

# PRESTATION *des services*



5



Santé  
Canada Health  
Canada



ᐱᐱᐅᐅ ᐱᐱᐱᐱ ᐱᐱᐱᐱ  
INUIT TAPIIRIKAT KANATAMI  
Inuit Tapiriitkat of Canada

*Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé.*

Santé Canada

*Also available in English under the title **First Nations and Inuit Home and Community Care Planning Resource Kit.***

On peut obtenir, sur demande, la présente publication sous d'autres formes.

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec le :

Centre d'information national de la  
Direction générale des services médicaux  
Indice de l'adresse 1920 A  
Pré Tunney  
Ottawa (Ontario) K1A 0L3

Ce document est offert sur le site Web de Santé Canada :  
<http://www.hc-sc.gc.ca/msb> et l'Assemblée des Premières nations  
website: [www.afn.ca](http://www.afn.ca)

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux  
Canada, 2000

N° de catalogue : H34-105/2000-5F  
ISBN : 0-662-84453-X

# TABLE DES MATIÈRES



## *À propos du présent guide*

But .....	1
Utilisation du présent guide .....	1
Autres documents et outils de référence utiles .....	2

## *Introduction* .....

3

## *Réaliser l'évaluation du client*

Étapes précédant la visite à domicile .....	4
Réaliser l'entrevue d'évaluation .....	7
Utiliser l'outil d'évaluation .....	8
Admission .....	12
Non-admission .....	13

## *Concevoir un plan de soins et de prise en charge*

Concevoir un plan de soins pour le client .....	15
Collecte des données sur le client .....	19
Prise en charge .....	20

## *Affecter les employés appropriés* .....

25

## *Fournir les services indiqués dans le plan de soins* .....

30

## *Remplir les dossiers des clients et présenter des rapports* ..

32

## *Réévaluer Régulièrement les clients*

Motifs de réévaluation .....	37
Revoir le plan de soins .....	38
Congé .....	39
Contrôler les résultats du programme .....	40

## *Annexes*

Annexe A - Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits Manuels des modèles de normes et de politiques . . .	43
Annexe B - Exemple de registre . . . . .	49
Annexe C - Liste recommandée des fournitures et de l'équipement médical de base et des fournitures et de l'équipement médical supplémentaire pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits . . . . .	50
Annexe D - Exemple de cas . . . . .	55

# À PROPOS DU PRÉSENT GUIDE



## But

Le guide 5 décrit les processus de prestation des services de soins à domicile et de soins en milieu communautaire offerts aux clients.

Le présent guide s'adresse aux membres des équipes des services de santé et des services sociaux responsables de la prestation de services de soins à domicile et en milieu communautaire auprès des communautés des Premières nations et des Inuits.

## Utilisation du présent guide

*Le présent ouvrage sert de guide. On y trouve des suggestions et des approches qu'il est possible d'appliquer à la prestation des services essentiels faisant partie du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, à partir des activités de renvoi, d'évaluation et d'admission d'un client jusqu'à son congé, en passant par la planification et la prestation des soins. Le manuel aborde aussi de façon générale les rapports essentiels à présenter, le contrôle et la collecte des données. Le guide 6, Évaluation, couvrira ces derniers points plus en détail.*

Nombre de suggestions et d'idées figurant dans le présent guide ont été présentées par des personnes ayant une expérience pratique des soins à domicile et en milieu communautaire auprès des communautés des Premières nations et des Inuits. *Choisissez celles qui reflètent le mieux les valeurs de votre communauté et répondent de la façon la plus appropriée à ses besoins particuliers.*

## Autres documents et outils de référence utiles

Au début de l'année 2000, un groupe de travail réunissant des représentants des Premières nations, des Inuits et de Santé Canada a supervisé l'élaboration d'un **Manuel de modèles de normes** et d'un **Manuel de modèles de politiques** pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits. On proposait ces manuels à titre de ressources pour appuyer les communautés qui élaboraient leurs propres programmes de soins à domicile et en milieu communautaire et pour soutenir la prestation des services. On retrouve à l'annexe A un résumé du contenu des deux manuels, eux-mêmes accessibles sur le site Web de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, à l'adresse suivante : **<http://www.hc-sc.gc.ca/msb/fnihp/finhcc/index.htm>**. On peut aussi obtenir ces documents sur cédérom ou sur papier en les demandant aux bureaux de la direction générale.

On a aussi créé un **Babillard** pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, auquel on peut accéder par le site Web de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Le babillard vise à faciliter les échanges concernant la planification et la conception des programmes, et on y affichera aussi des commentaires des travailleurs en soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, des dirigeants et des représentants régionaux et nationaux touchant les obstacles et les défis qu'ils ont dû relever et les réussites qu'ils ont connues.

Le babillard permet aux utilisateurs de partager des informations sur le programme de soins à domicile de leur communauté et de joindre des fichiers à leurs messages, de façon que les autres utilisateurs puissent les télécharger, poser des questions ou offrir des suggestions.

# INTRODUCTION



Tout au long du présent guide, on s'appuiera sur la vision, l'énoncé de principes et l'énoncé de mission, qui forment l'essence du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire réalisé dans votre communauté et guident de façon générale les décisions relatives à la prestation des services. On recommande donc que les suggestions concernant la prestation de services présentées dans le présent guide soient appliquées en fonction de la vision, de l'énoncé de principes et de l'énoncé de mission propres à votre programme.

Si l'on veut que le programme réussisse, il sera important que les dirigeants de la communauté approuvent ces énoncés, mais aussi qu'ils en saisissent bien la teneur et qu'ils les appuient. Il faudra aussi les transmettre de façon régulière et continue aux membres de la communauté. Si vous n'avez pas rédigé la vision, l'énoncé de principes et l'énoncé de mission de votre programme, veuillez utiliser les exemples fournis dans le guide 1 — Mise en branle.

Les soins de santé ont été la cible de modifications majeures pendant la dernière décennie, et cette tendance devrait se poursuivre.

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire de votre communauté et le processus de prestation de services resteront souples, afin que vous puissiez réagir à ces modifications et aux besoins changeants de votre communauté et de ses membres.

**L'objectif de la prestation des services du programme est de permettre aux clients de rester à domicile le plus longtemps possible. Dans ce but, il faut fournir aux clients et à leur famille les services nécessaires de façon sécuritaire, coordonnée et efficiente en fonction de leurs besoins, tout en utilisant au maximum l'ensemble des ressources.**

# RÉALISER L'ÉVALUATION DU CLIENT

Tout le monde peut présenter une demande de services de soins à domicile ou en milieu communautaire. La coordonnatrice des soins à domicile reçoit des demandes provenant de nombreuses sources : la personne elle-même, un membre de sa famille ou de la communauté, le médecin, un organisme de soins communautaires ou de services sociaux, ou encore un organisme externe.

Il peut être facile de choisir entre l'admission et la non-admission, mais la plupart des recommandations déboucheront sur une visite à domicile et l'évaluation détaillée du client dans le but d'établir ses besoins en soins et de choisir le programme ou l'organisme qui y répondra de la façon la plus appropriée. Il est important que l'évaluation se déroule au domicile du client, puisque de nombreux aspects de l'environnement influent sur les besoins en soins du client; on devra par exemple vérifier s'il est possible d'utiliser un fauteuil roulant.

## Étapes précédant la visite à domicile

Avant de rendre visite au client, on recommande que la coordonnatrice des soins à domicile<sup>1</sup> (ou le membre de votre communauté qui sera responsable des évaluations des clients) réalise le travail préparatoire suivant :

- Obtenir les informations pertinentes sur la recommandation : ordonnance d'un médecin ou d'un autre professionnel désigné, résumé au congé préparé par l'établissement de soins de courte durée, inquiétudes d'autres personnes, professionnels ou membres de la communauté.

---

<sup>1</sup> Aux fins du présent guide, le titre Coordonnatrice des soins infirmiers à domicile fait allusion à une infirmière autorisée ayant de la formation en évaluation des clients et en évaluation de cas qui est responsable de la gestion et de la coordination du Programme des soins à domicile et en milieu communautaire. Les titres ainsi que les rôles et les responsabilités peuvent varier d'une communauté à l'autre.



- Commencer à remplir les premiers formulaires qui seront versés au dossier du client en inscrivant les informations de base fournies avec la recommandation. Ces renseignements peuvent comprendre le nom et l'adresse du client, le nom du médecin, la source de la recommandation, le diagnostic, les problèmes, etc. On recommande que, pour la visite à domicile, l'évaluateur n'apporte que les formulaires nécessaires à l'évaluation du client, pour réduire le nombre de documents à remplir pendant la visite. On pense au formulaire ou aux outils d'évaluation, au plan de soins ou au contrat de soins à domicile, au consentement du client au traitement et au partage des informations et au formulaire sur les droits du client.
- Inscrire l'heure et la date du renvoi et de la visite à domicile dans un registre ou un bordereau de renvoi (vous trouverez un exemple à l'annexe B) qui sera conservé dans le bureau. Pour des motifs d'ordre juridique, on recommande de conserver un dossier de tous les renvois, que le renvoi débouche ou non sur la prestation de services, en indiquant, le cas échéant, la raison de la non-admission au programme. Ces raisons comprennent, entre autres, le renvoi vers un autre programme plus approprié, le manque de personnel ou de personnel qualifié capable de fournir les services ou le fait que le domicile ne se prête pas à des soins sûrs et adéquats. Ces renseignements serviront à l'analyse des besoins au chapitre de l'augmentation du personnel et des cours de formation et (ou) à la comparaison du nombre d'admissions et de non-admissions au Programme.

- Communiquer avec la personne qui demande le service ou un membre de sa famille afin de prendre rendez-vous et pour savoir s'il faut un interprète ou la traduction de documents. Un membre de la famille ou un aidant naturel, par exemple un ami de la famille ou un autre membre de la communauté, devra peut-être être présent pendant la visite, particulièrement si le client a besoin de soins à long terme ou de soins complexes. Si le client établit un programme, le membre de sa famille ou l'aidant naturel pourrait être chargé de certaines responsabilités pour le compte du client, par exemple fournir des soins et représenter le client. Cette personne devra peut-être aussi veiller à ce qu'une personne, autre que le personnel des soins à domicile et en milieu communautaire, puisse répondre au client ou à des besoins urgents, compte tenu du fait que, dans la plupart des régions, les services de soins à domicile ne sont pas accessibles 24 heures sur 24 ni 7 jours par semaine.

- Veiller à réunir tout le matériel nécessaire pour réaliser l'évaluation physique du client à son domicile. Vous trouverez à l'annexe C une liste des fournitures et des équipements médicaux principaux et supplémentaires pour les soins à domicile et en milieu communautaire.

**Le Programme  
de soins à  
domicile et en milieu  
communautaire aidera  
les clients à réaliser ce  
qu'ils ne peuvent faire eux-  
mêmes tout en favorisant  
leur indépendance et  
l'engagement de la famille.**

## Réaliser l'entrevue d'évaluation

Il est important que le personnel qui fait l'entrevue d'évaluation soit sensibilisé aux pratiques de communication culturelles et traditionnelles de chaque communauté. Le personnel qui n'est pas familiarisé avec ces pratiques devrait être mis au courant et encouragé à participer à des ateliers de sensibilisation à la culture. Il est important d'apprendre et de suivre les modes de communication et les traditions de la communauté.

Dès le départ, on établira une bonne relation en faisant preuve de confiance et en manifestant le désir d'apporter du soutien. Il serait peut-être mieux d'utiliser des modes de communication non verbaux, plus appropriés à ces cultures, pour témoigner son respect et son attention.

Le langage corporel du client et de l'aidant naturel indique aussi s'ils sont à l'aise par rapport à ce qui est dit ou aux questions qui sont posées. L'expérience et le jugement vous permettront de savoir s'il faut consacrer plus de temps à l'établissement d'une relation et d'un lien de confiance. Ce qui est important, c'est que le client se sente respecté et qu'il sache que le personnel des soins à domicile l'accepte comme il est.

**Il faudra peut-être réserver du temps pour expliquer les valeurs, les principes et la mission du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire, qui visent à favoriser l'indépendance du client et la participation des membres de la famille ou d'autres membres de la communauté. Cela sera particulièrement important dans les régions où l'on considère que les services à domicile sont des services d'entretien, et où on s'appuie sur les pratiques passées plutôt que sur l'évaluation des besoins.**

Il faudra prendre le temps d'expliquer au client l'objectif de l'évaluation, de lui annoncer si vous prendrez ou non des notes et de lui dire que le plan de soins fera l'objet d'une entente entre les deux parties. Vous l'informerez aussi de ses droits (vous trouverez des exemples de formulaires des droits des clients dans la section Soins aux clients du Manuel de modèles de politiques), et vous l'encouragerez à poser des questions à n'importe quel moment de l'évaluation pour garantir qu'il a bien compris ce qu'on lui a expliqué. On conseille à l'évaluateur d'utiliser un langage simple et compréhensible et d'éviter, dans la mesure du possible, les termes médicaux. Les services d'un interprète sont parfois nécessaires.

**L'évaluation est la clé de la réussite des services de soins à domicile. Cette étape est le fondement d'une relation positive et efficace entre le client et l'aidant naturel d'une part et le personnel de soins à domicile et en milieu communautaire, d'autre part. Les visites d'évaluation durent en général de 60 à 90 minutes. Il faudra autant de temps pour faire le travail préparatoire, la consignation au dossier, la visite de suivi et tous les autres renvois qui pourraient se révéler nécessaires.**

## **Utiliser l'outil d'évaluation**

L'outil d'évaluation ne sera utilisé qu'après qu'une bonne relation a été établie entre le client, son aidant naturel et la coordonnatrice des soins à domicile. Il faudrait adapter un outil d'évaluation à chaque Programme de soins à domicile. *Vous trouverez dans le guide 4 des exemples d'outils d'évaluation.*

On encourage les évaluateurs à poser des questions facilement compréhensibles et ouvertes, en utilisant par exemple la formule suivante : « Pourriez-vous me dire... »

L'outil d'évaluation devrait fournir en premier lieu les informations pertinentes au client : nom, adresse, proche parent, numéro de carte d'assurance-maladie, numéro de bande ou numéro du SSNA (pour les Inuits), langue de préférence, nom du médecin, nom de la pharmacie, diagnostic, médicaments et traitements, antécédents médicaux et capacité du client à comprendre les instructions écrites.

Cet outil devrait aussi cerner l'état physique et fonctionnel du client, ses besoins, ses conditions de vie dans son environnement habituel, les soutiens dont il dispose, ses problèmes actuels et les autres services qu'il reçoit. Des détails sur l'évaluation physique et fonctionnelle sont donnés à la page 10.

Pendant cette première visite à domicile, la coordonnatrice des soins à domicile ne fait pas que remplir des formulaires. Elle doit aussi observer l'environnement (accès au domicile, escalier, eau courante, présence de moisissures), examiner les problèmes pertinents (blessures, maladies de peau, problèmes respiratoires) et contrôler tous les médicaments que le client prend à ce moment. Un contrôle complet des médicaments exige que la coordonnatrice des soins infirmiers demande au client de lui montrer **tous les médicaments qu'il prend** (pilules, crèmes, somnifères, médicaments liquides). Il faut aussi savoir si le client « emprunte » certains médicaments d'une autre personne ou s'il prend des médicaments en vente libre, des vitamines ou des remèdes traditionnels. Une fois qu'elle a vu tous ses médicaments, la coordonnatrice des soins à domicile demandera au client de lui indiquer à quel moment il les prend. Elle en profitera pour vérifier si le client est capable de **lire** les instructions sur le contenant.

## *Évaluation physique*

**Yeux et oreilles** : demandez au client s'il a de la difficulté à voir (par exemple les chiffres au Bingo ou sur le téléphone). Notez le nom de son spécialiste de la vue et la date de son dernier examen. Demandez-lui s'il a de la difficulté à entendre et notez aussi vos observations personnelles. Demandez-lui s'il porte un appareil auditif. Si oui, vérifiez s'il sait comment changer ses piles et où les obtenir.

**Santé dentaire et buccale** : demandez au client s'il porte des prothèses dentaires; discutez aussi des problèmes de mastication. Notez le nom de son dentiste et la date du dernier examen.

**Peau et circulation** : posez des questions et faites des observations. Le client signale-t-il des problèmes? Notez vos observations : couleur de la peau, sécheresse, ulcères, etc.

**Respiration** : vérifiez si le client a de la difficulté à respirer. Demandez-lui s'il fume ou s'il a déjà fumé et s'il tousse fréquemment.

**Élimination** : ceci est souvent un sujet très délicat pour vos clients et vous devez choisir vos questions avec soin. Demandez-lui par exemple : « Diriez-vous que vous avez des problèmes avec votre vessie ou vos intestins? » Utilisez un vocabulaire que votre client peut comprendre.

**Nutrition** : demandez à votre client ce qu'il mange. A-t-il été informé qu'il devrait suivre un régime « spécial ». Si oui, lequel? Demandez-lui où il fait son marché et s'il a de la difficulté à préparer ses repas. Vous pouvez aussi lui demander : « Pouvez-vous aller à l'épicerie? Mangez-vous suffisamment? Pouvez-vous vous procurer des mets traditionnels? »

**Mobilité et capacités physiques** : vérifiez si le client éprouve de la difficulté à bouger ou à marcher, s'il a une perte de force et ou des problèmes à se mouvoir.

**Activités sociales** : demandez au client s'il reçoit des visiteurs/amis et à quelle fréquence ? Quelles activités fait-il avec ses visiteurs/amis ? Demandez-lui quelles sont ses activités préférées et s'il a de la difficulté à les faire ou à s'y rendre. Demandez-lui aussi s'il possède des habiletés / des intérêts qu'il aimerait partager avec d'autres.

**Santé émotionnelle** : ceci est un autre domaine délicat. Demandez à votre client de partager ses sentiments en ce qui concerne une variété de sujets, tel sa maladie, son environnement, ses habitudes de sommeil.

Une évaluation fonctionnelle doit inclure toutes les activités de vie quotidienne :

**Entretien domestique** : notez toutes difficultés qu'a le client à faire le ménage, les repas, les courses et / ou la lessive.

**Environnement** : examinez les rénovations à la maison ou demandez si des rénovations sont nécessaires. Ces rénovations auront-elles des impacts sur la sécurité du client ou de la personne administrant les soins ? La maison est-elle alimentée en eau courante ? Y a-t-il un système d'égout ? A-t-on besoin de bois pour le chauffage ?

**Activité de la vie courante** : tel gestion des finances, le transport. Le client peut-il gérer ces activités ou a-t-il besoin d'aide ? Les questions relatives à certaines habitudes de vie/addictions sont pertinentes dans le cadre d'une évaluation, mais doivent toutefois être posées de façon appropriée et sensible.

**Hygiène personnelle** : demandez au client quand il prend son bain / se lave les cheveux. A-t-il besoin d'aide pour entrer ou sortir de la baignoire ? Éprouve-t-il de la difficulté à s'habiller et à se déshabiller ?

Une fois l'évaluation physique et fonctionnelle terminée, résumez les points suivants :

- les champs d'activité où l'aide est nécessaire (besoins du client) ;
- le type d'aide requis ;
- l'intervenant qui livrera le service ;
- le moment où le service sera donné.

## **Admission**

On peut admettre une personne au Programme si :

- son évaluation a été effectuée et
  - que l'on a établi qu'elle a des besoins physiques et (ou) fonctionnels que les membres de sa famille ou l'aidant naturel ne sont pas en mesure de combler et
  - que l'on peut répondre à ses besoins en toute sécurité et selon nos moyens dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.
- Comme les questions spirituelles touchent de nombreux aspects de la vie d'une personne, il est important de tenir compte des croyances du client tout au long du processus d'évaluation. Les coutumes et les croyances culturelles et traditionnelles influent sur la façon dont le plan de soins sera accepté et respecté.**



## Non-admission

On ne peut admettre une personne à la suite de l'évaluation si :

- on a établi qu'elle-même ou les membres de sa famille sont en mesure de fournir les services nécessaires (les énoncés de principes et de mission du programme sur l'indépendance du client et l'engagement de sa famille vous aideront à prendre cette décision) et
- que l'on a établi qu'un autre programme ou organisme était mieux en mesure de combler les besoins de ce client et
- que l'on a évalué qu'il était impossible de répondre de façon sécuritaire aux besoins du client à son domicile.

Dans ces deux derniers cas, il faudra diriger le client vers l'organisme ou le programme approprié et lui dire qu'il peut communiquer avec la coordonnatrice des soins infirmiers pour demander une réévaluation si sa situation change. Il faudra aussi, dans certains cas, indiquer qu'aucun autre service pertinent n'est offert dans la communauté et à l'extérieur de celle-ci.

Avant de prendre congé, l'infirmière devra :

- dire au client s'il est ou non admis au Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. S'il faut faire d'autres démarches, elle dira au client à quel moment la décision sera prise;
- passer en revue les problèmes et les besoins qui ont été cernés en compagnie du client, de l'aidant naturel et de la famille;

- exposer clairement les objectifs des soins et les tâches à réaliser (plus d'informations sur l'élaboration des plans de soins vont suivre);
- s'entendre avec l'aidant naturel sur ce que celui-ci est capable de faire pour réaliser les objectifs des soins;
- s'entendre avec le client sur ce qu'il peut faire;
- indiquer ce que le personnel des soins à domicile et en milieu communautaire pourra faire pour le client;
- indiquer au client, à l'aidant naturel et à la famille à quel moment les services commenceront, quelle sera leur durée et à quel moment il faudra procéder à une réévaluation;
- passer en revue toutes les politiques et procédures pertinentes touchant les objectifs des soins, par exemple l'exigence que le client soit présent et que l'environnement soit sûr pour le client et pour le fournisseur de soins;
- demander au client de signer un formulaire de consentement au traitement et au partage des informations avec d'autres professionnels, s'il y a lieu (vous trouverez des exemples dans la section des Soins aux clients du Manuel des modèles de politiques) et tous autres formulaires pertinents (contrat avec le client, droits du client, droits du travailleur);
- s'assurer que le client et l'aidant naturel savent comment communiquer avec la coordonnatrice des soins infirmiers si les besoins changent.

# CONCEVOIR UN PLAN DE SOINS ET DE PRISE EN CHARGE POUR LE CLIENT



## **Concevoir un plan de soins pour le client**

Le plan de soins du client est conçu en collaboration avec la coordonnatrice des soins infirmiers, le client et l'aidant naturel; il se fonde sur les besoins cernés pendant l'évaluation.

L'objectif du plan de soins est de documenter les besoins et les problèmes au chapitre de la santé ou des fonctions, les objectifs des soins, la durée prévue des services, les tâches du client et des personnes qui le soutiennent, les soins à domicile qui seront fournis et les renvois qui s'imposent. Le plan de soins documentera aussi les allergies, les médicaments, les traitements et le régime spécial du client ainsi que les précautions particulières qui s'y rattachent. Vous trouverez dans le guide 4 un exemple de plan de soins.

Les objectifs des soins devront être clairement définis, réalistes, bien compris et acceptés par le client, la famille ou l'aidant naturel ainsi que par le fournisseur de soins de santé ou de services sociaux. On favorise l'atteinte des objectifs des soins en définissant clairement les tâches et les services nécessaires et en les assignant, et en indiquant à quel moment, à quelle fréquence et pour combien de temps les tâches devront être effectuées.

### *Exemple d'objectif*

Apprendre au client à s'administrer des injections d'insuline en toute sécurité et conformément à l'ordonnance, et à saisir les signes et les symptômes d'une réaction diabétique.

### *Exemple de tâche*

L'infirmière autorisée fera une visite quotidienne au client et lui apprendra à reconnaître les signes et les symptômes d'une réaction diabétique, jusqu'à ce que le client soit capable d'en rendre compte, et lui enseignera à s'injecter de l'insuline, à changer de site d'injection et à les consigner. Elle observera le client jusqu'à ce qu'il soit capable de faire lui-même les injections.



### *Exemple d'objectif*

Enseigner au client et à l'aidant naturel à changer un pansement en utilisant une technique hygiénique.

### *Exemple de tâche*

L'infirmière autorisée doit nettoyer l'ulcère de la jambe gauche avec une solution saline ordinaire et appliquer un pansement sec tous les jours, jusqu'à ce que le client ou l'aidant naturel soient capables de le faire; elle continuera ensuite à contrôler l'état de santé du client chaque semaine, jusqu'à sa guérison complète.

Certaines communautés se sont dotées de définitions normalisées des soins, et, dans certains cas, nettoyage peut vouloir dire le balayage et le lavage de plancher, le nettoyage de la salle de bains, l'entretien des comptoirs et l'enlèvement des déchets. Les soins matinaux peuvent désigner l'habillement, l'hygiène personnelle (y compris le brossage des dents), et la préparation du déjeuner. L'utilisation de définitions normalisées permet de sauver du temps, mais il ne faut pas oublier que toute modification devra être signalée, par exemple le lavage et le changement des draps, l'aide aux soins matinaux, la réalisation d'une gamme d'exercices.

**Le plan de soins est un outil dynamique qui doit être mis à jour fréquemment, par exemple chaque fois qu'on a répondu à un besoin ou dès que changent l'état de santé du client, ses médicaments ou ses traitements. Le plan de soins devra être accessible rapidement par toutes les personnes qui fournissent des services.**

Pendant que vous élaborez les objectifs et les tâches qui composent le plan de soins, profitez de l'occasion pour revoir les énoncés de mission et de principes et toutes les autres politiques et procédures pertinentes au programme avec le client, les membres de sa famille, l'aidant naturel et le personnel des soins à domicile pour garantir que tout le monde comprend les services qui devront être fournis. Par exemple :

**Client** - Dites au client que le personnel ne fera que les tâches indiquées. S'il y a lieu d'apporter un changement, le client devra communiquer avec la coordonnatrice des soins infirmiers. Le personnel encouragera les clients à apprendre à devenir indépendants ou demeurer le plus indépendant possible.

**Aidant naturel** - Passez en revue les responsabilités de l'aidant naturel pour vous assurer qu'il a bien compris. S'il ne peut s'en acquitter, il devra demander à une autre personne de fournir les soins ou communiquer avec la coordonnatrice des soins infirmiers pour trouver des solutions et continuer à répondre aux besoins du client.

**Personnel affecté aux soins à domicile** - Passez en revue les politiques et les procédures du programme pertinentes aux objectifs de soins en veillant à ce qu'elles soient bien comprises. Revoyez régulièrement les autres politiques et procédures principales liées à la prestation des services (vous trouverez des exemples dans le Manuel des modèles de politiques). Par exemple :

- Protection des renseignements personnels
- Éthique et conduite de l'employé (on y aborde des questions importantes comme le lavage des mains, c'est-à-dire avec une solution approuvée ou avec de l'eau et du savon, et on indique ce qu'il faut faire lorsque le client n'est pas chez lui ou que le domicile semble présenter un risque pour le personnel).

## Collecte des données sur le client

Si l'on veut bien comprendre les besoins en soins de santé du client et y répondre, il faut recueillir des données de plusieurs sources et les consigner dans un dossier. Pour en protéger la confidentialité, on recommande d'adopter des politiques sur l'accès et la conservation de ces dossiers (*vous trouverez des exemples dans le Manuel des modèles de politiques*). Les données sur les clients comprennent les éléments suivants :

### *Ordonnances pertinentes*

Tous les médicaments et les traitements faisant l'objet des services devront être visés par une ordonnance à jour signée par un médecin ou par un autre professionnel de la santé (approuvé dans le cadre du système de santé de chaque communauté). Il est recommandé que chaque communauté adopte une politique indiquant à quelle fréquence ces ordonnances doivent être mises à jour et sous quelle forme elles peuvent être acceptées, c'est-à-dire par télécopieur ou téléphone, par exemple.

### *Résumés à la sortie*

Lorsqu'un client a obtenu son congé d'un établissement comme un hôpital, il faudra avoir les informations suivantes si on veut fournir les services appropriés :

- motif de l'admission
- traitements et médicaments fournis pendant le séjour
- changement de l'état physique ou des fonctions qui sont apparues à la suite du dernier séjour en hôpital
- traitements et médicaments à administrer à domicile
- rendez-vous de suivi
- ordonnances nécessaires pour les traitements, les médicaments, les fournitures et l'équipement médical

### *Rapports de transfert*

Lorsqu'un client d'un autre programme revient à la communauté, il faudra les informations suivantes :

- services reçus
- services donnés par l'aidant naturel
- motifs du transfert
- traitement en cours et médicaments actuellement administrés
- état de santé
- capacités courantes
- personne-ressource de l'organisme ou du programme à l'origine du transfert

### **Prise en charge**

La prise en charge est au coeur des soins gérés. L'expression « soins gérés » indique, de façon générale, que les soins appropriés sont fournis par des personnes qualifiées et compétentes faisant partie d'une équipe de soins, qu'ils sont fournis à la bonne fréquence pour la durée nécessaire au soutien maximum de cette personne. On peut dire que les soins gérés vont au-delà des services de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits en ce qu'ils établissent un lien avec d'autres fournisseurs de soins et de services de l'extérieur de la communauté (avec le consentement du client). L'objectif de la prise en charge est de coordonner les multiples services qu'un client peut recevoir afin d'en assurer la qualité et l'uniformité, indépendamment de la personne ou de l'organisme qui fournit ces soins.



C'est habituellement la coordonnatrice des soins à domicile qui assure la prise en charge des soins. La prise en charge des soins exige la tenue de réunions des représentants des services sociaux ou des services de santé ou de réunions d'équipes multidisciplinaires qui garantiront que les liens et renvois appropriés ont été faits. Il faut aussi organiser des conférences sur les soins (les cas) dans le but d'établir les meilleures façons de répondre aux besoins des clients, ce qui exige parfois l'engagement du personnel et (ou) de la famille.

Les réunions des équipes multidisciplinaires sont une des étapes importantes de la prise en charge du client. C'est pourquoi on recommande que les réunions se tiennent de façon régulière ou ponctuelle et qu'on y examine les services fournis aux clients pour éviter le dédoublement. Les réunions d'équipe permettent aussi de planifier de nouveaux volets qui pourraient être nécessaires au programme (par exemple, la violence contre les aînés).

La composition de l'équipe varie selon les communautés. Les équipes comprennent en général la coordonnatrice des soins à domicile, l'infirmière de santé communautaire, le directeur ou la gestionnaire des services sociaux, l'aide en hygiène familiale et le représentant en santé communautaire. Lorsque la communauté compte parmi ses membres des enfants dont les besoins particuliers exigent des services à domicile, il sera important que le représentant des services d'aide à l'enfance et à la famille fasse partie de l'équipe. Enfin, les éléments les plus importants sont les suivants :

- on répond aux besoins des clients de façon coordonnée et complète;
- des membres des organismes communautaires pertinents s'intéressant aux soins aux clients participeront au processus (cet engagement permet d'éviter de se décharger d'un client en le dirigeant vers un autre programme);
- l'anonymat des clients est strictement protégé pendant ces réunions.

Puisque des renseignements relatifs aux clients sont communiqués pendant les réunions des équipes multidisciplinaires, on recommande que les membres de la communauté ne participent pas à ces comités. Les membres de la communauté et les aînés apporteront une participation plus précieuse au Programme en créant un comité consultatif des membres de la communauté et en tenant des réunions régulières pour :

- signaler à l'équipe multidisciplinaire certaines des préoccupations de la communauté;
- obtenir des informations sur les modifications ou les changements apportés aux politiques;
- informer l'équipe des services de santé et des services sociaux des réactions de la communauté face aux nouveaux programmes ou aux nouvelles directives.

**Conférences sur les soins et sur les cas** — Ces conférences diffèrent des réunions des équipes multidisciplinaires, mais devraient aussi se tenir de façon régulière ou ponctuelle. Elles s'adressent aux infirmières qui assurent les services de soins à domicile et en milieu communautaire seulement, ou incluent aussi les membres de la famille (conférences familiales). Elles ont évidemment pour objectif de soutenir les besoins en soins des clients. Le personnel de première ligne, qui travaille souvent de façon isolée, contribue énormément à ces réunions; on devrait l'encourager à s'y présenter et à participer. Pour favoriser la présence aux conférences, on suggère qu'elles soient inscrites à l'horaire de travail des travailleurs de première ligne. La coordonnatrice des soins à domicile est probablement la mieux placée pour présider ces conférences lorsqu'elle est responsable de la planification et de la coordination des soins ou qu'elle dirige ou supervise le personnel.

**Services recommandés** — Les services recommandés garantissent que le client passe d'un service de santé ou d'un service social à un autre sans difficulté, et que les informations qui le concernent le suivront. Les services recommandés se font, par exemple :

- d'un organisme de soins à domicile à un autre, lorsque le client déménage;
- d'un programme à un autre si ses besoins changent, par exemple lorsqu'un client recevant des soins à domicile a besoin de soins en santé mentale;
- à la suite d'une consultation dans un service spécialisé, par exemple d'un éducateur spécialisé en diabète.

Vous devrez parfois communiquer avec des organismes ou des programmes de l'extérieur pour leur signaler les nouveaux programmes offerts dans votre communauté. Une bonne communication, de bonnes relations avec les autres organismes et programmes et le fait de bien comprendre leurs activités améliorent les services de renvoi et les liens. Le fait de leur fournir de l'information sur les programmes ou sur des spécificités culturelles améliore aussi la continuité et la coordination des soins fournis au client; les organismes de l'extérieur doivent connaître :

- le nom de la personne-ressource;
- les services accessibles;
- les modes de mise en place des soins ou de continuation des services.

Les activités offertes par la communauté et les besoins des clients peuvent exiger que les services recommandés de l'extérieur fournissent :

- des experts en traitement des plaies;
- des services de réadaptation;
- des pharmaciens;
- des experts en soins infirmiers.

Tous les renvois doivent être écrits, datés et signés. Le client doit en connaître la teneur et y consentir. Si on utilise le formulaire de consentement au traitement et au partage des informations, la signature du client est obligatoire. La coordonnatrice des soins à domicile devra s'assurer que le client comprend et accepte le renvoi.

**Liens** — Il est important d'établir des liens avec les autres programmes et services. On recommande de leur donner la forme d'ententes écrites entre les programmes et (ou) les communautés lorsque des liens ou des renvois sont faits. Ces ententes doivent décrire clairement quels services seront fournis, à quel moment et de quelle façon ils le seront et par qui.

# AFFECTER LES EMPLOYÉS APPROPRIÉS



Une affectation minutieuse du personnel aidera la coordonnatrice des soins à domicile à :

- utiliser au maximum les ressources limitées pour répondre aux besoins en services;
- valider les horaires de travail dans le but de tenir des registres complets et précis et des statistiques sur la quantité de soins fournis;
- communiquer avec les infirmières de première ligne régulièrement et en cas de besoin.

Au moment de préparer l'horaire du personnel, il faudra tenir compte des éléments suivants :

- les connaissances et les compétences des infirmières de soins à domicile, le cadre où elles ont exercé leurs fonctions et les tâches exigées;
- le temps requis pour réaliser les tâches;
- le soutien offert par les membres de la famille ou l'aidant naturel (désigné pendant l'évaluation);
- la disponibilité du personnel.

## Perfectionnement professionnel et formation continue

Les besoins en soins de santé sont dynamiques et toujours changeants; la formation et l'apprentissage continu du personnel sont donc nécessaires. On recommande que la formation continue soit prévue et incluse dans le processus de planification du budget affecté au programme. Les communautés ne pourront probablement pas toutes se doter d'infirmières de toutes les classes ou d'infirmières ayant reçu tous les types de formation et d'accréditation, mais elles pourront explorer d'autres voies, par exemple le partage d'infirmières d'expérience avec d'autres communautés ou l'établissement de liens avec des organismes de l'externe pour obtenir le soutien d'experts.

Il y a de nombreux avantages à se doter de personnel qualifié. Donnons-en quelques-uns :

**Sécurité du client** - Si la personne affectée au nettoyage est qualifiée et que, pendant qu'elle se trouve sur place, le client a besoin d'aide pour un déplacement ou des soins d'hygiène personnelle, elle pourra déplacer le client de façon sécuritaire.

**Responsabilités** - On s'attend à ce que les personnes affectées à certaines tâches soient qualifiées et autorisées à les effectuer. Sinon, les responsables du programme, du centre de santé ou de la communauté pourraient être tenus responsables. On définira clairement les tâches et les services que peuvent effectuer les employés selon leur classification et selon les normes du cadre des fonctions.

**Rentabilité** - Lorsque le personnel est formé et qualifié pour effectuer plusieurs tâches, les activités sont plus rentables que s'il faut embaucher ou retenir dans l'effectif du personnel supplémentaire, capable de s'acquitter d'activités limitées seulement.

**Équité** - Lorsqu'une communauté accepte que seuls des employés qualifiés fourniront des services dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire et que les membres de la famille qui fournissent des soins ne seront pas rémunérés, le travail des travailleurs qualifiés est plus facilement accepté.

On peut contrôler l'horaire du personnel en établissant un calendrier où se retrouvent, pour chaque client, les indications suivantes :

- le nom du membre du personnel assigné à ce client;
- l'heure à laquelle le membre du personnel doit arriver au domicile du client;
- la durée du passage du membre du personnel au domicile du client.

À ce calendrier, on pourrait joindre la liste des tâches que le membre du personnel doit effectuer. Il est important de fournir à tous les employés et aux clients un exemplaire de ce calendrier et de la liste des tâches.

**On s'attend à ce que toute personne affectée à la prestation de soins soit compétente; dans le cas contraire, la sécurité du client est menacée, et le programme fait face à des risques de poursuites relatives aux résultats des soins administrés.**

Pour bien des clients des soins à domicile et en milieu communautaire, l'infirmière constitue le seul contact avec l'extérieur. C'est pourquoi on encourage les infirmières à respecter le plus possible cet horaire et à aviser le client si elles pensent arriver à un autre moment. On encourage en même temps les clients à communiquer avec l'infirmière ou avec la coordonnatrice des soins à domicile, s'ils ne peuvent être présents à l'heure convenue. Dans le cas où il n'y a pas de liaison téléphonique, on pourra se contenter d'une note affichée à la porte.

Lorsque l'on modifie le plan de soins (p. ex., lorsqu'un client qui n'avait besoin d'aide que pour les soins personnels exige maintenant des soins infirmiers, ou lorsque l'infirmière affectée aux soins à domicile ne s'entend plus avec le client ou l'aidant naturel), il faudra réaffecter l'infirmière ou modifier son horaire.

Dans ce cas, toutes les personnes touchées par les soins à ce client, y compris le client, devraient être mises au courant des changements.

Lorsque l'on prépare un horaire, il faut prévoir la durée de chaque tâche, de façon à :

- faciliter les prévisions budgétaires et le respect des budgets établis;
- garantir l'équité et l'uniformité des services fournis aux clients;
- répondre aux exigences statistiques et de rapport liées au programme de chaque communauté.



Lorsqu'on prépare un horaire, on devrait prévoir une heure pour la préparation des repas sauf indication contraire. La durée peut varier, par exemple lorsqu'il faut enseigner à un client hémiparétique à accomplir certaines tâches; les autres clients n'ont peut-être pas de problème de mobilité. Il faut aussi tenir compte des facteurs environnementaux; l'infirmière devra peut-être puiser de l'eau ou ramasser du bois pour le feu, ce qui exige plus de temps. On recommande que toutes les normes élaborées par les programmes dans ces domaines soient soutenues et approuvées par les instances politiques et administratives avant d'être mises en oeuvre.

Une dernière information au sujet de l'horaire du personnel : le remplacement pendant les vacances et les congés de maladie se révèle parfois très difficile dans les programmes réduits. Le caractère urgent des soins à donner sera le facteur décisif.



## FOURNIR LES SERVICES INDIQUÉS DANS LE PLAN DE SOINS

Une fois les horaires et les listes de tâches établis, la coordonnatrice des soins à domicile communiquera avec les infirmières concernées pour leur expliquer le plan de soins en veillant à ce qu'elles comprennent bien :

- à quel moment (jour et heure) le travail doit être fait;
- les tâches précises à effectuer;
- la durée allouée à chacune des tâches;
- les précautions particulières à prendre, s'il y a lieu;
- les activités et les soins autonomes qu'elles doivent amener le client à assumer;
- le rôle des membres de la famille ou de l'aidant naturel dans les soins au client;
- les exigences relatives aux rapports et la méthode à utiliser (rapports verbaux faits par téléphone ou présentés pendant une réunion d'équipe, notes écrites sur les formulaires établis).

Il faudra que le client sache quelle infirmière viendra lui fournir des soins, à quel moment elle se présentera et combien de temps elle restera. On peut remettre au client ou à un membre de sa famille une copie de la liste des tâches, de l'horaire ou du plan de soins, ou demander à l'infirmière d'en apporter un exemplaire à sa première visite au domicile du client. On recommande d'afficher ces renseignements de façon qu'ils soient facilement accessibles, par exemple sur la porte du réfrigérateur.

L'infirmière doit respecter l'ordonnance écrite lorsqu'elle administre un traitement. Ces ordonnances doivent être datées, signées et jointes au dossier du client. S'il y a des médicaments à contrôler, ils devront aussi être accompagnés des ordonnances pertinentes.

Il est recommandé de revoir régulièrement avec le personnel les normes, les politiques et les procédures relatives au programme avant d'administrer les soins, et particulièrement les politiques traitant des situations suivantes :

- le client n'est pas à son domicile;
- le client a fait une chute ou s'est blessé;
- le client ou une autre personne présente au domicile consomme de la drogue ou de l'alcool;
- il manque de matériel pour fournir le service, ou ce matériel n'est pas adapté;
- le client veut parler d'autres clients ou d'autres programmes;
- le client décède pendant l'administration des soins;
- selon toute vraisemblance, le client se trouve à son domicile, mais ne permet pas à l'infirmière d'entrer;
- l'infirmière a des motifs de croire que sa sécurité ou celle d'une autre personne est menacée dans le domicile du client;
- il y a harcèlement.

**Lorsqu'elle fournit des soins, l'infirmière doit toujours veiller, en priorité, à apprendre au client à être autonome. Lorsque cela est possible, l'autonomie augmente la satisfaction personnelle. Une des façons de favoriser l'acquisition de l'autonomie est d'encourager les clients à commander fournitures et médicaments avant l'épuisement de ses réserves.**

# REEMPLIR LES DOSSIERS DES CLIENTS ET PRÉSENTER DES RAPPORTS

La loi oblige à conserver des dossiers précis, factuels et complets sur les clients; c'est aussi une des responsabilités de la direction.

Comme pour tous les documents ayant une valeur juridique, il faut utiliser des stylos, et signer et dater toutes les remarques. La plupart des organismes et établissements de santé ont dressé des listes des abréviations acceptables que l'on peut utiliser dans tous les types de dossier. Seules les abréviations approuvées et acceptées par la communauté devraient être utilisées dans les dossiers permanents écrits des clients.

Les dossiers des clients doivent être conservés sous clé dans une zone sécuritaire accessible par les intervenants du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Chaque communauté choisira le mode d'accès et les personnes qui auront droit d'accès aux dossiers des clients. Il ne faut pas perdre de vue que toutes les données consignées dans le dossier d'un client sont strictement confidentielles. Vous trouverez plus d'informations sur la protection des renseignements personnels des clients dans la section Soins des clients du Manuel des modèles de politiques.

La coordonnatrice des soins à domicile vérifiera si le dossier du client est complet et qu'il contient toutes les données nécessaires, par exemple :

- les ordonnances pertinentes (d'un médecin ou d'un autre professionnel désigné), signées et datées;
- l'évaluation complète du client, portant sa signature;

- toute autre remarque concernant les appels téléphoniques, les visites et les changements au chapitre des besoins en soins du client;
- des exemplaires du plan de soins et des tâches assignées;
- un formulaire de médication ou de traitement complet;
- un formulaire d'autorisation ou de cession des fonctions;
- le formulaire de consentement du client au traitement et au partage des informations.

Les infirmières ont aussi la responsabilité de présenter des rapports sur les soins administrés aux clients, et elles doivent connaître toutes les exigences à ce chapitre. On recommande qu'elles documentent les informations importantes suivantes :

- la durée de la visite : on peut demander au client de signer lorsque le service a été fourni;
- toutes les raisons pour lesquelles les soins n'ont pas été fournis, par exemple l'absence du client;
- le kilométrage effectué (s'il s'agit d'une dépense admissible);
- tous les changements apportés à l'horaire imposé, par exemple le remplacement par une autre infirmière, l'absence du client, le recours à un membre de la famille ou à une autre personne pour fournir les soins au client;
- les observations relatives au changement de l'état de santé du client ou aux soins qu'il reçoit;
- les rapports d'incidents ou d'événements inhabituels — ces événements devraient faire l'objet d'un rapport verbal au superviseur, le plus rapidement possible, puis d'un rapport écrit.

On recommande de verser au dossier un exemplaire de la signature ou des initiales des infirmières (fichier de validation des signatures du personnel).

Les responsabilités en matière de rapport varient selon les classifications des employées et dans chacune des communautés; les infirmières pourraient devoir, outre ce qui précède, présenter les rapports suivants :

- Les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées qui fournissent des soins à domicile doivent consigner tous les traitements et les médicaments administrés et apposer leur signature. Elles doivent aussi consigner toutes les remarques pertinentes et rapporter la teneur des communications avec les clients et leurs aides, conformément aux règlements de la province ou du territoire. Ces renseignements peuvent être consignés sur des notes qu'elles présenteront à la coordonnatrice des soins à domicile de façon régulière, ou à toutes les semaines, afin qu'elles soient versées au dossier du client.
- Les aides en hygiène familiale ont les contacts les plus fréquents avec les clients et sont en mesure de cerner les besoins supplémentaires ou continus, de même que l'amélioration de l'état du client. Elles doivent signaler tout cela à leur superviseur ou à la coordonnatrice des soins à domicile. Elle doit également indiquer tous les mois les tâches qu'elle a effectuées, par exemple les visites à domicile, les visites à un client absent, la durée et le type des services fournis.

Les exigences générales au chapitre de l'établissement des rapports exigés dans le cadre du présent programme seront précisées pendant l'élaboration d'un cadre d'information et d'évaluation. Nous présentons toutefois, à titre d'exemple, certaines des exigences minimales utilisées dans les programmes de soins à domicile déjà établis pour renseigner le personnel affecté au programme, les dirigeants, les membres de la communauté et l'organisme de financement au sujet du Programme.

- Rapports sur les services fournis aux clients. Ces rapports contiennent, par exemple, les informations suivantes :
  - nombre et type de clients dirigés vers le programme
  - nombre d'admissions et de congés
  - type de soins fournis
  - durée des soins requis et des soins fournis
  - fréquence et durée des hospitalisations.
- Rapports sur les cours de formation, les ateliers et les cours de formation en cours d'emploi qui ont été donnés.
- Rapports financiers.
- Rapports sur le personnel. On pourra y trouver des renseignements sur le recrutement des infirmières et des autres travailleurs des soins à domicile, le nombre de travailleurs qualifiés qui fournissent des services et le nombre d'infirmières dans chacune des classes d'emploi.

Les exigences au chapitre de la présentation de rapports et les outils de collecte de données devront aussi s'appuyer sur les questions posées à la communauté pendant l'évaluation au sujet des activités et des résultats du programme et des exigences de l'organisme de financement. *Vous trouverez un exemple d'outil de collecte de données dans le guide 4, appendice F; il vous aidera à recueillir les données et à établir des rapports.*





# RÉÉVALUER RÉGULIÈREMENT LES CLIENTS



Pendant la première évaluation, la coordonnatrice et le client s'entendront sur la date de la réévaluation de routine. La date sera établie en fonction des besoins du client et de son état. Le client, un membre de sa famille ou l'aidant naturel seront avisés qu'à cette date la coordonnatrice des soins à domicile fera une seconde visite pour vérifier si les objectifs du plan de soins ont été atteints ou non et voir comment se porte le client. Elle leur répétera que, si le client a de nouveaux besoins, ils pourront communiquer avec la coordonnatrice des soins à domicile en tout temps, même avant la date prévue de la réévaluation.

## Motifs de réévaluation

- le client ou un membre de sa famille demande des services supplémentaires à l'infirmière — l'infirmière fait part de ses demandes à la coordonnatrice des soins à domicile, qui décide si une réévaluation est nécessaire et s'il faut changer le plan de soins pour y indiquer le changement des services;
- le client a été admis dans un établissement de soins de courte durée (par exemple, un hôpital) ou a reçu son congé; **Comme les services de soins à domicile se fondent sur l'évaluation des besoins, il est essentiel de réaliser régulièrement des réévaluations si l'on veut continuer de répondre aux besoins des clients.**
- une nouvelle personne habite au domicile du client, par exemple un membre de sa famille qui est en bonne santé et peut fournir les services que l'infirmière assurait; **Parallèlement, si le besoin a disparu, il ne sera plus nécessaire de fournir les soins à domicile.**

- l'aidant naturel n'est plus en mesure de fournir ou d'accomplir les services qu'on en attendait, et l'infirmière devra peut-être en faire plus;
- les traitements ne sont plus nécessaires; par exemple, la plaie a guéri plus vite que prévu et il n'y a plus lieu de changer les pansements;
- le client a profité de son apprentissage et est devenu autonome et (ou) son état de santé s'est amélioré;
- des plaintes, des préoccupations et des compliments ont été exprimés, et il faut y répondre.

Comme les services de soins à domicile se fondent sur l'évaluation des besoins, il est essentiel de réaliser régulièrement des réévaluations si l'on veut continuer de répondre aux besoins des clients. Parallèlement, si le besoin a disparu, il ne sera plus nécessaire de fournir les soins à domicile.

## **Revoir le plan de soins**

Après la réévaluation, il faut recommencer le processus et apporter les changements nécessaires au plan de soins en indiquant que :

- le client ou l'aidant naturel se sont entendus avec la coordonnatrice des soins à domicile pour modifier les objectifs de traitement;
- les tâches liées aux services seront revues, s'il y a lieu;
- le personnel sera informé et que de nouvelles assignations, voire de nouveaux horaires seront mis en place;
- tous les renseignements justifiant les changements seront versés au dossier du client;
- la date de la prochaine réévaluation sera fixée.

## Congé

Dans la plupart des cas, les représentants des organismes, des établissements et des programmes s'entendent pour dire que la sortie est prévue dès l'admission; ils veulent dire par là que, dès que le client est admis à un programme, il faut concevoir un plan qui l'aidera à acquérir son autonomie. Dans bien des cas, cela signifie qu'il faudra enseigner certaines tâches au client ou à son fournisseur de soins, dans la mesure de leurs capacités. Cela signifie aussi qu'il faudra prendre des arrangements avec l'organisme responsable du logement pour effectuer certaines rénovations domiciliaires, par exemple l'ajout d'une rampe d'accès, et commander des équipements spéciaux. Tout cela est conforme à la philosophie des soins à domicile, qui vise l'acquisition et la conservation de l'autonomie.

C'est pourquoi il faut discuter des éléments suivants dès l'admission dans le Programme :

- les objectifs de soins qui ont été définis;
- les tâches spécifiques qui ont été assignées;
- la période pendant laquelle les services seront fournis;
- les responsabilités du client ou de son aidant naturel.

Les clients reçoivent leur congé lorsque :

- les services ne sont plus nécessaires;
- les services ne peuvent plus être fournis à domicile de façon sûre, par exemple lorsqu'il y aurait lieu de les fournir dans un établissement de soins de courte durée ou de longue durée;
- les besoins du client dépassent la capacité budgétaire du Programme (vos politiques définissent les limites budgétaires des services du programme).

## Contrôler les résultats du programme

Les rapports et les analyses concernant le programme permettront aux communautés de contrôler les variations de leurs besoins au chapitre de la santé et des services sociaux et d'adapter des services et des programmes afin d'y répondre. Les rapports sont le fondement du contrôle de la qualité, qui indiquera si les services répondent aux besoins des clients, et devraient être utilisés pour planifier de meilleurs soins. Chaque communauté élaborera sa propre méthode de mesure de la qualité des services fournis.

La façon la plus courante de contrôler la qualité est de faire l'évaluation des dossiers. Cette évaluation est habituellement réalisée par un comité qui examine les dossiers selon un ordre aléatoire ou alphabétique ou en fonction des problèmes de santé du client. Lorsqu'on utilise cette méthode de contrôle, il faut soigner la terminologie pour garantir que toutes les vérifications se font de façon uniforme.

Certaines communautés préfèrent les vérifications aléatoires. La coordonnatrice des soins à domicile communiquera régulièrement avec des clients choisis au hasard, pour savoir :

- si les services prévus ont été fournis;
- si l'infirmière s'est présentée à l'heure convenue et si elle est restée la durée prévue;
- si le plan de soins et les services sont toujours satisfaisants.

On travaille actuellement, à l'échelle du pays, à définir le large éventail des informations nécessaires au contrôle et à l'évaluation du programme et la gestion des services et des soins offerts au client. Nous attendons les commentaires des Premières nations, des Inuits, des régions et des territoires, afin de savoir de quel type d'informations ont besoin les communautés, les conseils tribaux ou les alliances pour la santé, les représentants régionaux et nationaux. Le résultat de ce processus sera documenté dans le guide 6 — Évaluation.





## **Annexe A - Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits Manuels des modèles de normes et de politiques**

### *Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits Manuels des modèles de normes*

Des modèles de normes relatives à six domaines sont inclus dans le présent guide, ainsi qu'une introduction, une liste de renvois et un glossaire, qu'on trouve aussi dans le Manuel des modèles de politiques. L'introduction comprend des informations et des suggestions d'utilisation des manuels, une définition des normes, politiques et procédures et de leurs avantages, des informations de base sur le Programme des soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits, y compris sur les rôles et les responsabilités des communautés et du gouvernement, de même que des suggestions d'activités futures, y compris l'adaptation des modèles dans le but de mieux répondre aux besoins de chaque communauté et la préparation de l'accréditation.

Les six domaines suivants font l'objet des normes :

#### **Direction**

Les modèles de normes qui sont fournis visent à soutenir les éléments vitaux de l'élaboration et de l'évolution continue du Programme : évaluation des besoins de la communauté, vision, acquisition de l'autonomie, gestion des ressources et des contrats.

#### **Qualité**

Les modèles de normes relatives à la qualité visent l'amélioration continue de la qualité de l'élaboration et du

contrôle des programmes, de son évaluation et de la prise en charge efficace des risques.

### **Services de soins à domicile et en milieu communautaire**

Cette section traite de l'accessibilité, de la pertinence et de l'efficacité des services, de la promotion de la continuité de ces services et de l'intégration de services de promotion, de prévention et de protection de la santé. On y traite aussi de l'importance des droits du client, et, plus particulièrement, de sa participation et de son consentement et de questions d'éthique, de protection des renseignements personnels et de confidentialité du client.

### **Environnement**

Ces normes touchent aux questions de santé et de sécurité, y compris à l'espace physique et au logement, de même qu'à l'équipement, au matériel et à la planification des mesures d'urgence. On a ajouté une norme sur les liens et les partenariats avec d'autres programmes et organisations communautaires dans le but de promouvoir une approche uniforme des services et des questions d'intérêt communautaire.

### **Ressources humaines**

Les normes touchant les ressources humaines encouragent une planification proactive et dynamique des ressources humaines, des méthodes de recrutement justes, rapides et efficaces et des initiatives de maintien en effectif. Ces normes favorisent aussi le perfectionnement du personnel par l'évaluation régulière de son rendement, l'éducation et la formation et un environnement de travail positif.



## **Gestion de l'information**

Ces normes définissent d'abord l'évaluation et la planification des besoins actuels et futurs en matière d'information. On aborde ensuite la réponse à ces besoins : recueillir des données pertinentes et fiables; fournir un accès facile à ceux qui ont besoin des informations; analyser et évaluer les indicateurs pertinents; favoriser la circulation d'informations à l'intérieur et à l'extérieur de la communauté; utiliser efficacement l'information au moment de modifier ou d'améliorer un programme; maintenir des systèmes de gestion de l'information sûrs et qui protègent la confidentialité des données.

### *Soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations et des Inuits Manuel des modèles de politiques*

Le présent guide propose des politiques touchant huit domaines de même que l'introduction, la liste de références et le glossaire qui se trouvent dans le manuel des modèles de normes.

Les huit domaines visés sont les suivants :

### **Organisation**

Ces politiques visent la mission, la vision, les valeurs, les croyances, les buts et les objectifs qui définissent le Programme et les services offerts. Elles traitent aussi de la structure organisationnelle ainsi que des rôles et responsabilités des clients, de leur famille, des fournisseurs de services, des gestionnaires du programme, de la communauté et de ses dirigeants. Dans ces domaines, des politiques claires sont le fondement d'un programme sensé et solide.

### **Portée des services**

Cette section expose des politiques claires sur la gamme de services à fournir, les modèles de prestation, l'accès à l'ensemble des membres admissibles de la communauté dans le but de garantir que les services fournis sont fondés sur des critères et des besoins préétablis et qu'il existe un processus d'appel en cas de distribution injuste, inéquitable ou inappropriée des services.

### **Soins aux clients**

Ces politiques s'attachent aux droits des clients, au respect de leur anonymat et à la protection de leurs renseignements personnels, au consentement informé au traitement et à la documentation et visent à garantir que des informations pertinentes et fiables seront recueillies.

### **Ressources humaines**

Cette section est la plus longue du manuel; elle couvre toute une gamme de politiques relatives aux ressources humaines dans le but de mettre de l'avant des pratiques d'équité, l'investissement dans le perfectionnement professionnel et une compréhension claire des processus et des protocoles, tout cela dans le but de favoriser le recrutement positif et le maintien en effectif. Ces politiques traitent, plus précisément, de l'égalité des chances, de l'éthique et des droits de la personne en matière de recrutement, d'embauche et d'orientation, et vont des relations avec l'employeur au harcèlement et aux griefs en passant par la rémunération et les avantages sociaux, les conflits d'intérêt, la gestion du rendement et les mesures disciplinaires.

## **Qualité**

Ces politiques s'appliquent aux processus de contrôle des indicateurs de rendement, d'évaluation de l'efficacité et de l'efficacité du Programme, de promotion d'une amélioration constante du Programme et de réduction des risques pour les clients, les familles, le personnel et le Programme.

## **Opérations**

Dans cette section, on trouve les politiques touchant les diverses composantes opérationnelles de la gestion du Programme, des dossiers, des communications et des budgets, de même que le résumé annuel du Programme.

## **Santé et sécurité**

Ces politiques s'attachent à la santé et à la sécurité, c'est-à-dire à la gestion des déchets dangereux, aux mesures d'urgence, aux incendies et à l'évacuation, à la négligence, à la violence envers les clients et au contrôle des infections. Elles touchent aussi les rapports sur les incidents et l'assurance-responsabilité.

## **Clinique et prestation de services**

Cette section est la seule qui ne compte pas des politiques exhaustives. Il s'agit de quatre types de politiques qui, à nos yeux, sont importantes pour la réussite du Programme : critères d'admissibilité, établissement des priorités, distribution des ressources et retards dans les admissions. On trouve aussi un certain nombre de protocoles spécifiques touchant, par exemple, le décès du patient à son domicile, les ordonnances

des médecins, l'administration de la première dose d'un médicament, l'administration générale des médicaments et les précautions universelles, et des protocoles plus détaillés sur le refus de fournir des services et sur les questions touchant la sécurité des employés. On pense que ces protocoles sont, pour le moment, les plus importants pour l'élaboration et la mise en place du Programme.



## **Annexe C - Liste recommandée des fournitures et de l'équipement médical de base et des fournitures et de l'équipement médical supplémentaire pour le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire**

Les renseignements contenus dans le présent annexe reflètent les commentaires des infirmières en soins à domicile, des experts de programmes provinciaux de soins à domicile et des représentants des programmes déjà établis de soins à domicile et en milieu communautaire dans les Premières nations et chez les Inuits dans le cadre des projets pilotes de soins à domicile du Fonds pour l'adaptation des services de santé.

L'accès aux fournitures et aux équipements médicaux est un élément essentiel de la prestation des services de soins à domicile et en milieu communautaire (voir le Cadre de soins du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire). Les communautés, les conseils tribaux, les alliances ou les associations régionales devront donc tous s'assurer d'avoir accès aux fournitures et aux équipements médicaux de base pour répondre aux besoins de leurs clients à domicile.

Voici une liste de recommandations touchant les fournitures et les équipements médicaux de base et les fournitures et les équipements supplémentaires, qui ont été classés en trois catégories :

- les fournitures et l'équipement de base et fournitures et équipement supplémentaires nécessaires à l'infirmière en soins à domicile pour lui permettre de s'acquitter de ses tâches pendant les visites à domicile;
- l'équipement de base pour répondre aux besoins immédiats et à court terme des clients à domicile;

- le matériel d'utilisation courante nécessaire à l'administration de soins aux patients à domicile (par exemple, pansements, fournitures pour les diabétiques, fournitures pour les incontinents).

Il convient de remarquer que les éléments qui entrent dans cette liste, particulièrement la deuxième et la troisième catégories, devront être validés en fonction des exigences de la clientèle de chaque communauté. Cette opération peut se révéler difficile jusqu'à ce que les programmes en place dans la communauté soient entièrement opérationnels, mais on recommande, à titre de mesure provisoire, que les communautés examinent à la lumière de la liste recommandée les données suivantes afin de valider leurs exigences propres :

- données recueillies pendant l'évaluation des besoins communautaires effectuée dans le cadre du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire;
- données sur les achats réalisés dans le cadre du Programme de distribution des médicaments;
- données sur l'utilisation des fournitures et des équipements médicaux accessibles à partir du Système d'information sur la santé et le traitement des demandes de paiement du Programme des services de santé non assurés (communiquez avec l'unité du SSNA de votre région pour obtenir ces informations).



**Fournitures et équipements de base et équipements et fournitures supplémentaires nécessaires aux tâches de différents soins à domicile pendant les visites** (contenu de la trousse de l’infirmière en soins à domicile et en milieu communautaire)

**ÉQUIPEMENT DE BASE**

- 1 stéthoscope à double pavillon
- 1 sphygmomanomètre
  - brassard pour enfant (s’il y a des enfants parmi la clientèle)
  - brassard pour adulte
  - brassard pour obèse (s’il y a des obèses parmi la clientèle)
- 1 ciseaux à bandage
- 1 ciseaux à ligature
- 1 trousse de diagnostic
  - ophtalmoscope
  - otoscope
- 1 thermomètre électronique avec capuchons pour la sonde
- 1 glycomètre
  - bandes de test et solutions de contrôle
- 1 ruban gradué
- 1 masque de réanimation cardio-respiratoire
- 1 moniteur de saturation en oxygène
- 1 couteau à pilule
- 1 dégrafeuse
- 1 matériel hémostatique
- 1 pince à échardes

**Documents de référence**

- Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques
- Guide des médicaments
- Documents sur les soins infirmiers

**FOURNITURES DE BASE**

- gants jetables non stériles
- gants en latex jetables stériles
- gel antiseptique pour les mains ou nettoie-mains employé sans eau
- compresses abdominales
- compresses de gaze de 2 sur 2 et de 4 sur 4
- tampons à l’alcool
- pansements TELFA
- sacs de papier
- trousse contre les allergies avec les directives (on ne peut obtenir cette trousse qu’avec l’ordonnance d’un médecin — la plupart des clients qui les utilisent auront déjà leur ordonnance en main)
- contenant pour les objets pointus
- ruban non allergène (large et étroit)
- bandages élastiques KLING, plusieurs tailles
- contenant pour les déchets dangereux
- lubrifiant
- solution saline ordinaire



### *Équipements supplémentaires (si la clientèle le justifie)*

- équipement de laboratoire pour les ponctions veineuses
- ceinture de marche à attaches Velcro

### *Fournitures supplémentaires (si la clientèle le justifie)*

- seringues
  - à insuline
  - de 1 ml
  - de 3 ml
  - de 10 ml
- aiguilles
  - calibre 25, 5/8e po
  - calibre 21, 1,5 po
- glucose pour les cas d'hypoglycémie
- tabliers imperméables jetables

### *Soins des pieds*

Les fournitures suivantes sont recommandées seulement si l'infirmière est certifiée en soins des pieds et que la clientèle le justifie :

Fournitures recommandées pour les soins des pieds  
(deux troussees stériles)

- pinces à ongles
- limes à ongles
- limes Diamond Deb
- limes Black's
- tige exploratoire à tête concave
- bol en acier inoxydable (petite cuvette ovale ou ayant la forme d'un haricot qui s'adapte aux instruments)

*Équipements de base pour les besoins immédiats et à court terme des patients à domicile (articles en location)*

- fauteuil roulant
- béquilles
- déambulateur
- chaise de baignoire
- chaise percée
- bassin de lit
- cannes
- toilette surélevée

*Articles courants nécessaires pour les soins à domicile*

#### **Soin des plaies**

- pansements spécialisés
- pansements secs
- pansements et rubans adhésifs
- préparations topiques

#### **Fournitures pour incontinents**

#### **Fournitures pour diabétiques**

- glycomètre
- lancettes
- seringues à insuline
- stylos injecteurs

## Annexe D - Exemple de cas

### *Exemple 1*

La coordonnatrice des soins à domicile reçoit l'appel téléphonique d'une mère qui demande des soins à domicile pour un enfant de trois ans de façon qu'elle puisse fréquenter le collège trois jours par semaine.

Comme les soins à domicile n'incluent pas le gardiennage d'enfants ni les soins quotidiens aux enfants, la demande est refusée sans qu'une visite ou une évaluation à domicile ait été effectuée. La coordonnatrice expliquera néanmoins à la mère les critères d'admissibilité au Programme et lui demandera de communiquer avec les services à l'enfance et à la famille (pour encourager l'autonomie). Si la mère n'est pas en mesure de le faire, la coordonnatrice offrira de le faire de sa part. Elle doit d'abord demander la permission de référer son cas.

Dans ce cas, l'interlocutrice ne sera pas admise à titre de cliente du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

### *Exemple 2*

La coordonnatrice des soins infirmiers à domicile reçoit un appel d'une personne qui cherche à fournir un vaccin antigrippal à un membre de la communauté. La coordonnatrice expliquera à son interlocuteur les critères d'admission au programme et le dirigera vers le Programme de santé communautaire (soins infirmiers).

Dans ce cas, le patient ne sera pas admis à titre de client du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire.

### *Exemple 3*

Dans l'exemple suivant, une recommandation de services provenant d'un organisme de l'extérieur.

Un établissement de soins de courte durée (l'hôpital) communique avec la coordonnatrice des soins infirmiers à domicile au sujet d'un client qui vient de subir une cholécystectomie (ablation de la vésicule biliaire) et qui retournera à son domicile trois jours après l'opération. La coordonnatrice demande qu'on lui envoie le résumé du congé, signé par le médecin, et indiquant les médicaments à prendre et les traitements à suivre ainsi que les ordonnances de fournitures et de médicaments, s'il y a lieu. Idéalement, si la distance et le temps le permettent, la coordonnatrice visitera le client à l'hôpital avant que celui-ci ne reçoive son congé. Elle discutera avec le client et le personnel pour connaître les besoins en soins à domicile et prendre les dispositions nécessaires pour que les services puissent être offerts dès le retour du client à la maison. Elle fera ensuite un plan de soins et effectuera l'évaluation à court terme. On recommande toutefois que la coordonnatrice visite le client le plus rapidement possible après son retour au domicile afin de revoir l'évaluation, les besoins et le plan de soins.

## Exemple de plan de soins

Date:	Besoin ou problème :
Objectifs :	
Tâches attribuées	
Infirmière affectée au client :	
Moment des soins :	Réévaluation :
Soins infirmiers Diagnostic :	

La coordonnatrice des soins infirmiers à domicile rédigera l'horaire des tâches et des assignations en indiquant :

- l'ordonnance de traitement;
- les cours nécessaires et à qui ils sont destinés;
- les renseignements à signaler à la coordonnatrice;
- la fréquence des soins et la durée prévue du traitement (calendrier).

L'infirmière affectée au client discutera avec le fournisseur de soins de santé (p. ex., infirmière, IAA) du calendrier et de l'horaire des tâches : changement quotidien de la compresse abdominale (de 10 h à 10 h 30) – nettoyer la plaie avec la solution saline ordinaire, appliquer un pansement Telfa et un pansement sec, encourager le client à apprendre les techniques aseptiques de changement des pansements, les procédures d'élimination des fournitures et les éléments à signaler. Elle devra présenter toutes les semaines ou, si l'état du patient se détériore, tous les jours, un rapport à la coordonnatrice indiquant les progrès réalisés, l'avancement de la guérison et tout autre besoin ou préoccupation.

Dans cet exemple, le client est admis en raison de besoins à court terme.

#### *Exemple 4*

Les clients présentant de multiples besoins et n'ayant que peu de soutien sont un des principaux défis du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire. Prenons par exemple un client diabétique (nouvellement diagnostiqué) dont la vision est limitée, qui a été hospitalisé pour une amputation de la jambe inférieure et qui revient à son domicile. Il vit seul, a des ressources très limitées (humaines et financières) et habite un logement délabré sans eau courante.

Le client pourrait avoir besoin de nombreux services relevant de plusieurs programmes, par exemple :

- **Soins à domicile ou en milieu communautaire**
  - Infirmière pour le changement des pansements (amputation) et pour enseigner au client tout ce qu'il doit savoir au sujet du diabète, du régime et des transferts.
  - Aide soignante pour aider le client dans les activités d'hygiène personnelle, l'entretien de la maison et la planification et la préparation des repas
- **Services sociaux**
  - Examen des besoins financiers, en particulier ceux qui découlent de son diabète (coûts de l'épicerie plus élevés et, peut-être, aide visuelle)
- **Logement**
  - Prévoir les risques pour la sécurité et aménager une rampe d'accès

- **SSNA**
  - Fauteuil roulant ou déambulateur, médicaments, fournitures et service de transport
  
- **INCA**
  - Aides visuelles

Ce cas prouve très bien qu'il est nécessaire d'établir des liens entre les programmes et de tenir des réunions d'équipes multidisciplinaires.