trois phases de la démarche du cadre de référence en soins infirmiers

Phase 1 : Rédaction du plan de travail

Lors de la phase 1 de la démarche du cadre de référence en soins infirmiers, un plan de travail pour l'élaboration du cadre de référence en soins infirmiers a été rédigé au sein d'un comité formé des membres de l'exécutif élargi du CII, de la responsable des soins infirmiers, de Solange Lafaille de l'École des sciences infirmières et de Stéphane Dubuc, chargé de projet au CIRE.

Phase 2 : Choix d'un modèle conceptuel

A) Réflexion de fond de l'exécutif du CII (CECII)

Suite à la diffusion de ce plan de travail en 2004, la phase 2 de la démarche a été amorcée avec le soutien de Solange Lafaille, coordonnatrice à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

Les membres de l'exécutif élargi du CII ont alors réalisé une réflexion de fond sur divers contenus théoriques et modèles conceptuels afin de se mettre à jour et de questionner les fondements de différents modèles théoriques influençant la pratique en soins infirmiers communautaires.

² Compagnat, Maurice. *Contexte dans lequel doivent s'inscrire les cadres de référence des pratiques professionnelles au CLSC de la Région-Sherbrookoise. Mission et orientations stratégiques du CLSC de la Région-Sherbrookoise*, Janvier 2003.

³ Gallagher, Frances. *La profession au CLSC de la Région-Sherbrookoise : une question de « valeurs », juin 2000.*

Un modèle conceptuel en soins infirmiers réfère à une conception complète et explicite des éléments suivants :

- les postulats et les valeurs à la base de la discipline;
- le rôle de la professionnelle et du professionnel;
- la façon de voir le client du service;
- la source de difficulté;
- l'orientation des interventions infirmières;
- et les résultats attendus⁴.

Un tel modèle conceptuel doit aussi apporter une description significative des quatre concepts du métaparadigme infirmier : la personne (famille, groupe ou collectivité), la santé, l'environnement et le soin.

Cette phase 2 de réflexion de fond et d'échanges face aux modèles conceptuels, en lien avec les orientations et les valeurs de l'établissement, ainsi que certaines réalités contextuelles, a amené les membres de l'exécutif élargi du CII à choisir un modèle orienté vers la promotion de la santé qui semble bien adapté au milieu communautaire, le « modèle McGill ».

B) Rencontre d'information et d'échanges

Par la suite, Solange Lafaille et Karine Girard, chargée de projet au CIRE, ont organisé des rencontres d'information et d'échanges avec les professionnels en soins infirmiers des différents secteurs de la composante CLSC du CSSS-IUGS. Ces rencontres d'information et d'échanges avaient pour objectif de mobiliser les infirmières et les infirmiers ainsi que les infirmières auxiliaires et les infirmiers auxiliaires autour d'un projet commun que représente l'application d'un cadre de référence.

Le modèle McGill a alors été présenté aux professionnels en soins infirmiers afin de recueillir leurs impressions et en rendre compte lors de la rédaction du cadre de référence sous forme de recommandations et d'annexes.

Au total, huit rencontres d'information et d'échanges ont été réalisées du mois de février au mois d'avril 2005. Environ 100 personnes ont participé à ces rencontres, soit 70 % des professionnels en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS. Un bilan des rencontres d'information et d'échanges a été présenté au comité de direction du 28 juin 2005.

Phase 3 : Rédaction du cadre de référence

Lors de la phase 3 de la démarche, le cadre de référence a été rédigé avec l'aide de Solange Lafaille de l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

Le cadre de référence en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS a été déposé au CECII élargi le 24 novembre 2005 et au comité de direction le 23 janvier 2006 pour ensuite être diffusé aux membres du personnel concernés.

2. Le choix du modèle McGill

2.1 Les origines du modèle McGill

⁴ Kérouac, S., Pépin, J., Ducharme, F. et Major, F. *La pensée infirmière*, 2^e édition, Bibliothèque nationale du Québec, Beauchemin, 2003, ISBN : 2-7616-1971-4, p.44-45.

Tel que mentionné précédemment, suite à une réflexion de fond et d'échanges face aux modèles conceptuels en lien avec les orientations, les valeurs et certaines réalités contextuelles de l'établissement, le CECII a choisi le modèle de l'école de la promotion de la santé, le modèle McGill.

Le cadre de référence en soins infirmiers de la composante CLSC s'inspire donc principalement du modèle McGill élaboré par Moyra Allen. Madame Allen, infirmière et professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université McGill, est effectivement reconnue comme l'instigatrice de ce modèle qui a été conçu dans les années 1970.

Au fil des années, le modèle s'est développé et enrichi des découvertes de la pratique clinique du personnel professoral et des étudiants de l'Université McGill. Ainsi, ses origines sont étroitement reliées à la pratique et à l'enseignement des 75 dernières années de l'École des sciences infirmières de l'Université McGill.

2.2 Les sources d'influence

Le modèle McGill se base notamment sur deux principales sources d'influence que sont l'apprentissage social et la philosophie des soins de santé primaires.

- **Théorie de l'apprentissage social**

Selon la théorie de l'apprentissage social, élaboré par Bandura en 1977, tout être humain démontre à des degrés divers, une capacité de se représenter et d'interpréter son environnement social, de se référer au passé et d'anticiper le futur, d'observer les autres et d'en tirer des conclusions pour soi et finalement, de s'auto-réguler.

Ainsi, tout comme le met de l'avant le modèle McGill, l'être humain constitue un agent actif de changement pouvant modifier son comportement ou son environnement pour atteindre ses buts. Il agira d'autant plus s'il croit en son efficacité personnelle et s'il perçoit la pertinence de changer de comportement.

- **Philosophie des soins de santé primaires**

Les soins de santé primaires constituent pour la population un moyen de répondre à ses besoins de santé les plus fréquents et habituels en prenant en considération leurs habitudes et conditions de vie. La philosophie des soins de santé primaires met de l'avant la nécessité d'élaborer et de mettre en place une politique de santé appropriée et adaptée à la forme, à la fréquence et à la manifestation des problèmes de santé, tels qu'identifiés par la population.

Cette perspective interpelle l'ensemble des secteurs contribuant au développement de la santé : lutte contre la pauvreté, aspects nutritionnels, assainissement du logement, protection de l'environnement et plus grande justice économique et sociale. De façon plus précise, la philosophie des soins de santé primaires présente les soins de santé comme étant :

- essentiels et scientifiquement fondés;
- rendus universellement accessibles à tous les individus et famille de la communauté;
- à un coût raisonnable;
- à tous les stades de leur développement;
- dans un esprit d'auto-responsabilité et d'auto-détermination;
- se rapprochant le plus possible des lieux où les gens vivent et travaillent⁵.

⁵ Organisation mondiale de la santé. *Les soins de santé primaires*. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaire, Genève, 1978, (série « Santé pour tous », no 1), p. 2.

2.3 Les principaux concepts clés

Inspiré par ses origines et ses sources d'influences, le modèle McGill met de l'avant quatre concepts clés reflétant les valeurs au cœur de la mission première ligne de l'établissement : Personne/Famille - Santé – Apprentissage - Collaboration.

La personne/famille...

- est la cible de l'intervention.
- met en évidence l'inter-influence entre la personne et la famille.
- est un système ouvert.
- est capable et motivée à améliorer sa santé.

L'apprentissage...

- est un phénomène familial et appris.
- implique une participation active et une découverte personnelle.
- s'actualise par l'observation, la réflexion et la mise en situation.

La santé...

- est le but de l'intervention.
- est la plus grande richesse d'une nation.
- fait référence à une façon d'être et de vivre.
- est optimale si la personne/famille se caractérise par plusieurs entités de santé et l'absence de maladie.

La collaboration...

- fait référence à la nature de la relation infirmière et personne/famille.
- implique la négociation, le partage des responsabilités et des décisions.
- est liée à l'interdisciplinarité.
- est associée à une gestion participative.

2.4 Les autres appellations

Le modèle McGill peut également être représenté par les quatre appellations suivantes :

- Le modèle d'Allen
- Le modèle des forces
- Le modèle de développement de la santé
- L'école de la promotion de la santé

3. La pratique infirmière selon le modèle McGill

3.1 Les postulats

Ayant comme objectif de définir la pratique infirmière selon le modèle McGill, il est primordial de présenter les postulats préconisés par le modèle McGill. Ces postulats constituent la base de l'élaboration du modèle et de son évolution. Ainsi, on distingue les cinq postulats⁶ suivants comme étant la base du modèle McGill.

- La plus grande ressource d'une nation est sa santé.
- Les individus, les familles et la communauté aspirent à une meilleure santé et sont motivés à y parvenir.

⁶ Kéroac, S., Pépin, J., Ducharme, F. et Major, F. *La pensée infirmière*, 2^e édition, Bibliothèque nationale du Québec, Beauchemin, 2003, ISBN : 2-7616-1971-4, p. 44-45.

- La santé s'apprend par la découverte personnelle et une participation active.
- La santé est un phénomène familial.
- Les soins infirmiers sont une ressource de santé primaire pour les familles et la communauté.

3.2 Le métaparadigme infirmier selon le modèle McGill : la personne/famille, l'environnement, la santé et le soin^{7,8}

Afin de s'approprier le modèle conceptuel McGill, il importe de décrire plus précisément sa façon de définir la personne, l'environnement, la santé et le soin tout en se questionnant sur les liens qui les relient et qui orientent l'exercice de la profession d'infirmière.

- **La personne/famille**

La personne est définie par l'appartenance à un système familial. Une famille peut être formée de personnes liées par le sang, d'un groupe naturel, de personnes significatives ou de personne ayant un pouvoir d'influence au niveau de la prise de décision et ce, selon la conception de la personne/famille.

Les membres de la famille sont interdépendants. En effet, la famille a une influence importante sur ses membres, tout comme chacun des membres possède une influence au sein de sa famille. La cible personne/famille présentée par le modèle McGill met en évidence le fait que lorsque l'infirmière est en interaction avec une personne, membre d'une personne/famille, son intervention a une influence sur l'ensemble de la famille. Cette conception réfère à l'approche systémique qui considère l'interdépendance des membres de la famille plutôt que leur individualité.

La personne et la famille constituent des systèmes ouverts en interrelation continue entre elles ainsi qu'avec l'environnement et la communauté. Or, lorsqu'un changement survient dans un de ces systèmes, il engendre des modifications dans les autres systèmes et dans leurs interrelations. Ayant la capacité d'apprendre de ses expériences et d'atteindre ses objectifs, la personne participe activement à la résolution de ses problèmes. Elle a la capacité de s'adapter aux situations nouvelles, de se développer tout en apprenant de ses expériences antérieures.

Dès lors, il est intéressant de distinguer trois niveaux d'approche familiale⁹.

Premièrement, les interventions de l'infirmière peuvent être surtout centrées sur les besoins immédiats du client tout en portant une attention particulière au contexte familiale. Les besoins des autres membres de la famille sont alors perçus comme étant secondaires.

Deuxièmement, l'infirmière peut opter pour une approche impliquant un ou des membres de la famille afin de favoriser une planification optimale des soins selon les besoins exprimés et la définition du problème.

Troisièmement, l'évaluation et l'intervention de l'infirmière ciblent la famille en tant que système. Ce troisième niveau d'approche familiale nécessite des interactions personnelles avec tous les membres de la famille.

- **L'environnement**

Il est question ici de l'environnement social (versus politique, économique, etc.) au sein duquel l'apprentissage se réalise. Il s'agit de la situation ou du milieu où les habitudes de santé sont apprises. L'environnement social influence à la fois nos valeurs culturelles, nos habitudes de vie, nos relations interpersonnelles et par le fait même, nos comportements de santé.

⁷ Idem

⁸ Malo, D., Côté, S., Giguère, V. et O'Reilly, L. « Modèle de McGill et CLSC : une combinaison gagnante », *L'Infirmière du Québec*, novembre/décembre 1998, p. 28-35.

⁹ Paul, D. Intervenir auprès de la famille ou l'approche systémique, *Nursing Québec*, vol. 9, no 3, mai/juin 1989, p. 32-36.

La famille représente le premier contexte ou environnement d'apprentissage de la santé. Au cours d'une vie, la personne fréquente divers milieux de vie, tels que la garderie, l'école, un groupe d'amis ou encore le milieu de travail.

Selon le modèle McGill, la qualité de l'environnement est reliée aux conditions physiques comme la salubrité et la température ainsi qu'aux conditions sociales favorisant les relations humaines et le développement personnel.

- **La santé**

La santé est l'élément central du modèle conceptuel de McGill. La santé désigne une façon de vivre et de se développer. Elle n'est pas représentée sur un continuum de santé-maladie. La santé et la maladie sont plutôt perçues comme des éléments singuliers qui cohabitent. La santé optimale se caractérise par l'existence de plusieurs éléments de santé et l'absence de maladie. Ainsi, l'unique absence de maladie ne réfère pas automatiquement à une santé optimale.

La santé est alors illustrée comme un processus social référant à des attributs interpersonnels et à des méthodes d'apprentissage, comme le coping et le développement de la famille et de ses membres.

Le concept de coping ou stratégie d'adaptation fait référence aux efforts déployés par une personne pour composer avec certaines situations problématiques et les résoudre. Le coping fait donc appel au potentiel de la personne ainsi qu'à ses ressources personnelles et familiales¹⁰. L'objectif du coping est la résolution de problèmes et non pas l'unique diminution de tension.

Quant au développement, il est orienté par l'atteinte des buts de la personne ou de la famille vers leur accomplissement personnel.

- **Le soin**

L'objectif principal des soins infirmiers se situe au niveau de la promotion de la santé, c'est-à-dire le maintien, le renforcement et le développement de la santé de la famille et de ses membres. L'apprentissage de comportements de santé est au cœur de ce modèle.

Le processus menant au développement d'un potentiel de santé fait appel à des éléments de coordination, de collaboration et de négociation entre la personne/famille et l'infirmière. Le rôle de l'infirmière devient alors celui d'un agent facilitateur ou mobilisateur face au développement d'habiletés de la personne afin de résoudre la situation de santé. Par exemple, l'infirmière peut stimuler le développement de comportements sains.

Ainsi, d'après cette conception, la collecte de données fait partie d'une démarche exploratoire au cours de laquelle la personne/famille et l'infirmière collaborent. Ensemble, ils portent leur attention sur une problématique c'est-à-dire une situation de santé évoluant de façon constante et étant en interrelation avec diverses situations vécues au sein de la famille. L'infirmière joue le rôle de guide auprès de la personne/famille afin de l'aider à colliger l'information et la traduire.

Par la suite, lors de la planification des soins, on vise l'utilisation optimale du potentiel de la personne/famille en misant sur les forces, la motivation, les habiletés et les ressources de chacun pour agir sur la situation de santé. Une entente entre l'infirmière et la personne/famille détermine alors les objectifs à atteindre et le rôle de chacun selon les ressources de la famille.

¹⁰ Malo, D., Côté, S., Giguère, V. et O'Reilly, L. « Modèle de McGill et CLSC : Une combinaison gagnante ». *L'infirmière du Québec*. novembre/décembre 1998, p. 28-35.

Enfin, une évaluation constante réalisée par chacun des partenaires impliqués expose les ajustements à effectuer. Il est mis de l'avant que la personne/famille doit être invitée à participer activement à ses soins si l'on souhaite un véritable changement positif de sa situation de santé.

4. La démarche systématique de soins infirmiers selon le modèle McGill¹¹

4.1 Les sept étapes de la démarche systématique de soins infirmiers

La démarche systématique de soins infirmiers selon le modèle McGill peut se résumer par les sept étapes illustrées dans le tableau ci-dessous. Chacune de ces étapes est réalisée en collaboration avec la personne/famille.

<p>1. La situation</p>	<p>5. La planification</p>
<p>L'infirmière identifie les éléments de santé dans la situation du client; sa façon de faire face (coping) aux événements habituels et aux situations difficiles.</p> <p>Elle collecte des données sur la situation actuelle et la situation souhaitée.</p>	<p>L'infirmière met en évidence les points forts et le potentiel de la personne/famille.</p> <p>Le plan thérapeutique infirmier est rédigé sur la base des objectifs de la personne/famille, négociés avec l'infirmière.</p>
<p>2. Le contexte</p>	<p>6. L'échéancier</p>
<p>L'infirmière prend en considération les répercussions de la situation sur la dynamique familiale dans son ensemble et sur chaque membre en particulier.</p>	<p>L'infirmière répartie les interventions dans le temps et choisit le moment propice pour réaliser le plan thérapeutique infirmier.</p>
<p>3. La perspective</p>	<p>7. L'évaluation</p>
<p>L'infirmière entrevoit la situation à court, moyen et long terme; la situation évolue et est influencée par les autres événements de la vie.</p>	<p>L'infirmière évalue les réponses de la personne/famille au plan thérapeutique infirmier initial.</p> <p>Elle ajuste les objectifs en fonction de ses réactions, des besoins et des résultats attendus.</p>
<p>4. La définition du problème</p>	
<p>L'infirmière étudie la situation de façon exploratoire en utilisant diverses sources de données; elle cherche l'explication la plus plausible dans la situation.</p> <p>Il y a alors la définition d'une hypothèse consensuelle négociée avec la personne/famille.</p>	

L'infirmière auxiliaire contribue à la réalisation des sept étapes selon le plan thérapeutique infirmier.

¹¹ Malo, D., Côté, S., Giguère, V. et O'Reilly, L. « Modèle de McGill et CLSC : Une combinaison gagnante ». *L'infirmière du Québec*, novembre/décembre 1998, p. 28-35.

À titre indicatif, au cours de la collecte de données située lors de la première étape de la démarche systématique de soins infirmiers nommée « la situation », l'infirmière peut explorer les aspects suivants de la personne/famille, de sa santé et de son environnement.

Personne/Famille

- Composition
- Histoire
- Liens
- Forces

Environnement

- Physique
- Social

Santé

- Situation actuelle (Degré de concordance entre la vision de la personne/famille et de l'infirmière)
- Coping (Croyances, capacité de faire face et/ou stratégies d'adaptation)
- Développement (Expériences de vie, habitudes de vie, valeurs et/ou façons habituelles d'apprendre et de résoudre les problèmes)
- Situation souhaitée (Degré de concordance entre la vision de la personne/famille et de l'infirmière ou l'infirmier)

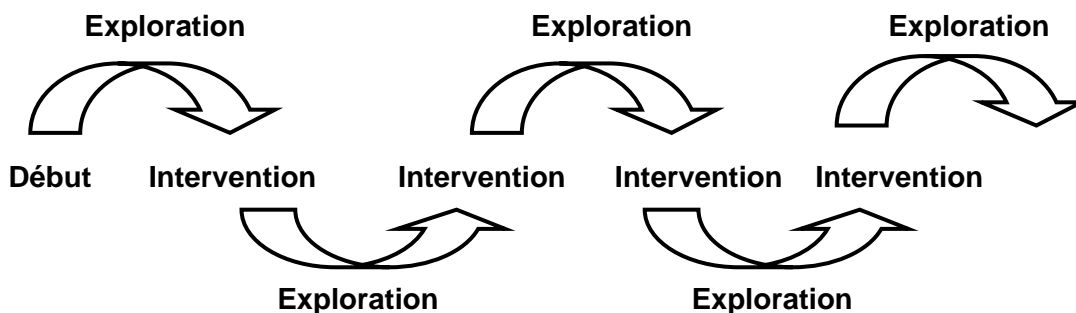
4.2 La démarche exploratoire

La notion de démarche exploratoire associée au modèle McGill fait référence à l'exploration de la situation en collaboration ou partenariat avec la personne/famille. Pour ce faire, l'infirmière ou l'infirmier peut notamment poser des questions exploratoires visant à identifier :

- les forces et le potentiel de la famille;
- ses façons d'apprendre et de solutionner ses problèmes;
- ses priorités à court terme;
- ses buts à long terme, etc.

Cette démarche exploratoire nécessite une collaboration entre l'infirmière, l'infirmier et la personne/famille afin qu'ils conviennent ensemble d'une définition commune du problème sous la forme d'une hypothèse consensuelle. Par la suite, ils seront en mesure de négocier des objectifs à court, moyen et long termes qui seront énoncés dans le plan thérapeutique infirmier.

Cette démarche exploratoire est continue puisque suite à chacune des interventions réalisées auprès de la personne/famille, il y a une nouvelle période d'exploration, menant parfois à l'ajustement du plan thérapeutique infirmier.



Ainsi, selon le modèle McGill, la démarche des soins infirmiers n'est pas statique. Elle est dite exploratoire et circulaire dans la mesure où chaque rencontre avec la personne/famille peut amener des éléments de réévaluation.

5. Les stratégies d'intervention cohérentes avec la démarche exploratoire du modèle McGill

Suite à cette présentation de la démarche systématique de soins infirmiers selon le modèle McGill, il est intéressant de mettre en évidence les objectifs de certaines stratégies d'intervention pouvant être utilisées lors de la démarche exploratoire avec la personne/famille.

La négociation...

- vise à établir les priorités et les modalités d'action.
- vise le partage de la responsabilité et des actions :
 - entre les membres de la famille;
 - entre la personne/famille et l'infirmière.

Le recadrage...

- vise un changement de perception face :
 - à la situation;
 - aux solutions possibles;
 - à l'efficacité personnelle de la personne/famille;
 - au bien-fondé d'une action.

Les pratiques d'empowerment...

- visent la responsabilisation et l'habilitation de la personne/famille à faire face à sa situation.

Le modeling...

- vise l'apprentissage de nouvelles habiletés :
 - manuelles;
 - cognitives;
 - relationnelles.

Par ailleurs, une approche multidisciplinaire est valorisée lorsqu'il y a un besoin de complémentarité d'expertises ou de concertation des interventions conduites par divers intervenants actifs dans les mêmes situations ou dossiers. L'interdisciplinarité est nécessaire lorsqu'il y a un besoin d'intégrer diverses expertises en vue d'agir dans un but commun.

En outre, afin de favoriser la continuité des services et le partenariat, l'infirmière est appelée à travailler en collaboration avec les partenaires internes et externes de l'établissement.

6. Les recommandations suite à la démarche du cadre de référence en soins infirmiers

6.1 La diffusion du cadre de référence

Il faudra faire connaître aux partenaires internes (notamment les médecins) et externes (université, collègues, autres CSSS de la région, CHUS et GMF) ce cadre de référence. Un plan de diffusion a été structuré par la RSI par intérim, le CECII, le CIRE et les services des communications et a été approuvé par le comité de direction le 23 janvier 2006.

6.2 L'appropriation du cadre de référence et les arrimages à réaliser avec les démarches en cours de réalisation

Dans le contexte actuel de nombreux changements organisationnels au sein de l'établissement, les participants aux rencontres d'information et d'échanges ont manifesté une crainte à l'effet que la présente démarche du cadre de référence modifie encore une fois leurs outils de pratique.

En lien avec cet aspect, il sera important de s'assurer d'un lien entre la démarche du cadre de référence en soins infirmiers et celle des plans d'interventions interdisciplinaires (PII), des plans d'interventions unidisciplinaires (PIU) et des plans de services individualisés (PSI) afin qu'elles ne se déroulent pas de façon indépendante. Pour ce faire, il importera notamment de favoriser des arrimages avec la Direction intérimaire de la qualité qui est porteuse de la démarche des PII, PIU et PSI. Il faudra également valider les liens à faire avec la Politique de tenue de dossiers. De plus, il faudra favoriser des arrimages avec d'éventuelles démarches liées aux outils de travail tels que l'outil multiclientèles et le dossier SIGG. En effet, certaines petites adaptations des outils de travail pourraient faciliter l'appropriation du cadre de référence. Une attention particulière devra être accordée au développement d'un langage commun au sein de l'organisation.

En outre, les participantes et les participants aux rencontres d'information et d'échanges ont émis le souhait de bénéficier d'un soutien lors de l'étape d'appropriation afin de favoriser une meilleure intégration du modèle conceptuel dans leur pratique. Il sera dès lors pertinent de dégager un plan d'action détaillé pour cette phase d'appropriation.

Ce plan d'appropriation sera structuré par la RSI par intérim, le CECII et la conseillère clinique à la qualité pour ensuite, être soumis au comité de direction pour approbation. Il faudra notamment prévoir l'ajustement des outils et des pratiques en cohérence avec le cadre de référence.

Par ailleurs, compte tenu que peu de membres du personnel d'encadrement ont participé aux rencontres d'information et d'échanges, il est recommandé que l'ensemble des gestionnaires, assistants au supérieur immédiat et assistants à la coordination professionnelle (ASI-ACP) et chefs d'équipes encadrant des professionnels en soins infirmiers de la composante CLSC participent à une formation sur le modèle McGill. En effet, il importera que ces personnes puissent se familiariser avec la démarche et échanger des idées en lien avec la phase d'appropriation tout en favorisant des liens avec les autres démarches en cours de réalisation.

6.3 L'accueil des nouveaux professionnels en soins infirmiers

Il sera important de prévoir une modalité dans le plan de diffusion afin de faire connaître le cadre de référence en soins infirmiers lors de l'accueil et de l'orientation des nouveaux professionnels en soins infirmiers de la composante CLSC du CSSS-IUGS.

6.4 L'accueil des stagiaires en soins infirmiers

Afin de les sensibiliser aux approches de la composante CLSC, il importera de faire connaître le cadre de référence en soins infirmiers lors d'une activité spéciale d'accueil dans la discipline des stagiaires en soins infirmiers au sein de la composante CLSC du CSSS-IUGS (sous la responsabilité du CIRE, en collaboration avec le CECII).

6.5 La formation continue

Au cours de la démarche d'élaboration du cadre de référence en soins infirmiers, plusieurs besoins de formation en lien avec l'application du modèle ont été identifiés.

- Les sept étapes de la démarche systématique de soins infirmiers
- Les pratiques d'empowerment
- L'approche systémique familiale
- La collaboration interprofessionnelle (interdisciplinarité)
- La négociation

Il faudra mettre en place une démarche structurée entre la direction des ressources humaines et informationnelles (DRHI), la RSI par intérim, le CECII et la conseillère clinique à la qualité pour préciser et élaborer un plan de formation structuré qui serait soumis à l'approbation du comité de direction. Il importera que ce plan de formation

prenne en considération la réalité et les besoins de la pratique de chaque secteur et/ou équipe. En effet, il faudra tenir compte des particularités des différents contextes de pratique en soins infirmiers tels que les ressources intermédiaires et les ressources de type familial, les groupes de médecine de famille (GMF), le milieu scolaire, etc.

6.6 Les rôles de soutien de divers acteurs

Plusieurs acteurs seront appelés à soutenir les professionnels en soins infirmiers au regard de l'appropriation et l'application du cadre de référence en soins infirmiers.

Le CECIL et la responsable des soins infirmiers

- Élaborer un plan d'appropriation et de diffusion du cadre de référence en soins infirmiers.
- Diffuser le cadre de référence en soins infirmiers.
- Animer leurs membres en suscitant des réflexions cohérentes avec le cadre de référence (ex : se donner des outils).
- Réviser périodiquement le cadre de référence et s'assurer de sa pertinence.

Les gestionnaires et les personnes assumant des fonctions de coordination encadrant des professionnels en soins infirmiers

- Tenir compte du cadre de référence en soins infirmiers lors de l'élaboration d'outils et de façons de faire dans les secteurs pour assurer une cohérence avec celui-ci.
- Soutenir la participation à des discussions et à des formations en lien avec le cadre de référence en soins infirmiers.

La conseillère clinique ou le conseiller clinique à la qualité des soins infirmiers

- Soutenir tous les acteurs impliqués dans l'application du cadre de référence et assurer le suivi de la démarche ainsi que son évaluation.

Enfin, il sera important de maintenir notre association avec notre partenaire universitaire (École des sciences infirmières) pour l'évaluation de la démarche et la révision du cadre de référence.

Conclusion

En somme, la démarche d'élaboration du cadre de référence en soins infirmiers permet le positionnement de la composante CLSC du CSSS-IUGS par rapport à différents courants de pratique en soins infirmiers. Cette démarche constitue également une occasion d'aider les professionnels en soins infirmiers à s'approprier les nouveaux paramètres de pratique découlant de la loi 90 et de revisiter les perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière¹².

Ce cadre de référence de la composante CLSC du CSSS-IUGS s'inspire donc principalement du modèle McGill, tout en se basant sur des sources d'influence et des postulats de base, met de l'avant une façon de voir la personne-famille, l'environnement, la santé et le soin. La démarche systématique de soins infirmiers à caractère exploratoire prônée par le modèle McGill met en évidence quatre concepts clés qui sont la personne/famille – la santé – l'apprentissage – la collaboration.

Afin de favoriser l'appropriation de ce cadre de référence et l'utilisation de stratégies d'intervention cohérentes avec la démarche exploratoire, il sera important de tenir compte des recommandations émises suite à la démarche du cadre de référence en soins infirmiers en adoptant un plan d'action détaillé pour cette phase d'appropriation.

U:\nanham\Karine\Cadre de référence en soins infirmiers.doc

¹² Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, *Perspectives de l'exercice de la profession d'infirmière*, Réédition 2004.

À PROPOS DU DOCUMENT...

Ce cadre de référence en soins infirmiers réfère au choix du modèle McGill agissant comme une structure de base à partir de laquelle la pratique infirmière évolue. Il met en évidence une conception explicite des postulats et des valeurs à la base de la discipline, du rôle de la professionnelle et du professionnel, de la façon de voir le client du service, de la source de difficulté, de l'orientation des interventions infirmières et des résultats attendus. Ce cadre de référence apporte également une description des quatre concepts du métaparadigme infirmier : la personne (famille, groupe ou collectivité), la santé, l'environnement et le soin.

À PROPOS DES AUTEURS...

Karine Girard est chargée de projet au *Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement (CIRE)*. À ce titre, elle contribue notamment au développement des activités de soutien aux programmes et à l'innovation en soutenant des dossiers d'établissement nécessitant une réflexion critique sur l'organisation des services et des pratiques cliniques. Ainsi, elle joue le rôle d'un agent de changement et de concertation auprès des membres du personnel, des gestionnaires et des partenaires de l'établissement.

Solange Lafaille est infirmière bachelière, détentrice d'un diplôme de deuxième cycle en sciences infirmières. Depuis 2001, elle occupe la fonction de coordonnatrice des études de premier cycle et coordonnatrice des stages à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé à l'Université de Sherbrooke. En outre, elle est chargée de cours et de supervision de stages. Elle cumule plus de 25 ans d'expérience comme infirmière dans différents secteurs d'activités.

La responsable des soins infirmiers de la composante CLSC par intérim, les membres de l'exécutif élargi du Conseil des infirmières et des infirmiers (CII), les membres des comités permanents du CII, les membres du Conseil des infirmières et infirmiers auxiliaires (CIIA) ainsi que l'ensemble des infirmières et des infirmiers, des infirmières auxiliaires et des infirmiers auxiliaires ont été invités à contribuer à l'élaboration du cadre de référence lors des rencontres d'information et d'échanges. De plus, le comité de direction de la composante CLSC a contribué à la validation du cadre de référence.

À PROPOS DU CIRE...

La composante CLSC du Centre de santé et de services sociaux – Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS) a créé une direction au sein de l'établissement afin de soutenir et coordonner la mission d'enseignement et de recherche en favorisant l'innovation clinique, pédagogique, scientifique et en transfert de connaissances. Cette direction porte le nom de « Centre d'innovation, de recherche et d'enseignement » (CIRE). À cette direction, s'est ajoutée en 2002, une direction scientifique de la recherche qui relève de la direction générale, mais collabore au quotidien avec le CIRE. Le rôle de cette direction est d'assurer un leadership scientifique au niveau du développement de la recherche.

La mission du CIRE est conçue pour favoriser des interactions continues entre quatre domaines d'intervention : 1) le soutien aux programmes et à l'innovation clinique; 2) l'enseignement; 3) la recherche et 4) la diffusion scientifique et le transfert des connaissances. Ces quatre domaines sont envisagés comme des moyens de soutenir l'amélioration de la qualité des services et le développement continu du personnel.