Canadian Oncology Nursing Journal

Revue canadienne de soins infirmiers en oncologie

Volume 31, Issue 2 • Spring 2021
eISSN: 2368-8076

CANO
ACIO

Canadian Association of Nurses in Oncology
Association canadienne des infirmières en oncologie

Application du modèle synergique au modèle de soins infirmiers en contexte de soins hospitaliers et ambulatoires – expérience de deux établissements en milieu urbain : Centre des sciences de la santé d'Hamilton et Centre régional de cancérologie de Grand River

par Charissa Cordon, Jennifer Lounsbury, Delia Palmer et Cheryl Shoemaker

RÉSUMÉ

L'incidence et la prévalence du cancer continuent à augmenter dans l'ensemble du Canada. On s'attend à ce que un Canadien sur deux souffrent d'un cancer à un moment de leur vie (Canadian Cancer Society/Société canadienne du cancer, 2021). Comme la complexité et la gravité des cas de cancer sont en hausse, il devient essentiel de définir le ratio idéal infirmière-patients et le nombre de

patients par infirmière dans les services d'oncologie. Deux infirmières en chef chevronnées amenées à définir dans leurs secteurs respectifs le meilleur modèle à associer à celui en place pour les soins infirmiers ont décidé, après s'être concertées, de mettre en œuvre le modèle synergique.

Le « modèle synergique » est un modèle de pratique professionnelle élaboré par l'American Association of Critical Care Nurses (AACN) dans lequel les soins infirmiers reflètent l'intégration des connaissances, des aptitudes, des comportements, des compétences et de l'expérience des infirmières pour répondre aux besoins des patients et de leurs familles (Curley, 2007). Il offre une structure pour harmoniser les ressources en soins infirmiers et les besoins en soins des patients et a été adapté à différents types de soins. Cependant, ce modèle n'avait pas été mis en place dans des unités hospitalières d'oncologie chirurgicale ni dans des services d'oncologie ambulatoires. Grâce à une méthodologie d'amélioration de la qualité, le modèle synergique a été testé avec succès dans ces nouveaux services. Il peut être utilisé pour établir le besoin de ressources supplémentaires en soins infirmiers assurés par des infirmières spécialisées en oncologie ainsi qu'une combinaison appropriée d'aptitudes offertes par des équipes infirmières intraprofessionnelles. Il sert à évaluer les patients adultes en oncologie qui se présentent dans une salle de traitements ambulatoires systémiques pour recevoir des soins non planifiés en raison de symptômes.

AUTEURES

Charissa Cordon, inf. aut., M.Sc.inf., D.Éd.
Infirmière en chef, pratique avancée
Centre des sciences de la santé d'Hamilton
Main Street West, Hamilton (Ontario) L8N 3Z5
Centre médical de l'Université McMaster
Tél. : 905-521-2100, poste 73828

Jennifer Lounsbury, inf. aut. (cat. spéc.) adultes, M.Sc.inf., CSIO(C)
Infirmière en chef, pratique interprofessionnelle
Oncologie, soins intensifs et soins palliatifs
Centre hospitalier et de cancérologie Juravinski
Centre des sciences de la santé d'Hamilton
Tél. : 905-521-2100, poste 64184

Delia Palmer, inf. aut., B.Sc.inf.
Gestionnaire clinique
Soins en chirurgie oncologique
Centre hospitalier et de cancérologie Juravinski
Centre des sciences de la santé d'Hamilton

Cheryl Shoemaker, inf. aut., B.Sc.inf., CSIO(C)
Gestionnaire clinique
Cliniques ambulatoires d'oncologie
Centre hospitalier et de cancérologie Juravinski
Centre des sciences de la santé d'Hamilton

À noter : Jennifer Lounsbury et Cheryl Shoemaker étaient infirmières en chef au Centre régional de cancérologie de Grand River lorsqu'elles y ont mis en œuvre le modèle synergique. Au moment de rédiger ce manuscrit, elles étaient employées au Centre des sciences de la santé d'Hamilton.

Remerciements

Les auteures remercient Gina de los Santos, inf. aut., B.Sc.Inf., ICMC, gestionnaire clinique en oncologie à l'Hôpital de Grand River pour sa contribution à la mise en œuvre du modèle dans cet établissement.

DOI:10.5737/23688076312195204

CONTEXTE

Les responsables des services de santé ont du mal à mettre en œuvre des modèles de soins qui améliorent la prestation des services de santé, favorisent des soins de qualité et améliorent la satisfaction des patients, des aidants et des prestataires. Un « modèle de soins » est un concept multidimensionnel centré sur le patient qui définit la prestation de services de soins de la santé, la détermination des fonctions, la gouvernance et l'élaboration des relations en fonction des rôles auprès des patients, de leur famille et des membres de l'équipe de soins (Lee et Fitzgerald, 2013). Lors de la conception d'un nouveau modèle de soins, il convient de s'assurer que les patients reçoivent au bon moment les soins appropriés, par l'équipe compétente et au bon endroit (Booker, Turbutt et Fox, 2016).

L'examen de nouveaux modèles de soins infirmiers en oncologie se justifie par la complexité accrue des besoins des patients souffrant de cancer, les coûts des soins qui s'accroissent, et la nécessité d'offrir aussi des traitements de soutien maintenant. Il faudrait trouver un équilibre entre ces facteurs en offrant des soins de grande qualité tout en attribuant les ressources appropriées assurées par des prestataires hautement qualifiés de soins en oncologie. Des infirmières en chef appartenant à deux organismes, confrontées à ce problème dans leurs secteurs cliniques respectifs, se sont associées pour trouver une solution.

Le modèle synergique a été essayé avec succès dans une unité d'hématologie/greffe de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) pour les patients hospitalisés à l'Hôpital Juravinski en Ontario, au Canada (Amenudzie, Georgiou, Ho et O'Sullivan, 2017). Cependant, il n'avait pas encore été testé dans une unité hospitalière d'oncologie chirurgicale avec un modèle d'association d'aptitudes en soins infirmiers (ex. infirmières autorisées et infirmières auxiliaires autorisées collaborant avec des travailleurs de soins de la santé non réglementés) ni dans un service de soins ambulatoires d'oncologie. Lorsque nous avons commencé notre projet, nous voulions répondre à deux questions spécifiques :

1. Le modèle synergique peut-il être appliqué dans une unité hospitalière d'oncologie chirurgicale pour enrichir le modèle de soins infirmiers?
2. Le modèle synergique peut-il être appliqué dans une clinique de soins ambulatoires d'oncologie pour enrichir le modèle de soins infirmiers?

Dans cet article, nous décrivons la mise en œuvre du modèle synergique pour enrichir le modèle de soins infirmiers dans des services de soins oncologiques hospitaliers et ambulatoires, au sein de deux organismes différents, en nous appuyant sur un procédé d'amélioration de la qualité. Nous parlerons également des changements induits par la mise en place du modèle dans nos centres respectifs et nous partagerons les leçons tirées.

QU'EST-CE QUE LE MODELE SYNERGIQUE?

Élaboré par l'American Association of Critical Care Nurses (AACN), le modèle synergique est un modèle de pratique professionnelle de soins infirmiers. Il repose sur huit caractéristiques universelles : stabilité, complexité, prévisibilité, résilience, vulnérabilité, participation aux décisions, participation aux soins et disponibilité des ressources. L'application de ce modèle permet aux infirmières de formuler les caractéristiques des patients et de prendre en compte les conséquences de chacun de ces éléments sur leur charge de travail. En dernier lieu, il permet d'identifier l'infirmière la plus apte à répondre aux besoins en soins d'un patient. Selon le domaine clinique, il servira d'outil quotidien de prise de décision à chaque changement d'équipe ou sera utilisé pour la planification à long terme par des responsables et des administrateurs. Basé sur un modèle de responsabilisation, le modèle synergique peut être mis en œuvre avec succès par des infirmières aux points d'intervention dans leur secteur. Au Canada,

le modèle synergique a été instauré dans différents contextes de soins en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Ontario, entre autres dans des services d'urgence, de soins intensifs, de santé mentale, des maisons de retraite et des centres de santé communautaire.

Le modèle synergique comporte deux composantes : les besoins en soins des patients et les compétences du personnel. Pour notre projet, nous en avons ajouté une troisième, l'environnement, afin d'être en conformité avec le Cadre à trois facteurs de l'Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario : le client, l'infirmière et l'environnement (CNO/OIIIO, 2018). Il était nécessaire d'ajouter le facteur environnemental pour mieux comprendre le contexte dans lequel les soins sont assurés. Définir les trois composantes permet d'établir les besoins en soins et d'identifier l'infirmière la plus qualifiée pour assurer les soins d'un patient donné. Ceci facilite les décisions liées à la combinaison d'aptitudes en soins infirmiers et à l'attribution des ressources intraprofessionnelles en soins infirmiers.

Dans le cadre de notre projet, nous avons élaboré des sondages ou d'autres outils pour chacune des composantes du modèle. Tous les outils et les sondages élaborés pour chaque composante du modèle synergique ont été repris à différents moments, afin de déterminer si les changements effectués étaient fructueux. La participation du personnel et la compréhension de la nature dynamique des services d'oncologie sont des éléments essentiels du modèle synergique. En général, les outils et les sondages sont administrés au début de l'étude, puis un mois après la mise en place des changements et enfin, six mois après.

Les besoins en soins des patients

Les besoins en soins des patients sont l'une des composantes du modèle synergique. Ces besoins sont définis à l'aide de huit caractéristiques regroupées en deux catégories : la gravité des cas et la capacité des patients. La gravité se caractérise par le degré de stabilité, de complexité et de prévisibilité du patient. La capacité correspond au degré de résilience, à la vulnérabilité, aux ressources disponibles, à la participation aux décisions et à la participation aux soins du patient. Ces caractéristiques sont mesurées à l'aide de l'Outil des caractéristiques du patient, élaboré initialement par McPhee et collaborateurs (2011). Chaque caractéristique est définie et mesurée à son tour en utilisant l'échelle de Likert en cinq points, dans laquelle « 1 » correspond à des besoins en soins « importants », et « 5 », à des besoins « faibles ». Cet outil utilise la même approche que l'Échelle canadienne de triage et de gravité (CTAS/ECTG, 2016), un outil normalisé utilisé pour le triage des patients qui se présentent au service des urgences. L'unité hospitalière d'oncologie chirurgicale qui a appliqué le modèle synergique dans ce projet a utilisé une version adaptée de l'outil des caractéristiques du patient initial dont l'échelle est inversée. Ainsi un score de « 1 » correspond à un besoin en soins « faible » et « 5 » à un besoin « important ». L'outil révisé adapté par l'équipe du projet a été testé pour sa validité apparente et la validité de son contenu, tel que cela a été décrit par Ho et collaborateurs (2017).

La compétence du personnel

Dans le cadre du modèle synergique, il est important d'évaluer les compétences en soins infirmiers afin d'établir le niveau d'aptitude ou l'expertise des infirmières. Un outil d'évaluation des compétences a été créé pour ce projet et on a demandé aux infirmières d'autoévaluer leurs aptitudes. Les directives concernant le choix de l'effectif constituent un autre outil généraliste, créé à partir des compétences des infirmières pour mettre en adéquation leurs compétences et les besoins en soins des patients. Définir le niveau d'expertise en soins infirmiers permet de constituer un groupe d'infirmières équilibré dans l'unité, déterminé par les besoins de la population de patients accueillie (Curley, 2017). En outre, une composition équilibrée de l'équipe dont les compétences s'étendent de la novice à l'experte ainsi qu'une collaboration intraprofessionnelle sont des catalyseurs clés pour former une équipe performante en soins infirmiers.

L'environnement de travail

Il est important de comprendre l'environnement dans lequel les soins sont assurés afin d'identifier les problèmes auxquels sont confrontées les infirmières. Le modèle synergique fait appel à des méthodes de responsabilisation qui aident les infirmières à mettre en œuvre des changements, ce qui leur permet de déterminer elles-mêmes les solutions qui leur semblent les plus adaptées à leur unité. On recueille le point de vue des infirmières sur leur mission, leur charge de travail et d'autres facteurs à l'aide d'un sondage sur l'affectation des patients et un sondage sur l'environnement de travail.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

Les publications concernant les résultats de l'application du modèle synergique sont limitées. Le modèle synergique a été mis en place dans différents contextes au sein de services de soins cliniques. Il a contribué à la création d'un programme de soins infirmiers de premier cycle et aux approches utilisées pour la formation du personnel infirmier (Curley, 2007). Curley (2007) a indiqué l'incidence positive du modèle synergique sur les résultats, à la fois pour les patients et le système. Il a en outre reconnu que l'obtention de ces résultats était un « défi méritant d'être relevé » (p. 234).

MacPhee, Wardrop, Campbell et Wejr (2011) ont utilisé le modèle synergique comme stratégie de responsabilisation du personnel pour lui permettre d'évaluer les patients en temps réel à chaque quart de travail afin d'adapter la planification des soins et de décider de l'effectif approprié. Rozdilsky et Alecxe (2012) ont utilisé le modèle synergique pour constituer un projet pilote infirmière-patients dans une unité médicale où les infirmières évaluaient tous les patients à chaque changement d'équipe. Leur projet a eu des résultats positifs sur les patients, notamment sur le taux d'infections nosocomiales, et a permis une légère diminution des chutes par jours-patient. Khalifehzadeh, Jahromi et Yazdannik (2012) ont réalisé une étude quasi expérimentale en appliquant le modèle synergique auprès de 22 infirmières et 64 patients souffrant de syndrome coronarien aigu

dans une unité de soins intensifs cardiaques. Ils souhaitaient déterminer les compétences en soins infirmiers et la satisfaction des patients à propos de leurs soins. Ils ont indiqué une satisfaction accrue des patients et une amélioration des performances des infirmières dans cette unité après la mise en œuvre du modèle. Swickard, Swickard et Winkelmann (2015) ont utilisé le modèle synergique pour établir la pertinence du transfert des patients dans un état critique vers d'autres établissements et pour orienter les décisions de triage pour le transport. Les auteurs ont constaté que cet outil était efficace, mais ont reconnu la nécessité de mener des études associant leur outil à des résultats mesurables. Amenudzie et collaborateurs (2017) ont appliqué le modèle synergique dans une unité hospitalière d'hématologie/HSCT. Ils ont observé des résultats positifs à la fois pour le personnel et les patients, par exemple une participation plus importante des infirmières et une amélioration ressentie de la qualité des soins aux patients ainsi qu'une diminution des problèmes de sécurité, comme les chutes des patients et les erreurs de laboratoire. Plusieurs études utilisant le modèle synergique ont rapporté des résultats similaires. Le modèle synergique est un outil qui aide le personnel à décider de l'effectif approprié (c'est-à-dire des personnes présentant les compétences adaptées) pour répondre aux besoins en soins des patients. Comme le personnel possède toutes les aptitudes nécessaires pour répondre aux besoins des patients et prendre des décisions, il s'implique davantage, ce qui optimise les résultats chez les patients (Curley, 1998).

Au Canada, MacPhee et ses collègues de Colombie-Britannique ont été les premiers à mettre en œuvre le modèle synergique et à publier leurs procédures et leurs résultats (MacPhee et al., 2011). Leur travail visait à améliorer la charge de travail en soins infirmiers en Colombie-Britannique et à créer un environnement de travail sain pour les infirmières (British Columbia Nurses' Union [BCNU], 2010). Les outils publiés par le BCNU (2010) qui décrivent les stratégies détaillées pour une mise en œuvre réussie du modèle synergique, ainsi que les travaux d'Amenudzie et collaborateurs (2017) et de Ho et collaborateurs (2017) ont été utilisés pour orienter et enrichir nos travaux. Ho et collaborateurs (2017) ont utilisé une méthode d'amélioration de la qualité pour mettre en œuvre le modèle synergique dans leur organisation avec des résultats probants. Ils ont fait appel à un modèle de responsabilisation du personnel et ont consigné les répercussions de leur travail à différents moments en mesurant la satisfaction du personnel, les heures supplémentaires et les événements mettant en jeu la sécurité des patients.

NOTRE EXPÉRIENCE LORS DE LA MISE EN ŒUVRE DU MODÈLE SYNERGIQUE

Expérience en soins hospitaliers d'oncologie chirurgicale

L'effectif des unités hospitalières d'oncologie chirurgicale est souvent constitué d'une combinaison d'aptitudes en soins infirmiers qui comportent à la fois des infirmières autorisées, des infirmières auxiliaires autorisées et des aides-soignants.

Après une intervention chirurgicale, les patients admis dans ces unités ont besoin de soins variés. Par exemple, dans les 24 premières heures après une intervention chirurgicale, les patients sont généralement incapables de bouger, ont des douleurs aiguës ainsi qu'un comportement imprévisible et assez complexe. Par contre, 72 heures après l'intervention, certains patients sont plus autonomes, ont une évolution plus prévisible et des besoins en soins modérés. Cependant, quelques patients ont parfois des complications pendant leur rétablissement et, de ce fait, ont besoin de soins infirmiers plus importants. Dans un modèle de combinaison d'aptitudes en soins infirmiers, il est souvent compliqué de savoir quelle infirmière associer à un patient donné et d'affecter des aides-soignants aux patients.

Dans une unité hospitalière particulière d'oncologie chirurgicale, le besoin d'un modèle pour faciliter l'affectation des soins infirmiers est devenu évident. Le nombre d'heures supplémentaires au sein de l'unité était élevé et le personnel infirmier insatisfait du modèle en vigueur. Le programme d'oncologie chirurgicale dans cette organisation portait sur deux unités comptant chacune 34 lits et une infirmière responsable. Les infirmières ont exprimé leurs préoccupations concernant leur charge de travail. Elles avaient du mal à formuler les besoins en soins de leurs patients de manière objective et normalisée. Les infirmières et l'équipe responsable du programme ont décidé de procéder à une utilisation pilote du modèle synergique dans cette unité, pour améliorer la qualité afin de perfectionner leur modèle de prestation de soins infirmiers. Une utilisation pilote du modèle synergique a été mise en œuvre avec succès dans une unité hospitalière d'hématologie (Amenudzie et al., 2017; Georgiou et al., 2018). Cependant, ce modèle n'a pas été testé dans un contexte d'oncologie chirurgicale avec un modèle de combinaison d'aptitudes en soins infirmiers.

Élaboration de l'outil des caractéristiques du patient

Une équipe constituée d'infirmières aux points d'intervention, d'infirmières responsables, d'une éducatrice et d'un spécialiste de l'amélioration de la qualité a été créée pour essayer le modèle synergique adapté. Cette équipe était animée par une infirmière en oncologie chirurgicale, et le procédé a été accompagné par le gestionnaire de l'unité et le chef de la pratique interprofessionnelle. L'outil des caractéristiques du patient utilisé dans l'étude pilote créée par Amenudzie et collaborateurs (2017) a été enrichi de descripteurs spécifiques adaptés à la population de patients en oncologie chirurgicale. La validité apparente et la fiabilité inter-évaluateurs du nouvel outil ont été évaluées par un procédé d'amélioration de la qualité (voir l'annexe A).

L'application clinique du modèle synergique a été expliquée au personnel responsable des soins infirmiers. L'accent a été mis sur la formation du personnel pour l'utilisation de l'outil des caractéristiques du patient pour permettre à l'équipe d'évaluer correctement les besoins en soins de ses patients. Ces données ont été recueillies pendant deux semaines afin d'obtenir un score de référence en début d'étude. Elles ont permis de calculer le pourcentage de

patients présentant des besoins en soins faibles, moyens et élevés ainsi que le type de soins nécessaires. Ces données ont servi à établir le pourcentage de cas graves avec des trajectoires de soins imprévisibles et de cas moins graves et plus prévisibles, mais avec des besoins en soins complexes. Elles ont été particulièrement précieuses pour déterminer la pertinence de la présence d'infirmières auxiliaires autorisées et d'infirmières autorisées dans cette unité. Ces éléments ont aidé à établir le type de patients ayant plutôt besoin d'une infirmière autorisée ou d'une infirmière auxiliaire autorisée en fonction des soins nécessaires.

Évaluer les compétences des infirmières

Les compétences du personnel assurant les soins infirmiers en oncologie chirurgicale ont également été étudiées. L'outil permettant d'évaluer les compétences a été élaboré en adaptant les Normes de soins et compétences de l'infirmière spécialisée en oncologie (CANO/ACIO, 2007). Les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées devaient évaluer elles-mêmes leurs compétences. Les compétences énumérées et les années d'expérience au sein de l'unité ont permis d'établir leurs niveaux respectifs d'expertise. Les résultats des évaluations des compétences ont été examinés et utilisés par la personne responsable de la formation clinique. Le regroupement des résultats a permis de faire ressortir les lacunes dans les connaissances et les aptitudes du groupe responsable des soins infirmiers de l'unité et d'élaborer en conséquence un programme pédagogique. De la formation sur les lieux de travail et des activités d'apprentissage ont ensuite été élaborées pour faciliter l'apprentissage de toutes les infirmières de l'unité.

Évaluer l'environnement de travail où les soins sont fournis

Les infirmières devaient partager leur expérience et leur opinion sur leur affectation des soins aux patients et dire si elles la trouvaient gérable et sûre, ou ingérable et dangereuse. Un sondage sur l'environnement de travail a également été réalisé. Au début de l'étude, les données ont été recueillies chaque jour pendant deux semaines.

Rassembler toutes les données : besoins en soins des patients, compétences du personnel et environnement de travail

Les lignes directrices sur l'affectation des patients ont été créées conjointement par les infirmières aux points d'intervention et les infirmières responsables, à l'aide des données obtenues à partir de l'outil des caractéristiques des patients et de l'évaluation des compétences des infirmières. Elles ont permis d'associer un type d'infirmière (ex. novice ou expérimentée) à un type de patient d'après ses besoins en soins (ex. cas léger ou grave). Les infirmières ont aussi établi des lignes directrices sur les effectifs, lesquelles ont permis aux infirmières autorisées du personnel chirurgical de collaborer avec leur gestionnaire ou leurs chefs d'équipe pour obtenir des ressources supplémentaires en soins infirmiers selon la gravité des cas de l'unité. Les informations tirées des résultats des sondages sur l'environnement de travail et sur la charge de travail ont également été intégrées dans ce processus. En outre, l'équipe a créé des lignes directrices sur

l'effectif pour savoir quand demander des infirmières supplémentaires et déterminer si une infirmière autorisée ou une infirmière auxiliaire autorisée serait plus indiquée pour aider l'équipe en fonction des besoins. L'équipe a essayé plusieurs versions pour déterminer l'affectation correcte pour un patient donné et les lignes directrices pertinentes pour l'effectif. Il s'agissait d'un processus dynamique favorisant la responsabilisation des infirmières qui a également permis de souder l'équipe intraprofessionnelle.

Essai des nouvelles lignes directrices sur l'effectif

L'équipe a appliqué les lignes directrices nouvellement élaborées sur l'affectation des patients et la dotation pendant deux semaines. Elle a également mis en œuvre trois changements simples basés sur les résultats du sondage sur l'environnement de travail. Le premier changement était lié à la présence des infirmières responsables pour les deux unités. L'équipe a essayé un service échelonné des infirmières responsables des deux unités pour bénéficier de la présence d'une infirmière responsable pendant 12 heures : l'une travaillait de 7 h à 15 h; l'autre, de 11 h à 19 h.

Le deuxième changement était lié à la composition de l'équipe d'infirmières à chaque changement d'équipe en fonction de l'expérience. Les infirmières ont indiqué que certains jours, il y avait davantage d'infirmières « novices » (moins de deux ans d'expérience) pendant un même quart de travail. L'infirmière responsable ou une infirmière plus expérimentée devait alors gérer davantage de personnel débutant en plus de sa propre charge de travail. L'équipe a évoqué ce problème avec ses collègues infirmiers, et de nouveaux horaires ont été mis en place, avec une meilleure répartition des infirmières novices et expérimentées.

Le troisième changement concernait le mode d'affectation des aides-soignants. Traditionnellement, les aides-soignants aident les infirmières pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) des patients, si les infirmières le demandent. Ceci signifiait qu'en fonction de la personne ayant demandé de l'aide, certaines infirmières recevaient une assistance et d'autres non. Souvent, les infirmières nouvelles dans le service, ou celles qui étaient plus timides ou avaient plus de mal à demander de l'aide ne recevaient pas d'assistance de la part des aides-soignants. Grâce au modèle synergique, les infirmières responsables ont affecté des patients aux aides-soignants pendant leur service, en fonction des scores de capacité des patients.

Un mois après cette mise en œuvre, les infirmières ont été interrogées sur leurs affectations. Elles ont globalement indiqué une amélioration significative. Les infirmières responsables ont apprécié la nouvelle procédure, car elles disposaient de directives plus précises et transparentes sur les affectations des patients. Ainsi, elles pouvaient plus facilement demander le renfort d'infirmières supplémentaires lorsqu'elles sentaient que l'unité était en phase « aiguë ». D'autres infirmières ont indiqué que le modèle synergique leur permettait d'avoir une conversation normalisée pour parler des besoins en soins de leurs patients et considéraient que leurs affectations étaient

« justes ». L'équipe n'a pas modifié son modèle de soins infirmiers, mais le modèle synergique lui a fourni les outils nécessaires pour rendre plus transparentes les affectations des soins infirmiers. L'équipe a modifié certains modes d'assistance par les aides-soignants et les infirmières responsables pour faciliter les soins aux patients et permettre un fonctionnement harmonieux de l'unité.

Expérience des soins ambulatoires

Un programme régional d'oncologie ambulatoire associé à un hôpital communautaire a lui aussi révélé la nécessité d'adapter les ressources en soins infirmiers aux besoins des patients cancéreux accueillis dans la salle de traitements systémiques en vue de soins non planifiés. Ce programme s'est déroulé parallèlement au programme régional anticancéreux et au procédé d'amélioration de la qualité dans l'unité d'oncologie chirurgicale de l'hôpital universitaire. La salle de traitements systémiques comporte trois espaces organisés pour permettre à 20 personnes d'être traitées pendant la journée et leur offrir un fauteuil de perfusion. La zone de traitement de soutien était spécifiquement configurée pour accueillir huit patients nécessitant des soins infirmiers le même jour, avec deux infirmières spécialisées en oncologie assurant un service de huit heures. Les infirmières spécialisées en oncologie étaient inquiètes quant à la complexité accrue des schémas thérapeutiques, ce qui signifie que l'acuité des soins du patient et le besoin d'un soutien infirmier étaient en hausse. Selon elles, il faudra examiner le modèle de soins infirmiers pour définir une approche pérenne de la prestation de soins à l'avenir.

Le directeur, le gestionnaire et le responsable de la formation pratique ont présenté le modèle synergique aux infirmières travaillant dans des cliniques d'oncologie ambulatoires ou une salle de traitements systémiques. Les infirmières spécialisées en oncologie souhaitaient utiliser ce modèle pour examiner les caractéristiques des patients accueillis dans la salle de traitements systémiques et revoir les ratios infirmière-patients ainsi que la composition de l'équipe à l'avenir. Un groupe d'étudiants en soins infirmiers en quatrième année de l'Université McMaster est intervenu pour fournir une assistance aux infirmières spécialisées en oncologie à propos du modèle synergique et de ses trois composantes (environnement clinique, caractéristiques des patients, compétences des infirmières).

En raison d'une transition vers un financement basé sur la qualité, l'environnement clinique ambulatoire et l'activité nécessitant des soins infirmiers spécialisés en oncologie ont été revus d'avril 2016 à février 2017. Plus précisément, les activités de soins infirmiers ont été réparties entre l'administration de la chimiothérapie (61 %), les soins infirmiers aux patients après des interventions telles que des ponctions lombaires et des thoracentèses thérapeutiques (25 %), les transfusions sanguines (10 %) et l'hydratation intraveineuse pour les soins de soutien (4 %).

Après l'accompagnement pédagogique, les infirmières spécialisées en oncologie ont mené l'application du modèle synergique pour examiner les caractéristiques des patients

pendant 30 jours (avec deux longs week-ends) d'août 2016 à septembre 2016. Le nombre de patients ayant besoin d'une intervention « supplémentaire » urgente était en moyenne de 4,5 par jour dans le secteur des soins de soutien. En prenant en compte les huit caractéristiques des patients – stabilité, complexité, prévisibilité, niveau de résilience, vulnérabilité, disponibilité des ressources, participation aux décisions et participation aux soins – le score moyen était de 1,4 (1,0 correspondant aux besoins en soins les plus faibles, et 5,0, aux plus élevés). Pendant cette étude, l'équipe a constaté que 40 % des patients restaient dans la zone des traitements de soutien pendant plus de 2 heures et demie et que la majorité des patients adressés par le service d'hématologie avait besoin d'une transfusion sanguine et de soins infirmiers. Le score moyen Eastern Cooperative Oncology Group chez les patients pris en charge dans le secteur des soins de soutien était de 1 à 2.

L'examen de ces résultats a permis d'envisager l'ajout d'une unité de soins de jour en hématologie dans l'unité existante de 16 lits pour les patients hospitalisés à l'hôpital communautaire. La possibilité de regrouper du personnel avec des compétences différentes pour les infirmières autorisées et les infirmières auxiliaires autorisées spécialisées en oncologie a été évoquée avec le directeur et le responsable de l'unité. Cependant, en raison des avancées actuelles en biomédecine et de l'apparition de nouveaux développements dans les traitements ciblés, l'équipe a souligné l'importance de conserver des infirmières autorisées spécialisées en oncologie pour participer à l'administration des chimiothérapies parentérales et de l'immunothérapie aux patients cancéreux. Les difficultés liées à ces schémas thérapeutiques et aux besoins en soins des patients exigent la présence d'infirmières spécialisées en oncologie avec les connaissances et les compétences nécessaires à l'administration de traitements oncologiques. Le personnel infirmier a également insisté sur l'importance de prendre en compte le modèle synergique pour évaluer les caractéristiques de tous les malades accueillis en salle de traitements systémiques. On a demandé aux infirmières autorisées de soins cliniques ambulatoires d'utiliser l'évaluation des caractéristiques des patients dans leur unité clinique pour estimer les besoins futurs en soins non planifiés.

En conclusion, le projet pilote consistant à examiner l'utilisation du modèle synergique pour les soins oncologiques ambulatoires dans le cadre d'un programme régional anticancéreux basé sur la communauté a été une contribution précieuse à la responsabilisation des infirmières. Il a également permis d'envisager l'administration des soins infirmiers à l'avenir pour adapter les ressources en soins infirmiers aux besoins en soins des patients.

DISCUSSION

En utilisant un procédé d'amélioration de la qualité, les infirmières en chef et leurs équipes ont introduit le modèle synergique au sein de leurs organismes respectifs. La mise en œuvre du modèle synergique a permis de prendre des décisions centrées sur les patients et de responsabiliser le personnel. Même si les infirmières en chef ont joué un rôle fondamental dans la présentation du modèle à leurs équipes

respectives, l'« adhésion » de l'équipe au modèle a favorisé sa pérennité. Nous avons tiré plusieurs leçons de cette mise en œuvre.

Utiliser un procédé d'amélioration de la qualité

L'utilisation d'un procédé d'amélioration de la qualité (AQ) pour induire des changements était un aspect important de cette initiative. En soins de la santé, l'AQ est une approche systématique grâce à laquelle les prestataires évaluent, conçoivent et mettent en place des interventions à petite échelle pour perfectionner la pratique et les performances. Ceci améliore les soins des patients, des résidents et des clients (HQO, 2012). L'équipe d'oncologie chirurgicale a constaté que le modèle actuel de soins ne fonctionnait pas et a d'abord demandé davantage de personnel. Cependant, en utilisant un procédé d'AQ, elle a pu identifier ses problèmes et en déterminer l'origine avant d'en tirer des conclusions. Cette méthode a également permis de définir les problèmes d'une manière normalisée et mesurable. L'équipe a recueilli des données par le biais de sondages et d'études temporelles, a analysé les résultats et a déterminé collectivement des solutions. Chacune des nouvelles solutions a été essayée pendant une période de deux semaines. Les membres de l'équipe se sont ensuite réunis pour évaluer l'efficacité de cette solution et lui apporter les ajustements nécessaires.

Cette approche les a aidés à identifier systématiquement leurs problèmes et à les comprendre, puis à imaginer des solutions bien plus durables sans avoir besoin d'autres ressources financières. Les équipes ont pu continuer à fournir des soins de grande qualité et à définir le prestataire de soins de la santé adapté aux soins du patient.

Élaborer un procédé de prise de décision centré sur le patient

Dans les soins centrés sur le patient, les préférences du patient, ses besoins et ses valeurs sont respectés et un point de vue biopsychosocial plutôt que purement biomédical est adopté (Greene, Tuzzio et Cherkin, 2012). Déterminer le prestataire de soins de la santé capable de répondre aux besoins du patient fait appel à un procédé de prise de décision centré sur le patient. Le modèle synergique offre cette méthodologie aux leaders et aux cliniciens. L'Outil des caractéristiques du patient permet aux cliniciens de définir objectivement les besoins en soins des patients et d'en déduire des données qui peuvent être recueillies et analysées au cours du temps. Ces informations sont particulièrement utiles lorsqu'il faut établir la composition appropriée de l'équipe interprofessionnelle de soins infirmiers.

Responsabilisation du personnel

L'un des concepts sous-jacents au modèle synergique est la responsabilisation. Pour que le modèle synergique soit efficace, il est important que les infirmières puissent identifier les problèmes et trouver des solutions adaptées. Elles doivent « s'approprier le procédé » en prenant des initiatives et en proposant des recommandations. Dans l'unité hospitalière d'oncologie chirurgicale, ce n'est pas le responsable qui a dirigé le procédé, mais une « infirmière leader » expérimentée en modèle synergique qui a collaboré avec quatre autres

infirmières de l'unité. Les infirmières aux points d'intervention impliquées dans le projet étaient des leaders d'opinion essentiels, des infirmières expérimentées, des infirmières novices et des infirmières responsables. Le groupe s'est réuni deux fois par semaine pour examiner ses résultats, partager ses expériences et définir les étapes suivantes. Ses membres ont également joué un rôle fondamental en parlant du projet à leurs pairs pour obtenir leur adhésion, réunir leurs impressions et diffuser les sondages puis en recueillir les résultats.

Le rôle des infirmières en chef

Les infirmières en chef ont assuré un rôle de soutien pendant la mise en œuvre du modèle synergique dans nos sites respectifs. Dans l'unité hospitalière d'oncologie chirurgicale, le chef de la pratique interprofessionnelle et l'infirmière gestionnaire ont fourni des ressources et ont aidé l'équipe responsable de la mise en application. Par exemple, les infirmières présentes dans le groupe de travail qui a mis en œuvre le modèle ont bénéficié de temps protégé rémunéré pour participer au projet. Le gestionnaire de l'unité et le chef de la pratique interprofessionnelle ont assisté aux réunions pour accompagner le déroulement du projet, faciliter la communication avec le reste de l'équipe d'oncologie chirurgicale et lever les obstacles au fur et à mesure de leur apparition. Par exemple, pendant les réunions du personnel et les rassemblements quotidiens, l'infirmière responsable expliquait les aspects essentiels du projet et indiquait leurs dates limites. Le gestionnaire de l'unité apportait son aide en insistant sur le message auprès du personnel. Le chef de la pratique interprofessionnelle et le gestionnaire de l'unité ont également discuté du projet avec les leaders chevronnés dans le cadre de leur programme. Le soutien des infirmières en chef était une démarche stratégique visant à responsabiliser les infirmières chargées de la mise en œuvre du projet.

En outre, les deux gestionnaires chevronnés des deux sites ont collaboré pour bénéficier chacun de l'expérience de l'autre. Grâce à leurs réunions bihebdomadaires, ils ont pu partager les stratégies fructueuses et les leçons apprises. Ils ont également mis en commun leurs ressources, notamment les outils efficaces pour mesurer le résultat des changements découlant de la mise en place du modèle.

Obstacles à la pérennité

Même si la mise en œuvre du modèle synergique a montré des améliorations concernant la perception de la charge de travail par les infirmières, il était difficile de l'inscrire dans la durée. Pour que le programme réussisse, tout le personnel devait y adhérer, car une évaluation quotidienne des besoins en soins des patients à l'aide d'un outil écrit était nécessaire. Certaines infirmières refusaient d'établir des scores, car elles les associaient à des formalités supplémentaires ou à une documentation redondante. Pour que le modèle synergique soit pérenne, il est important de l'intégrer aux procédures quotidiennes de travail.

Actuellement, l'outil des caractéristiques du patient est imprimé. Il aurait permis un déroulement des soins plus fluide s'il avait été intégré à un système de documentation électronique. Une autre stratégie pour favoriser la pérennité

serait de s'assurer que les infirmières responsables utilisent effectivement les scores pour orienter les affectations des soins infirmiers. Il est important que le personnel constate que les gestionnaires et les responsables chevronnés utilisent le modèle synergique lors de la prise de décision concernant l'attribution des ressources. Ceci permet aux infirmières de constater l'intérêt d'utiliser ce modèle. Enfin, mettre en avant et souligner régulièrement les bons résultats du modèle synergique avec le personnel renforce son importance et encourage le personnel à l'utiliser au quotidien.

ÉTAPES SUIVANTES

Dans cet article, nous avons décrit notre expérience avec le modèle synergique dans nos secteurs cliniques respectifs à l'aide d'un procédé d'amélioration de la qualité. Les publications décrivant les conséquences de l'application du modèle synergique sur l'évolution des patients et du système sont limitées. Le modèle synergique prend en compte uniquement le point de vue des infirmières. Avec une évolution vers des modèles de soins interprofessionnels, il serait utile que d'autres catégories de professionnels de la santé soient incluses dans ces travaux.

Au Centre des sciences de la santé d'Hamilton, nous avons normalisé l'outil des caractéristiques du patient et mis en œuvre le modèle synergique dans douze unités hospitalières différentes, notamment en oncologie, en rééducation, pour les soins complexes et les soins de médecine-chirurgie. Une étude descriptive qualitative est en cours pour nous permettre de déterminer les meilleures approches pour la mise en œuvre du modèle synergique. Le but est d'examiner les expériences des participants et des responsables des unités cliniques ayant mis en œuvre le modèle. Les résultats de cette étude nous aideront à déterminer les leviers et les obstacles à la mise en place du modèle et à concevoir un procédé facilitant l'assimilation et améliorant la pérennité.

CONCLUSION

Pour les responsables infirmiers, cet article montre l'opportunité extraordinaire que représentent une collaboration croisée, le respect d'un procédé d'amélioration de la qualité et l'adoption d'un modèle de pratique professionnelle pour orienter les ressources infirmières et les approches innovantes pour les soins à l'avenir. Grâce à la mise en œuvre du modèle synergique, on a constaté dans l'unité d'oncologie chirurgicale une plus grande implication du personnel, une diminution des doléances sur la charge de travail, la réorientation des sujets de conversations (c'est-à-dire le ratio entre les discussions sur le choix du prestataire de soins de la santé et la réponse aux besoins en soins) et la mise à disposition d'outils de prise de décision clinique en temps réel pour désigner le prestataire de soins de la santé le plus adapté. L'essai du modèle synergique dans la salle de traitements ambulatoires systémiques de l'unité a démontré que l'implication et la responsabilisation du personnel apportaient des solutions facilitant la notion du « bon prestataire au bon moment au bon endroit ». Il a en outre souligné l'importance de la collaboration entre la pratique professionnelle et l'administration d'une part, et les

infirmières spécialisées en oncologie en première ligne d'autre part. Globalement, l'application de l'outil synergique était une approche destinée à envisager les besoins en soins des patients d'après leurs caractéristiques spécifiques et à favoriser la prise de décision et l'attribution des ressources par les infirmières.

RÉFÉRENCES

- Amenudzie, Y., Georgiou, G., Ho, E., & O'Sullivan, E. (2017). Adapting and applying the Synergy Model on an inpatient hematology unit. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 27(4), 338–342.
- American Association of Critical Care Nurses. (n.d.). AACN Synergy Model for patient care. <https://www.aacn.org/nursing-excellence/aacn-standards/synergy-model>
- Booker, C., Turbutt, A., & Fox, R. (2016). Model of care for a changing healthcare system: Are there foundational pillars for design? *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 40(2), 136–140.
- British Columbia Nurses' Union (2010). *Provincial nursing workload project resource toolkit for teams: Nursing workload and staff plan processes*. https://www.bcnu.org/safeworkplace/defendprofessionalpractice/documents/pnwp_resource_toolkit.pdf
- Canadian Cancer Society. (2021). *Cancer Statistics at a Glance: Chances (probability of developing or dying from cancer)*. Retrieved from <https://action.cancer.ca/en/research/cancer-statistics/cancer-statistics-at-a-glance>
- Canadian Triage and Acuity Scale. (2016). 2016 Revisions to the CTAS Guidelines. <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/revisions-to-the-canadian-emergency-department-triage-and-acuity-scale-ctas-guidelines-2016/E2CB3E2063C54E11259313FA4FEAE495>
- College of Nurses of Ontario. (2018). The RN and RPN Practice: The client, the nurse, and the environment. *Practice Guideline*. <http://www.cno.org/globalassets/docs/prac/41062.pdf>
- Curley, M. (2007). *Synergy - The unique relationship between nurses and patients*. The AACN Synergy Model for Patient Care. Sigma Theta Tau International.
- Georgiou, G., Amenudzie, Y., Ho, E., & O'Sullivan, E. (2018). Assessing the application of the Synergy Model in hematology to improve care delivery and the work environment. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 28(1), 13–16.
- Greene, S. M., Tuzzio, L., & Cherkin, D. (2012). A framework for making patient-centered care front and center. *The Permanente Journal*, 16(3), 49–53.
- Health Quality Ontario (HQP). (2012). *Quality Improvement Guide*. <http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/qi/qi-quality-improve-guide-2012-en.pdf>
- Ho, E., Principi, E., Cordon, C., Amenudzie, Y., Kotwa, K., Holt, S., & MacPhee, M. (2017). The Synergy Tool: Making important quality gains within one healthcare organization. *Administrative Sciences*, 7(32).
- Khalifehzadeh, A., Jahromi, M. K., & Yazdannik, A. (2012). The impact of Synergy Model on nurses' performance and the satisfaction of patients with acute coronary syndrome. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 17(1), 16–20.
- Lee, C., & Fitzgerald, B. (2013). Model of care and pattern of nursing practice in ambulatory oncology. *Canadian Association of Nurses in Oncology*, 23(1), 19–27.
- MacPhee, M., Wardrop, A., Campbell, C., & Wejr, P. (2011). The Synergy professional practice model and its patient characteristics tool: A staff empowerment strategy. *Nursing Leadership*, 24(3), 42–55.
- Rozdilsky, J., & Alecxu, A. (2012). Saskatchewan: Improving patient, nursing and organizational outcomes utilizing formal nurse-patient ratios. *Nursing Leadership*, 25.
- Swickard, S., Swickard, W., & Winkelman, C. (2014). Adaptation of the AACN Synergy Model for patient care to critical care transport. *Critical Care Nurse*, 34(1), 16–29.

HHS-Outil normalisé des caractéristiques du patient-Oncologie chirurgicale E4/F4

Attribuer une note à chaque critère en fonction de l'échelle.

Niveau 1 → Acuité moindre

Niveau 3 → Acuité moyenne

Niveau 5 → Acuité élevée

STABILITÉ : Stabilité de l'état et de la réponse aux traitements (tout phénomène mouvant pouvant changer les soins infirmiers)				
1-Très stable- Chambre standard	2-Chambre standard	3-Moyennement stable- Chambre/Unité de soins courants	4-Soins intensifs	5-Très peu stable- Soins intensifs
☐ Faible besoin de suivi ☐ Signes vitaux stables (ou dans la norme pour ce patient) sans intervention • Valeur de laboratoire stable (aucune intervention requise)	☐ Minime-Surveillance des systèmes requis ☐ Interventions occasionnelles non urgentes requises – Signes vitaux stables (ex. possible besoin d'oxygène) ☐ Réponse au traitement comme prévu • Déséquilibre de la valeur de laboratoire (intervention minimale requise)	☐ Surveillance plus rapprochée requise ☐ Interventions fréquentes mais non urgentes requises pour maintenir les signes vitaux stables ☐ Amélioration des systèmes grâce aux interventions • Déséquilibre de laboratoire (multiples interventions requises)	☐ Surveillance accrue requise-niveau soins intensifs ☐ Changements récents importants aux systèmes (neurologique, GI, GU, etc.) demandant intervention d'urgence ☐ Signes vitaux vaillants ou anormalement faibles ☐ Réponse partielle au traitement, mais non maintenue • Valeur de laboratoire anormale-intervention d'urgence requise	☐ Surveillance continue des systèmes requise-niveau soins intensifs ☐ Détérioration soudaine/changement important aux systèmes (neurologique, respiratoire, cardiaque, GI, etc.) ☐ Signes vitaux en déclin, nécessitant intervention immédiate/d'urgence ☐ Ne répond pas au traitement; état qui se détériore en dépit du traitement
☐ HEWS Score <3	☐ HEWS Score <3	☐ HEWS Score 3-5	☐ HEWS Score 6-9	☐ HEWS Score > 9
COMPLEXITÉ : Plusieurs systèmes en jeu, comorbidité, complexité des soins (physiologiques, psychologiques, émotionnels, sociaux)				
1-Peu complexe	2	3-Moyennement complexe	4	5-Très complexe
• Absence de comorbidité • Peu de systèmes en jeu, intervention de routine simple (connue et exercée souvent) • IV ou canule sodique • IV peu médicamenteuse	• Quelques comorbidités bien contrôlées • Peu de systèmes en jeu, routine plus complexe/fréquente (connue et exercée souvent) • 1-2 IV continues • Plus grande fréquence de médicament IV • Médication/soins simples (moins de 15 min) • Douleur contrôlée par médication	☐ Quelques comorbidités ☐ Quelques systèmes en jeu ☐ Interventions atypiques (moins maîtrisées/pratiquées) • Interventions intensives multiples • IV multiples / médicament IV, tubes, drains • Bandages multiples ou complexes (VAC) > 20 min ou plus d'une personne requises • Douleurs non contrôlées – interventions fréquentes	☐ Comorbidités multiples ☐ Multiples systèmes en jeu ☐ Interventions complexes requises (connaissances et compétences avancées) ☐ Surveillance intensive • Symptômes GI/GU non contrôlés, requérant intervention urgente • Multiples produits sanguins – urgent	☐ Comorbidités multiples et complexes ☐ Multiples systèmes complexes en jeu/défaillances ☐ Interventions multiples et complexes requises immédiatement • Interventions nouvelles/non maîtrisées, très complexes et non pratiquées
PRÉVISIBILITÉ : Adhésion à la trajectoire/démarche de soins propre à la pathologie (l'état du patient demande-t-il des évaluations fréquentes et des ajustements au plan de soins?)				
1-Très prévisible	2	3-Moyennement prévisible	4	5-Imprévisible
☐ Trajectoire/Démarche usuelle, se déroule comme attendu ☐ Pas de complication ☐ Plan de soins établi et stable ☐ Diagnostic de routine, personnel habitué	☐ Déviations mineures de la trajectoire/démarche de soins prévue pour la maladie ☐ Complications mineures et peu nombreuses ☐ Changements occasionnels au plan de soins –chaque quart de travail ☐ Diagnostic de routine, tâches habituelles	☐ Déviations de la trajectoire/démarche prévue ☐ Plusieurs complications ☐ Changements au plan de soin –intermittent chaque 6-12 heures ☐ Diagnostic particulier (pas de routine)	☐ Déviation importante de la trajectoire/démarche prévue ☐ Complication importante demandant intervention d'urgence ☐ Changements fréquents au plan de soins –chaque 2-4 heures ☐ Diagnostic instable	☐ Trajectoire/Démarche nouvelle, inconnue ou floue ☐ Multiples complications importantes demandant des interventions immédiates ☐ Plan de soins changeant toutes les 2 heures ou moins ☐ Vie en danger ou situation inconnue du personnel
RÉSILIENCE : Capacité à revenir à un niveau de rétablissement et fonctionnement par des mécanismes compensatoires ou d'adaptation (À quel point le patient « rebondit » bien ou pas suite à la situation ou difficulté?)				
1-Très résilient	2	3-Moyennement résilient	4	5-Très peu résilient
☐ Capacité à subir et maintenir une intervention ☐ Bons mécanismes compensatoires et d'adaptation, efficaces ☐ Très bonnes réserves ☐ Le patient et la famille gèrent bien la situation	☐ Capacité à subir et maintenir une intervention ☐ Quelques mécanismes compensatoires et d'adaptation ☐ Bonnes réserves ☐ Soutien léger/accompagnement requis pour le patient et la famille	☐ Capacité à subir une intervention douce ☐ Peut compenser partiellement ☐ Quelques réserves ☐ Le patient et la famille arrivent moyennement à gérer la situation	☐ Difficulté à subir une intervention ☐ Mécanismes compensatoires et d'adaptation limités ☐ Avec accompagnement et soutien, le patient et la famille arrivent à gérer un peu	☐ Incapacité à subir une intervention ☐ Incapacité à compenser/s'adapter ☐ Fragile, pas de réserve ☐ Le patient et la famille sont en détresse et ont besoin de beaucoup d'accompagnement et de soutien
VULNÉRABILITÉ : Susceptibilité, risques posés à la sécurité, complications possibles (susceptibilité aux facteurs de stress pouvant altérer la réponse du patient – risque de mauvais résultats)				
1-Très peu vulnérable	2	3-Moyennement vulnérable	4	5-Très vulnérable
☐ Aucun souci de sécurité, ni pour soi ni pour autrui ☐ Pas d'état confusionnel ☐ Situe bien le temps, les lieux, les gens ☐ Aucun risque de chute ☐ Aucun risque de complication	☐ Léger souci de sécurité pour soi ou autrui ☐ Pas d'état confusionnel ☐ Antécédent de délire – mais pas pour le moment ☐ Risque léger de chute ☐ Risque léger de complication • Léger risque lié à l'autorégulation comportementale	☐ Souci de sécurité modéré pour soi ou autrui ☐ État confusionnel ☐ Confusion, agitation, tentative de partir demandant surveillance, mais facile à recadrer ☐ Risque moyen de chute ☐ Risque modéré de complication • Risque modéré lié à l'autorégulation comportementale	☐ Beaucoup de souci de sécurité pour soi et/ou autrui ☐ État confusionnel ☐ Très confus, agité, difficile à recadrer, surveillance fréquente requise ☐ Risque élevé de chute (chute récente dans les 48-72 heures) ☐ Risque élevé de complication • Risque élevé lié à l'autorégulation comportementale	☐ Problème de sécurité devant être géré immédiatement ☐ État confusionnel ☐ Combatif, très agité ou violent, supervision constante requise ☐ Risque très élevé de chute (chute dans les dernières 24 heures) ☐ Risque très élevé de complication

PARTICIPATION AUX DÉCISIONS : Degré de participation aux décisions du patient et de la famille (en tenant compte de la capacité, du désir et du degré d'implication dans les décisions)				
1-Pleine participation	2	3-Participation moyenne	4	5- Participation nulle
☐ Le patient et la famille sont en contrôle et prennent toujours eux-mêmes les décisions ☐ Le patient, la famille et l'équipe de soins s'entendent ☐ Objectifs de soins clairement établis	☐ Bonne capacité décisionnelle du patient et de la famille, prennent la plupart des décisions eux-mêmes ☐ Besoin d'un peu de soutien/conseils de l'équipe de soins pour prendre des décisions ☐ Le patient, la famille et l'équipe de soins s'entendent ☐ Objectifs de soins en réflexion	☐ Capacité et désir limités du patient et de la famille de prendre des décisions ☐ Besoin fréquent d'explications, de soutien et de conseils supplémentaires de la part de l'équipe de soins pour arriver à prendre une décision ☐ Les priorités du patient, de la famille et de l'équipe de soins quant aux objectifs de soins ne concordent pas ☐ Objectifs de soins en attente de résolution d'un conflit de priorités	☐ Le patient et la famille n'ont pas vraiment la capacité ou le désir de participer aux décisions ☐ Besoin constant d'explications, de soutien et de conseils de la part de l'équipe de soins ☐ Laisse l'équipe de soins orienter les décisions ☐ Dynamique familiale complexe ☐ Tuteur ou curateur public en mesure de collaborer avec l'équipe de soins pour établir les objectifs de soins	☐ Aucune capacité ou désir du patient et de la famille à participer aux décisions ☐ Pas de procuration ni de mandataire ☐ Absence de consensus entre le patient, la famille et l'équipe de soins ☐ Tuteur ou curateur public, requis, mais pas en place ☐ Objectifs de soins à déterminer

PARTICIPATION AUX SOINS : Degré de participation aux soins par le patient et la famille (en tenant compte de la capacité, du désir et du degré d'implication dans les soins)				
1-Très impliqué	2	3-Implication moyenne	4	5-Aucune implication
☐ Le patient et la famille sont très disponibles pour participer aux soins ☐ Autonome dans les activités du quotidien ☐ Famille disponible et désireuse de contribuer aux soins	☐ Le patient et la famille ont besoin de supervision pour les activités du quotidien ☐ Accompagnement, enseignement ou soutien minimaux requis de la part de l'équipe de santé pour que la participation aux soins soit possible	☐ Le patient et la famille ont besoin d'un certain soutien pour les soins ☐ Besoin d'une personne pour aider aux activités du quotidien ☐ Accompagnement, enseignement ou soutien moyens requis de l'équipe de santé pour que la participation aux soins soit possible	☐ Le patient et la famille ne sont pas en mesure ou ne désirent pas participer aux soins ☐ Besoin de deux personnes pour aider aux activités du quotidien ou à d'autres tâches	☐ Le patient, la famille ou le mandataire ne sont pas en mesure ou ne désirent pas participer aux soins ☐ Besoin de plus de deux personnes pour aider en toutes choses aux activités du quotidien ou à d'autres tâches

DISPONIBILITÉ DES RESSOURCES : Étendue des ressources apportées par le patient ou la famille à la situation (ex. soutien psychologie) et disponibilité de ces ressources, en tenant compte des barrières linguistiques, des besoins financiers, des possibilités de transports et des soins à domicile.				
1-Beaucoup de ressources	2	3-Accès moyen à des ressources	4	5-Peu de ressources
☐ Grandes connaissances/compétences disponibles et accessibles ☐ Ressources financières disponibles immédiatement ☐ Solide réseau de ressources personnelles, psychologiques et sociales ☐ Aucun service communautaire requis		☐ Connaissances/compétences/moyens financiers limités ☐ Ressources de soutien personnelles, psychologiques et sociales limitées ☐ Réseau social de ressources existant, mais limité et peu évident à trouver ☐ Coordination difficile des ressources pour obtenir congé ☐ Barrière linguistique – anglais (ou français) rudimentaire		☐ Les connaissances/compétences/moyens financiers requis ne sont pas là ☐ Peu ou pas des ressources personnelles ou de soutien psychologique ☐ Peu ou pas de réseau social de ressources-absence de financement ☐ Coordination étendue de plusieurs ressources pour obtenir congé ☐ Barrière linguistique – ne parle pas du tout anglais (ou français)