

LE COMITÉ DE SOINS INFIRMIERS : AU CŒUR DU LEADERSHIP ET DE LA QUALITÉ DE LA PRATIQUE SOIGNANTE

BÉNÉDICTE GUIMOND, INF., B. SC. INF.

Conseillère clinique

Maison Michel-Sarrazin

bguimond@michel-sarrazin.ca

SYLVIE LÉVESQUE, INF.

Maison Michel-Sarrazin

MARIE-HÉLÈNE LÉVESQUE, INF., B. SC. INF.

Maison Michel-Sarrazin

ELIZABETH PEPIN, INF., ÉT. M. SC. INF.

Maison Michel-Sarrazin

CONTEXTE PROFESSIONNEL

Au Québec, les infirmières représentent le plus grand groupe de professionnels avec plus de 75 000 membres actifs (OIIQ, 2018). À la Maison Michel-Sarrazin, comme dans la plupart des milieux cliniques, les infirmières sont les plus nombreuses au sein de l'équipe des professionnels. Ainsi, de par sa proximité et son expertise au chevet des patients et des proches, l'infirmière est en bonne position pour cibler les besoins de la clientèle et leurs enjeux (Bender, Williams, Su et Hites, 2016). Cette position est soutenue par le plein développement et l'occupation maximale de son champ de compétences. Par ailleurs, l'exercice du leadership infirmier permet d'influencer positivement l'équipe, en plus de nourrir la motivation en milieu de travail (Adams et Natarajan, 2016). Enfin, la Maison Michel-Sarrazin compte des infirmières parmi ses décideurs, tant à la direction générale et à la coordination qu'à la gestion des risques liés à la prestation des soins. C'est dans cette culture que s'inscrit depuis toujours la pratique infirmière dans l'organisation. Ainsi, la présence du

Comité de soins et celle d'infirmières gestionnaires permettent de mettre en valeur l'influence clinique et politique des infirmières, en plus de les impliquer directement dans les procédures qui les concernent (Adams et Natarjan, 2016).

HISTORIQUE

Au tournant des années 2000, le milieu de la santé au Québec fut le sujet d'importants changements avec l'arrivée d'une loi visant à réformer le Code des professions. Dès 2002, la loi 90 offrait un champ de pratique élargi notamment aux infirmières, mais aussi aux autres catégories de professionnels œuvrant au sein du système de santé. La profession infirmière se voit alors octroyer de nouvelles activités réservées, comme d'évaluer l'état physique et mental d'une personne symptomatique, de décider du plan de traitement d'une plaie, d'administrer et ajuster un médicament si celui-ci fait déjà l'objet d'une ordonnance.

C'est dans ce contexte d'ascension professionnelle sans précédent que le Comité de soins de la Maison Michel-Sarrazin est mis sur pied en 2002, à l'initiative de la coordonnatrice des soins infirmiers de l'époque¹. Riche de son expérience d'infirmière soignante acquise à la Maison, elle connaissait la portée et l'influence de la vision infirmière. En effet, dès la fin des années 80, elle avait pu s'impliquer dans l'amélioration des soins de la bouche chez les patients en phase terminale, avec l'aide d'autres infirmières visionnaires². De la vision, il en fallait à cette époque pour se préoccuper des soins buccaux dentaires des patients mourants. D'une part, les soins palliatifs étaient marginaux et, d'autre part, les soins de la bouche n'avaient jamais fait l'objet d'attention particulière de la part de la communauté soignante. Par leur mobilisation, ces infirmières ont établi les bases du futur comité.

Ainsi, en créant le Comité de soins, la coordonnatrice souhaitait établir une structure où les infirmières pourraient s'impliquer et mettre en valeur leur expertise avec un mandat clair: participer à des projets concrets qui permettraient de faire évoluer la pratique infirmière, tout en assurant le rayonnement du secteur des soins. À l'époque, l'idée était audacieuse pour une maison de soins palliatifs. Les plus grands centres hospitaliers possédaient déjà des groupes de travail s'apparentant au Comité de soins, comme les Conseils des infirmières et infirmiers (CII), mais la création d'un comité de soins était une première pour une organisation privée de cette envergure. De fait, les établissements comme la Maison Michel-Sarrazin ne sont pas liés par les mêmes obligations que le réseau public, soit, entre autres, celle de se doter d'un CII. Qu'à cela ne tienne, la Maison a l'habitude d'innover! C'est ainsi qu'une première équipe constituée de quatre infirmières est formée. Il importe de mentionner que, dès le début, la direction avait reconnu l'importance de rétribuer les infirmières pour le travail réalisé dans ce comité³.

Depuis la création du Comité, les infirmières souhaitant mettre l'épaule à la roue s'engagent à participer aux travaux pendant deux années consécuti-

ves. Ensuite, pour permettre l'implication de nouvelles infirmières, une période de recrutement est ouverte, et les professionnelles volontaires peuvent postuler. Toujours aussi populaire depuis sa création, le Comité n'a jamais été à court de candidatures, puisque la philosophie du milieu favorise naturellement l'implication comme façon de nourrir la motivation. D'ailleurs, la participation des infirmières aux travaux du groupe donne souvent un second souffle à la carrière de celles qui ressentent le besoin de s'y investir.

MANDATS

Le mandat premier du Comité est de participer à des projets qui s'inscrivent dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et d'évolution de la pratique infirmière, mais d'autres mandats ad hoc peuvent s'ajouter. Concrètement, les demandes adressées au Comité de soins par les différents professionnels à la Maison consistent à mettre en place ou à perfectionner des procédures afin que les soins prodigués soient les plus compatibles possible avec les besoins de la clientèle. Il s'agit aussi de développer des outils de suivi adaptés à la pratique en fin de vie, de répondre à toutes les demandes provenant de la coordonnatrice des soins et de lui remettre des avis, le cas échéant. De plus, le Comité cherche à adopter une pratique réflexive par la présentation de cas cliniques devant l'équipe interdisciplinaire, tout en promouvant la philosophie de soins de la Maison⁴ et en participant à l'élaboration de formations continues en phase avec les exigences du milieu.

RÉALISATIONS

Depuis la création du Comité de soins, de nombreux projets ont vu le jour et ont permis de faire rayonner l'expertise des infirmières au sein de la Maison Michel-Sarrazin. Ces projets ont également bénéficié aux équipes de soins palliatifs de toute la province par le transfert de connaissances

cliniques. Une première publication d'envergure fut réalisée en 2004 ; elle portait sur un sujet très pertinent pour la clientèle de fin de vie, soit les lésions de pression. L'ouvrage intitulé *Les ulcères de pression chez les malades en phase terminale* se voulait un guide pratique et complet destiné aux intervenants œuvrant en soins palliatifs. En effet, les membres du Comité étaient déjà bien soucieux de l'impact de ce type de lésions sur la qualité de vie des patients, d'autant plus que la possibilité de guérison est souvent limitée chez le patient mourant. Autre fait à noter : ce fut le premier guide en français spécialement dédié au sujet !

En 2008, un deuxième guide paraissait et reprenait le fascicule original des soins de la bouche. Intitulée *Les soins de la bouche chez les malades en phase terminale*, cette publication a permis de mettre en lumière les problèmes buccaux les plus courants et de promouvoir l'importance des soins buccaux dentaires chez la clientèle atteinte de maladies avancées. Ce sujet, toujours actuel bien que plus connu, continue de solliciter l'intérêt des professionnels. La documentation développée par la Maison permet un rayonnement des connaissances vers les établissements d'enseignement, les congrès ou des cours accrédités en formation continue.

Enfin, le dernier ouvrage, *Les plaies malignes en phase terminale*, fut publié en 2012. Méconnues de la majorité des milieux de soins et d'enseignement, ces plaies complexes et incurables comportent leur lot de défis cliniques. Grâce à une expertise de soins acquise au cours de décennies d'accompagnement en oncologie terminale, les infirmières de la Maison Michel-Sarrazin sont devenues des expertes pour soigner ce type de lésions. À l'époque, les efforts nécessaires à la rédaction d'une telle publication étaient considérables, d'autant plus que peu d'études scientifiques s'étaient intéressées au sujet.

Ces trois grands projets ont contribué de manière inédite au développement de la documentation en sciences infirmières, et ils font partie d'une longue liste d'autres réalisations. Parmi les travaux menés par les membres du Comité durant les cinq dernières années, il y a aussi l'élaboration d'un outil

abrégé pour améliorer la rédaction de notes évolutives, d'un registre de techniques de soin basé sur les meilleures pratiques, d'un outil pour la prévention des lésions de pression, et la collaboration à la révision d'un outil de prévention des chutes. Ces outils sont tous spécifiquement adaptés aux éléments de surveillance particuliers à notre clientèle et répondant aux exigences actuelles de rigueur quant à la documentation de l'exercice infirmier.

LOGISTIQUE DE TRAVAIL

Pour mener à bien leurs projets, les membres se réunissent neuf fois par année, de septembre à juin. Ces rencontres sont rémunérées à titre de journée de travail complète, et les infirmières sont libérées de leur charge pour se consacrer pleinement au travail du groupe. Les réunions sont toujours dirigées par la conseillère clinique, qui agit à titre de présidente et de secrétaire. À la fin des séances, au besoin, les tâches sont réparties en parts égales, jusqu'à la prochaine rencontre. Évidemment, la force de chacune est mise à contribution. Entre les réunions, les membres agissent toutes à titre de représentantes de la qualité des soins et s'engagent à communiquer les dernières nouveautés à leurs collègues.

PERSPECTIVES

Plusieurs idées sont toujours sur la table du Comité de soins infirmiers. Le principal projet en cours est la réédition du guide sur les lésions de pression. En effet, une mise à jour est nécessaire, car de nouveaux outils et connaissances se sont imposés depuis l'édition initiale de 2006. Aussi, deux membres du Comité ont présenté les outils de suivis infirmiers lors d'une séance de présentations par affiche au congrès 2019 de l'Association québécoise de soins palliatifs (AQSP). Dans un contexte de vieillissement de la population, de soins médicaux toujours plus complexes, d'enjeux professionnels et sociaux en constante évolution, ce ne seront assurément pas

les défis qui manqueront pour les professionnels de la Maison Michel-Sarrazin. Ainsi, plus que jamais, l'expertise des infirmières et leur leadership seront essentiels pour assurer la qualité et le rayonnement de la pratique infirmière en soins palliatifs, et la présence d'un Comité de soins infirmiers est certainement l'une des clés pour y arriver!

Pour commander les publications du Comité de soins, vous pouvez écrire à l'adresse suivante: bgui-mond@michel-sarrazin.ca

Remerciements à M^{me} Geneviève Léveillé, M^{me} Jessica Rassy et M. Olivier Bolduc pour la révision de ce texte.

RÉFÉRENCES

- Adams, J. M. et S. Natarajan, 2016. Understanding Influence within the Context of Nursing. *Advances in Nursing Science*, 39(3), 40–56. <https://doi.org/10.1097/ans.0000000000000134>
- Bender, M., Williams, M., Su, W., & Hites, L. (2016). Clinical Nurse Leader Integrated Care Delivery to Improve Care Quality: Factors Influencing Perceived Success. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(4), 414–422. <https://doi.org/10.1111/jnu.12217>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (s. d.). Conseil des infirmières et infirmiers. Récupéré 19 mars 2019, de <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/gouvernance-clinique/conseil-des-infirmieres-et-infirmiers?inheritRedirect=true>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2018). Qui sommes-nous? Récupéré 19 mars 2019, de <https://www.oiiq.org/l-ordre/qui-sommes-nous>
- Rassy, J. (2018, 15 novembre). Les sept bons de l'influence politique infirmière. Récupéré 19 mars 2019, de <https://www.oiiq.org/les-sept-bons-de-l-influence-politique-infirmiere?inheritRedirect=true>
- Vallé, P. (2002, 12 octobre). Nouvelles pratiques infirmières. *Le Devoir*. Consulté sur <https://www.ledevoir.com/societe/11004/la-loi-90-nouvelles-pratiques-infirmieres>

NOTES

1. Geneviève Léveillé, infirmière œuvrant à la Maison Michel-Sarrazin depuis 1986. Elle y a occupé diverses fonctions. Aujourd'hui, Mme Léveillé est la directrice générale adjointe.
2. Nicole Gagnon-Rousseau et Nicole Labbé.
3. La Maison Michel-Sarrazin est un centre hospitalier privé, à but non lucratif, et les activités réalisées dans les divers comités sont bénévoles.
4. La philosophie qui guide la pratique professionnelle à la Maison Michel-Sarrazin se nomme l'Humaindevenant.