

L'approche relationnelle de soins : tout un défi !

De nombreux soignants éprouvent des

difficultés à donner des soins à une clientèle présentant des problèmes cognitifs. Les impacts peuvent s'observer par l'épuisement du personnel. Dans un souci d'améliorer la qualité et l'exécution des soins, le CHSLD de l'Ermitage a formé 446 travailleurs à l'approche relationnelle de soins (ARS)¹.

Cette formation va bien au-delà de sa diffusion et pour favoriser son intégration dans le milieu de vie, une démarche d'implantation est essentielle. Nous vous présentons ici la démarche suivie à notre CHSLD. Un autre article sur les impacts de la formation sera publié dans un prochain numéro.



Dominique Larochelle
Chargée de projet ARS
et psychologue
CSSS Arthabaska Érable

En collaboration avec



Françoise Bussièrès
Préposée aux
bénéficiaires et
formatrice ARS
CSSS Arthabaska Érable

L'origine du projet

En lien avec l'approche prothétique élargie en place au CHSLD depuis 2000, nous avons voulu enrichir le volet des communications. Nous avons alors opté pour la formation ARS de l'ASSTAS. Elle vient définir les concepts spécifiques liés aux habiletés relationnelles exigées. Toutefois, pour permettre une intégration optimale des apprentissages, certaines conditions s'imposent avant et durant la formation.

Les préalables organisationnels

Il faut déployer beaucoup d'énergie avant le début de la formation afin que les décisions futures soient cohérentes avec la philosophie de l'*humanité* de l'ARS. Plusieurs éléments doivent d'abord être en place :

- > le projet est endossé et soutenu par la direction ;
- > les services offerts aux résidents sont précisés, communiqués et compris de tous ;
- > les rôles des soignants sont définis et compris de tous ;
- > le réseau des communications est clair ;
- > plusieurs travailleurs (infirmières, infirmières auxiliaires) ont reçu une formation supplémentaire en *coaching* et l'utilisent pour optimiser le travail d'équipe. Ces notions sont importantes, entre autres pour l'infirmière en charge d'une équipe pour assurer le suivi des interventions ;

Le CHSLD Ermitage de la MRC d'Arthabaska est un des cinq établissements regroupés du CSSS Arthabaska Érable à Victoriaville. Le CHSLD Ermitage se divise en trois sites d'hébergement (le Foyer Étoile d'Or à Warwick et les résidences Le Chêne et Le Roseau à Victoriaville). Le CHSLD offre des services d'hébergement pour des soins de longue durée d'environ 300 lits. Cet établissement dynamique a déjà donné lieu à un article dans *Objectif prévention* pour son programme d'intégration des nouveaux préposés aux bénéficiaires².

Depuis l'an 2000, le CHSLD a pris le virage de l'approche prothétique élargie. Ce modèle d'hébergement se démarque par la volonté d'adapter l'environnement aux limites physiques, psychologiques, cognitives ou sociales des résidents. Le concept d'îlots par regroupement de 12 à 15 résidents a été intégré.

> les conditions facilitantes sont offertes aux formateurs. Par exemple, les formateurs disposent de trois heures de libération avant chaque nouveau groupe à former en vue de se préparer, préparer le matériel et la salle de formation, et ce, avec le chargé de projet. Aussi, après la formation du personnel de chaque site, une journée de libération pour tous les formateurs permet de faire le bilan. Il s'agit du seul moment d'échange entre les formateurs pour parfaire la compréhension et la pédagogie, planifier la suite des formations et partager les expériences vécues ;

> le service de la liste de rappel collabore efficacement : les horaires de compagnonnage impliquent un surplus de personnel, car les participants sont libérés pour deux activités de soins ;

> les équipements spécialisés (civières-douches, leviers à station debout, chaises de douche) sont disponibles, ou les prêts/achats sont prévus, afin de répondre à la philosophie de soins (maintien de l'autonomie, posture debout). Il s'agit également d'offrir une diversité d'équipements pour maintenir des soins optimaux.

Avant la formation, les trois sites du CHSLD ont été analysés afin de commencer par celui offrant les meilleures conditions. Le site où il n'y a pas trop de changements en même temps, où les énergies sont disponibles et où les conditions d'environnement et d'équipements sont déjà en place a été choisi. Une fois la séquence des sites déterminée, le chargé de projet explique aux participants les raisons de ces choix.

Le chargé de projet

Lorsque vient le temps de choisir un chargé de projet, il est crucial d'opter pour quelqu'un au fait des enlignements de l'organisation, soit parce qu'il a suffisamment de connaissance des grandes décisions, soit que son rôle l'amène à être très près des cadres décisionnels (ex. :





comité de direction, comité prothétique élargi, etc.). Ainsi, il peut expliquer aux participants les raisons qui ont guidé les choix de l'organisation, par exemple les services offerts à la clientèle et les façons privilégiées pour les donner.

Il doit aussi être le porte-parole de la philosophie « Milieu de vie » de l'établissement. Il peut alors expliquer les orientations de la direction en termes de dispensation de services, des choix de formation et des avenues futures, et ce, en lien avec la formation ARS, mais aussi avec tous les changements qui s'amorcent. Le chargé de projet doit posséder un lien direct avec le responsable de la formation ou le responsable de la liste de rappel. Il doit avoir la possibilité d'intervenir directement sur la liste de rappel, de demander des remplacements et d'accéder aux horaires des employés.

Cette personne doit donc être bien informée des grandes orientations prises par l'organisation ou encore être en mesure d'obtenir rapidement des réponses concernant certaines décisions pour assurer la cohérence. Au CHSLD, le chargé de projet a été libéré de ses tâches à temps plein pendant un an. L'**encadré** présente quelques-unes des exigences reliées à ses nouvelles fonctions.

Le choix des formateurs

Encore ici, les formateurs doivent s'engager et porter un projet qui ne fait pas toujours l'unanimité. Au CHSLD, nous avons publié un avis de recherche dans le journal interne.

Les formateurs doivent s'engager et porter un projet qui ne fait pas toujours l'unanimité chez les travailleurs.

Les candidats retenus proviennent de chacun des sites. Une fois la formation complétée, des personnes-ressources restent donc disponibles auprès des équipes. Nos formateurs occupent différents titres d'emploi.

Nous avons formé des dyades en jumelant un préposé à un professionnel, par exemple une infirmière auxiliaire et une thérapeute en réadaptation physique ou une psychologue. Ce jumelage permet de miser sur les forces de chacun pour mieux répondre aux questions des travailleurs. Nous avons volontairement exclu les infirmières afin de les utiliser pour le transfert sur le terrain avec les notions de *coaching*.

La formation des groupes

Nous avons formé les groupes avec des travailleurs de différents types d'emploi et différents quarts de travail. Pour plusieurs raisons, nous avons aussi tenté de former les travailleurs selon leur unité :

- > favoriser les discussions relatives à la continuité des soins ;
- > permettre un échange entre intervenants à temps plein et à temps partiel ;
- > favoriser le climat d'équipe et la valorisation du travail de chacun.

Qualités reliées aux fonctions du chargé de projet

Au-delà de la formation des groupes, de l'organisation des horaires, des libérations, des remplacements, le chargé de projet doit :

- > posséder suffisamment d'information sur les enlignements de la direction ;
- > promouvoir la philosophie de l'ARS et l'insérer dans le contexte global de l'organisation ;
- > pouvoir être présent sur tous les quarts de travail et dans les différentes installations ;
- > avoir le sens de l'organisation et être à l'aise pour communiquer ;
- > connaître des notions de *coaching* d'équipe ;
- > être disponible pour répondre aux questionnements, pour soutenir, pour pallier aux imprévus ;
- > développer les habiletés des soignants dans le cas où il n'est pas lui-même soignant (ex. : méthodes de travail, utilisation des équipements) ;
- > comprendre la réalité des soins sous divers angles ;
- > apporter le soutien à l'expérience affective reliée aux rôles de formateur ;
- > outiller les formateurs au plan pédagogique ;
- > ramener la philosophie de soins et la mettre en contexte global selon les orientations prises par la direction, par exemple la dispensation des services ;
- > établir des liens entre les gestionnaires pour uniformiser les pratiques entre les sites ;
- > permettre aux gestionnaires de s'approprier la démarche pour assurer l'intégration des acquis et favoriser le travail d'équipe.

Des ajustements au déroulement de la formation ARS

Nous avons voulu que la formation ARS soit adaptée à notre situation. Nous y avons donc apporté certains ajustements.

Théorie

Le contenu intégral de l'ASSTSAS a été conservé. Nous y avons simplement ajouté des précisions sur les orientations de notre organisation, au début et à la fin de la formation, présentées par le chargé de projet à chacun des groupes.

Démonstration

Après une première expérimentation, nous avons formé des groupes de 14 personnes (au lieu de 8, tel que suggéré par l'ASSTSAS), par dyade de formateurs. Lors des démonstrations, le groupe se sépare en deux et est accompagné par un formateur de la dyade. Les participants observent alors davantage de situations problématiques de soins et la cadence de formation est augmentée.

Compagnonnage

Lors du compagnonnage, l'organisation a libéré de leurs tâches chacun des travailleurs pendant une heure trente. Le formateur se déplaçait une seule fois pour rencontrer deux participants dans leurs activités. Le travailleur remplaçant les personnes en compagnonnage était du même titre d'emploi que les deux participants et il pouvait faire le remplacement de trois heures. Cela permettait au formateur un temps d'échange après le soin pour favoriser l'intégration des apprentissages.

Nous avons adapté les compagnonnages en fonction des titres d'emploi. Tous doivent faire un premier compagnonnage lors d'un soin d'hygiène. Le deuxième compagnonnage est ensuite relié aux tâches de la personne :

- > préposé : un autre soin d'hygiène ;
- > infirmière auxiliaire : un traitement ou une prise de médication ;
- > infirmière : une toilette évaluative, outil du diagnostic infirmier, afin de l'habilitier à observer, à colliger des informations, et à donner du *feed-back* aux préposés lors d'une situation problématique dans les soins intimes d'un résidant ;
- > professionnel : une tâche reliée à son champ d'action.

Consolidation

Nous avons conservé le contenu prévu par l'ASSTSAS et libéré chaque groupe durant trois heures en utilisant, entre autres, le questionnaire d'évaluation pour chaque groupe. Les résultats des évaluations démontrent que cette étape est importante et très appréciée du personnel. Il s'agit d'un temps d'échange unique où les gestionnaires et le chargé de projet sont présents pour entendre le personnel. Nous abordons avec les participants ce qu'ils souhaitent comme changements (ex. : adaptation des horaires de formation et des horaires de travail, harmonisation des horaires des activités des résidents selon leurs besoins, adoption du vouvoiement et utilisation du prénom selon les besoins). L'activité se termine en discutant de leurs succès et de leurs bons coups. Cette modification met fin à la formation sur une note positive.

Les moyens mis en place

La formation ARS révèle plusieurs aspects à améliorer dans l'organisation. Pour y arriver, nous avons mis en place plusieurs activités.

Réunions ARS

Nous avons planifié l'horaire de travail pour réunir les soignants par îlot et tenir une réunion ARS de 15 minutes, une fois par semaine, de jour et de soir. Un outil de communication permet de recueillir l'information à traiter durant ces réunions ARS. Il s'agit d'un cartable de réunions ARS. Une section est réservée à chacun des clients et les travailleurs peuvent y écrire les problèmes ou observations rencontrés avec le résident, de même que les modifications apportées ou souhaitées. Le cartable est utilisé par tous les quarts de travail pour favoriser les communications entre les intervenants et pour assurer la continuité des soins.



Au besoin, si des changements importants sont notés chez un résident et que les données ne suffisent pas à cerner le

problème, une grille d'observation est utilisée. Cette grille est conservée au cartable.

Suivi des consolidations

Un autre outil de communication, l'*Info-suivi*, a été instauré à la suite des commentaires recueillis lors de la partie consolidation de la formation ARS. Il est préparé et distribué mensuellement par le gestionnaire d'unité. Les résultats des consolidations et les réponses de l'*Info-suivi* sont transmis à tous les gestionnaires. Il s'agit d'assurer une uniformité des pratiques entre chacun des sites de manière à aider les travailleurs qui se déplacent entre les sites.

Consolidation concrète par le chargé de projet

Une fois la formation complétée, le chargé de projet se présente à chacun des quarts de travail pour accompagner les travailleurs dans la réalisation de leurs gestes quotidiens. La supervision peut se faire aussi selon le besoin exprimé par un travailleur ou par l'équipe. Cette action permet de poursuivre l'intégration des acquis, de colliger des informations sur les améliorations nécessaires pour optimiser l'ARS et de solutionner des situations plus difficiles d'actes de soins.

Explications aux partenaires

Les familles sont appelées à observer des changements chez leur proche soit en cours de formation ou après. Ces changements peuvent se produire autant aux niveaux physique, psychologique et social, qu'aux décisions relatives à l'attribution de soins. Les familles doivent donc disposer de l'information nécessaire pour comprendre les raisons de ces changements. Elles doivent comprendre le cadre de référence afin d'être partenaires et de collaborer aux décisions concernant leur proche hébergé.

Les bénévoles, les médecins et les autres professionnels doivent aussi être informés afin que leurs interventions soient cohérentes avec l'ARS. Nous avons informé les maisons d'enseignement de notre région qui forment les préposés, les infirmières auxiliaires et les infirmières afin que les étudiants connaissent les récents développements pour le travail dans notre CHSLD.

AU COURS DES DEUX DERNIÈRES ANNÉES, 446 TRAVAILLEURS EN HÉBERGEMENT ONT ÉTÉ FORMÉS À L'ARS.

> Direction et gestionnaires d'unité	7
> Infirmières	58
> Infirmières auxiliaires	82
> Préposés aux bénéficiaires	289
> Ergothérapeutes	4
> Physiothérapeutes et TRP	2
> Récréologues en loisirs	3
> Psychologue	1

De plus, les services externes et soutien à domicile ont été formés : les auxiliaires familiales et sociales des services de maintien à domicile du CLSC, le personnel du service ambulatoire de gériatrie, le personnel de l'unité de réadaptation fonctionnelle intensive, le personnel du Centre de jour pour le secteur d'Arthabaska et de l'Érable.

L'objectif : l'amélioration pour tous

La formation ARS permet, entre autres, par le compagnonnage et la consolidation, de prioriser les actions futures d'amélioration pour offrir les meilleurs soins et services possibles aux résidents. Adhérer à cette philosophie ouvre donc sur les possibilités d'améliorations du milieu de vie.

Nous ne prétendons pas que tout est réglé. Tous les intervenants y consacrent du temps et des énergies pour continuer à apporter des améliorations. L'ARS doit toujours être mise en contexte et des choix selon les ressources et les limites du milieu doivent être faits en impliquant le résident. D'ailleurs, nous avons noté des répercussions positives chez les résidents, leurs familles et le personnel. Nous en traiterons dans un prochain numéro d'*Objectif prévention*. ●

RÉFÉRENCES

1. *Objectif prévention* a publié plusieurs articles sur l'ARS. Consultez-les sur notre site (www.asstsas.qc.ca).
- POULIN, P., J. BLEAU, Y. GINESTE. « L'approche relationnelle de soins, la rencontre des *humanitudes* », *Objectif prévention*, vol. 28, n° 1, 2005, p. 3-5.
- POULIOT, G. « Une réponse adaptée aux besoins d'une clientèle vieillissante », *Objectif prévention*, vol. 27, n° 5, 2004, p. 26-28.
- POULIN, P., M. CAMPEAU, N. PRÉVOST. « L'approche relationnelle, outil de l'approche prothétique », *Objectif prévention*, vol. 26, n° 5, 2003, p. 22, 23.
2. POULIOT, G. « Une stratégie de compagnonnage qui porte fruit », *Objectif prévention*, vol. 29, n° 2, 2006, p. 14-15.