



Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement professoral continu (CII-DPC)

Titre :
LA SUPERVISION DANS L'ACTION en CHSLD

Auteur :
Suzanne Lebel

Ce document est disponible sous licence Creative Common BY-NC-ND
Paternité, sans utilisation commerciale et sans modification



Unité de formation clinique interprofessionnelle en CHSLD

LA SUPERVISION DANS L'ACTION en CHSLD

Suzanne Lebel M.D.

UMF de St-Eustache

Université de Montréal

28 octobre 2016

Faculté de médecine

Université 
de Montréal

 ensemble
pour la santé

RÉSEAU UNIVERSITAIRE
INTÉGRÉ DE SANTÉ

 RUIS
Université 
de Montréal

Messages pédagogiques importants

Quels sont les messages
pédagogiques essentiels à
transmettre aux résidents?

Messages pédagogiques importants

Enseigner, faire prendre conscience aux résidents que:

- les lignes directrices standards ne peuvent pas s'appliquer aux patients du CHSLD
- qu'il faut utiliser une **approche proportionnée** en tout temps (voir aide-mémoire décompensation aigue CHSLD)
- la **réflexion éthique** est au cœur de toute intervention (outils déjà connus; ex: Je-Tu-Ils)

Messages pédagogiques importants

- la **révision des médicaments** constitue une démarche clinique devant se faire à plusieurs moments cruciaux
 - ✓ admission
 - ✓ progression de la dysphagie
 - ✓ changement de NIM
 - ✓ soins de fin de vie...
- **la déprescription**
 - ✓ le patient s'améliore souvent...
 - ✓ neuroleptiques et benzo

Messages pédagogiques importants

- les pratiques collaboratives et le partenariat patient sont essentielles,
 - ✓ afin de bien respecter les désirs et les besoins du patient et des proches
 - ✓ afin d'être efficaces dans nos interventions
 - ✓ afin de s'assurer de la satisfaction du patient et de ses proches (prévenir les plaintes)
- la qualité de la communication contribue:
 - ✓ à la sécurité des patients
 - ✓ à l'amélioration de la qualité des soins

Messages pédagogiques importants

- l'approche non pharmacologique des SCPD doit absolument être intégrée
 - ✓ formation et supervision des résidents
 - ✓ modèle de rôle
 - ✓ pratiques collaboratives
 - ✓ partenariat patient
- formation du superviseur...
- **AIS à venir**

Horaire d'une journée de supervision

- 8h30 Accueil des étudiants
- 8h45 Travail clinique à l'unité , avec supervision directe du superviseur
- 11h15- 11h30 Rencontre avec les étudiants
- 12h00 Dîner
- 12h45 Travail clinique à l'unité , avec supervision directe du superviseur
- 16h30 Rencontre avec les étudiants
- 17h00 Évaluation individuelle des étudiants
- *Ajustement de l'horaire de la journée selon le besoin*
- **De son côté, le superviseur fait sa propre tournée, tout en demeurant disponible en tout temps**

Trucs du métier

- Exprimer aux résidents ce qui est attendu d'eux
 - ✓ voir ppt Le rôle du résident en médecine familiale en SLD
 - ✓ voir publication du CMQ Rôle et les responsabilités de l'apprenant et du superviseur, sept 2016
- Choisir les cas les plus intéressants (pathologies rares...) et les cas les plus instables
 - ✓ Les résidents me disent souvent spontanément qu'ils ont l'impression d'avoir fait une journée à l'hospitalisation...
- Rendre toute intervention explicite: nommer continuellement les compétences mises à profit
 - ✓ Nous venons de vivre un « moment interprofessionnel »
- Utiliser 2 questions en présence d'un patient ou d'un proche
 - ✓ Qu'est-ce qui vous a plus aidé au cours de notre rencontre?
 - ✓ Y a-t-il autre chose que nous aurions pu faire qui vous aurait aidé encore plus?

Trucs du métier

- Servir de modèle de rôle (ex.: discussion avec l'infirmière, rencontre de famille pour établissement du NIM, appel au pharmacien, à la T.S., au proche...) ET décoder ce qui s'est passé avec le résident par la suite
- développer un vocabulaire à transmettre aux résidents
 - ✓ Exemple pour le partenariat patient: Lors d'une première rencontre avec le patient et/ou ses proches → « Vous faites partie de l'équipe et nous allons souvent faire appel à vous, car vous connaissez votre parent mieux que nous ne le connaissons jamais », « Dans le futur, nous allons être appelés à réfléchir ensemble dans le but de prendre les meilleures décisions possibles vous concernant (ou concernant votre parent) »
- Mettre à profit
 - la pyramide d'enseignement
 - la tournée d'enseignement
- Superviser lors d'un appel téléphonique aux proches
- Discussion de cas en groupe

Trucs du métier

- Faire travailler ensemble les stagiaires de différentes professions, en collaboration avec les superviseurs de chaque profession
- Dans un futur rapproché: Les **AIS**
- Faire participer le résident à toute activité intéressante pour lui
 - ✓ Révision des médicaments avec le pharmacien, l'infirmière et le médecin
 - ✓ Rencontre avec la chef d'unité pour une problématique particulière
 - ✓ Comité d'amélioration continue (CAC)
 - ✓ Comité de gestion des éclosions d'influenza et de gastro-entérite
- Démontrer la collaboration **essentielle** entre médecin & gestionnaire

Les contextes cliniques les plus pertinents pour l'enseignement

1. L'admission
2. Le PII en partenariat patient
3. Les épisodes de décompensation aiguë
4. La transition à la phase terminale
5. La supervision des appels téléphoniques aux proches

1. Admission

Vignette clinique

- Patient de 94 ans, admis le dimanche, troubles cognitifs légers, surdité bilatérale appareillée
- En provenance du C.H.
- Infarctus du myocarde il y a 1mois
- Angine/MCAS/HTA/IRC/AVC 2012/incontinence mixte/porteur sonde urinaire
- DRS la 1^{ière} nuit de l'admission, ayant nécessité morphine; 2^e crise d'angine 24 hres plus tard

1. Admission supervision

- Qu'est-ce que le résident doit faire de façon prioritaire?
- Que devez-vous superviser?

1. Admission

supervision

- Transmettre l'importance de faire une évaluation médicale complète et globale au moment de l'admission Pourquoi?
- Le patient est-il stable? Pourquoi?
- L'importance du NIM Pourquoi?
- La liste des problèmes actifs: par ordre de priorité Pourquoi?
- Le BCM et la révision des médicaments Pourquoi?
- Communication avec les proches? Pourquoi?

1. Admission

outils cliniques

- Guide du CMQ « La pratique médicale en soins de longue durée » (voir site du CMQ)
- Aide-mémoire « Le processus d'admission, étape par étape »
- Aide-mémoire « L'établissement du NIM »
- Vidéo « Partenaires jusqu'à la fin », le ppt l'accompagnant ainsi que le guide d'animation

2. PII en partenariat patient

- Le PII se fait en présence du patient et de ses proches
- Centré sur les besoins et les objectifs (projet de vie) du patient et de ses proches
- Préparation à partir des informations fournies par le patient et ses proches
- Tous les professionnels ne sont pas nécessairement présents
- Quel est le rôle du médecin, du résident?

2. PII en partenariat patient

Quel est le rôle du médecin, du résident?

- Se préparer pour la rencontre interdisciplinaire
 - ✓ Prendre connaissance du questionnaire rempli par le patient et ses proches, concernant ses besoins et ses désirs
 - ✓ Bien connaître le dossier du patient et l'évolution de celui-ci
 - ✓ Déterminer si le NIM doit être révisé
 - ✓ Être capable de parler de pronostic
 - ✓ Être en mesure de répondre aux questions du patient et de ses proches
 - ✓ Exercer un leadership médical
 - ✓ Offrir un rencontre « médicale » avec le patient et ses proches si nécessaire
 - ✓ Travailler de concert avec la chef d'unité, l'équipe de soins et les différents professionnels
 - ✓ Promouvoir le partenariat patient: favoriser la participation active du patient et du proche

2. PII en partenariat patient

Quel est le rôle du médecin, du résident?

- Durant la rencontre
 - ✓ Participer à l'élaboration des objectifs
 - ✓ Vérifier le degré de satisfaction du patient et de ses proches au besoin (devrait être fait par l'animateur de la rencontre)
- Après la rencontre
 - ✓ Rédiger une note au dossier
 - ✓ Retour avec l'équipe au besoin
 - ✓ Suivi des objectifs médicaux
 - ✓ Suivi avec le patient et ses proches au besoin

2. PII en partenariat patient supervision

- Demander au résident de se préparer à la rencontre et lui accorder du temps pour se préparer
- Durant la rencontre
 - ✓ Jouer son rôle de médecin tel que défini précédemment
 - ✓ Avoir des interventions appropriées et courtes
- Après la rencontre
 - ✓ Rédiger la note au dossier
 - ✓ Faire un retour avec l'équipe au besoin
 - ✓ Assurer le suivi des objectifs médicaux
 - ✓ Assurer le suivi avec le patient et ses proches au besoin
- Faire une rétroaction avec le résident, après que toutes les étapes sont faites
- **ALS à venir**

2. PII en partenariat patient outil clinique

- Aide-mémoire « Le PII en partenariat patient »
- Documents de la DCPD

3. Épisodes de décompensation aigue

vignette clinique

- Dame de 74 ans, admise durant vos vacances
- Néo pulmonaire, métastases osseuses, anxiété très marquée depuis l'annonce du diagnostic 1 an plus tôt
- Pronostic de 3 à 6 mois (ne répond pas aux critères pour une unité de soins palliatifs, donc admission au CHSLD)
- 4 jours après l'admission (jour de votre retour de vacances), l'infirmière vous appelle pour une constipation non résolue durant la fin de semaine, malgré 2 lavements, et présence d'un délirium probable
- Vous demandez à votre résident de voir la patiente en priorité et de vous texter lorsqu'il aura terminé

3. Épisodes de décompensation aigue

supervision

- Le résident vous rapporte que la dame est inconfortable: faciès crispé, agitée, gémit
- Elle est confuse et désorientée
- À l'examen: S.V. N, eupnéïque, quelques râles bronchiques diffus, abdomen ballonné, au T.R.: fécalome de la grosseur d'un orange
- Vous retournez voir la patiente avec le résident et confirmez son examen
- Messages pédagogiques au résident
 - ✓ Fécalome = urgence médicale
 - ✓ Traitement du fécalome fait partie des soins de confort
 - ✓ Quel sera le traitement du fécalome?
- Demandez au résident ce qu'on fait du délirium?

3. Épisodes de décompensation aigue

outils cliniques

- Aide-mémoire « Décompensation aigue CHSLD »
- Guide pratique des soins palliatifs « Gestion de la douleur et autres symptômes », Regroupement des pharmaciens en établissement de santé
- Mini guide Palli-sciences 2016

4. Transition à la phase terminale

vignette clinique

- Même patiente, le mercredi de la même semaine, 7^e jour de séjour
- L'infirmière vous appelle tôt le matin, parce que l'état de la patiente se détériore à vue d'œil:
 - ✓ a dû recevoir un protocole détresse durant la nuit
 - ✓ tachypnée, respiration laborieuse
 - ✓ sécrétions respiratoires +++; sécrétions semblent
 - ✓ purulentes
 - ✓ détérioration de l'état général, ↓ de l'état de conscience

4. Transition à la phase terminale

supervision

- Vous demandez à votre résident d'aller évaluer la patiente en priorité, dès le début de la visite médicale
- Le résident vous texte 15 minutes plus tard et vous demande de l'aide.
- Que faites-vous?

4. Transition à la phase terminale

supervision

- Vous voyez que le résident est mal à l'aise
 - ✓ Aidez-le à identifier ce qui le rend mal à l'aise
 - Ne s'est jamais occupé de ce genre de cas auparavant
 - Difficulté à identifier ce qui se passe pour la patiente
 - Difficulté à reconnaître la fin de vie
 - Difficulté à aborder les proches
 - Ne sait pas quoi prescrire
 - ✓ Donnez-lui du soutien
 - ✓ Au besoin, soyez modèle de rôle pour lui et après votre intervention, décoder avec lui ce qui s'est passé

4. Transition à la phase terminale

supervision

- Démarches à faire avec le résident
 - ✓ Rencontre avec le conjoint de la patiente, qui est déjà sur place/appel téléphonique à la fille de la patiente qui habite loin
 - ✓ Discussion avec l'équipe de soins
 - ✓ Prescriptions appropriées à la fin de vie, la phase terminale
- Rétroaction immédiate et discussion sur l'ensemble de la démarche avec le résident

4. Transition à la phase terminale

outils cliniques

- Outils cliniques
 - ✓ Aide-mémoire « Décompensation aigue CHSLD »
 - ✓ Aide-mémoire « Reconnaître la fin de vie »
 - ✓ Aide-mémoire « Accompagnement des proches phase terminale »

5. Appels téléphoniques aux proches

vignette clinique

- Une patiente de 94 ans a été admise il y a 5 jours. Vous ne l'avez pas encore rencontrée
- Perte d'autonomie multifactorielle, histoire de chutes, arthrose et ostéoporose sévères, anémie N N
- Elle provient d'un séjour prolongé au C.H.
- Vous demandez au résident de téléphoner au mandataire inscrit au dossier
- Cette démarche est prioritaire aujourd'hui
- Pourquoi?

5. Appels téléphoniques aux proches

- La discussion du NIM au téléphone est fondamentale, car nous n'avons souvent pas d'autre choix à l'admission
- Demander au résident s'il est à l'aise de faire l'appel
 - ✓ sinon, servez de modèle de rôle
 - ✓ demandez au résident de vous observer et discutez-en après l'appel
 - ✓ rendez explicite le plan que vous aviez en tête et expliquez votre façon de procéder
- Demander au résident de mettre par écrit les points qu'il veut aborder avec le proche et de les placer par ordre de priorité
- Demander au résident de se présenter et de dire qu'il fait l'appel en présence du superviseur (vous êtes assis à côté du résident)
- Demandez à prendre l'appareil à la fin
 - ✓ pour compléter des points abordés par le résident
 - ✓ pour vérifier le degré de satisfaction du proche
- Donner de la rétroaction au résident immédiatement après l'appel

Conclusion

- Tous les apprentissages effectués en CHSLD sont utiles pour les soins aux personnes âgées en général et ce, dans tous les contextes cliniques: bureau, urgence, hospitalisation, soins intensifs, soutien à domicile
- Aujourd'hui, les personnes âgées sont partout et une approche proportionnée est nécessaire et appropriée en tout temps, en toute circonstance