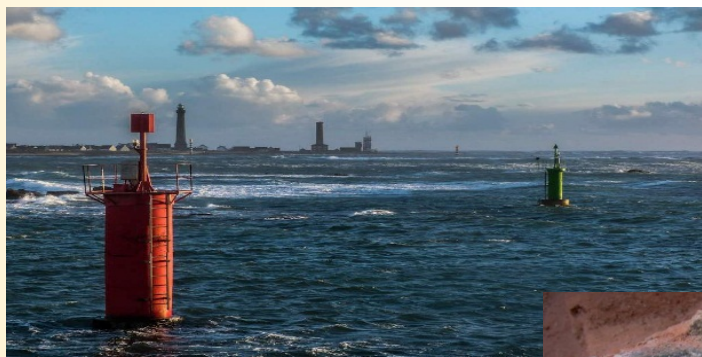






La philosophie et les valeurs phares des soins palliatifs: les pierres angulaires de notre engagement, de notre créativité et de notre avenir.



Geneviève Léveillé

Directrice générale adjointe

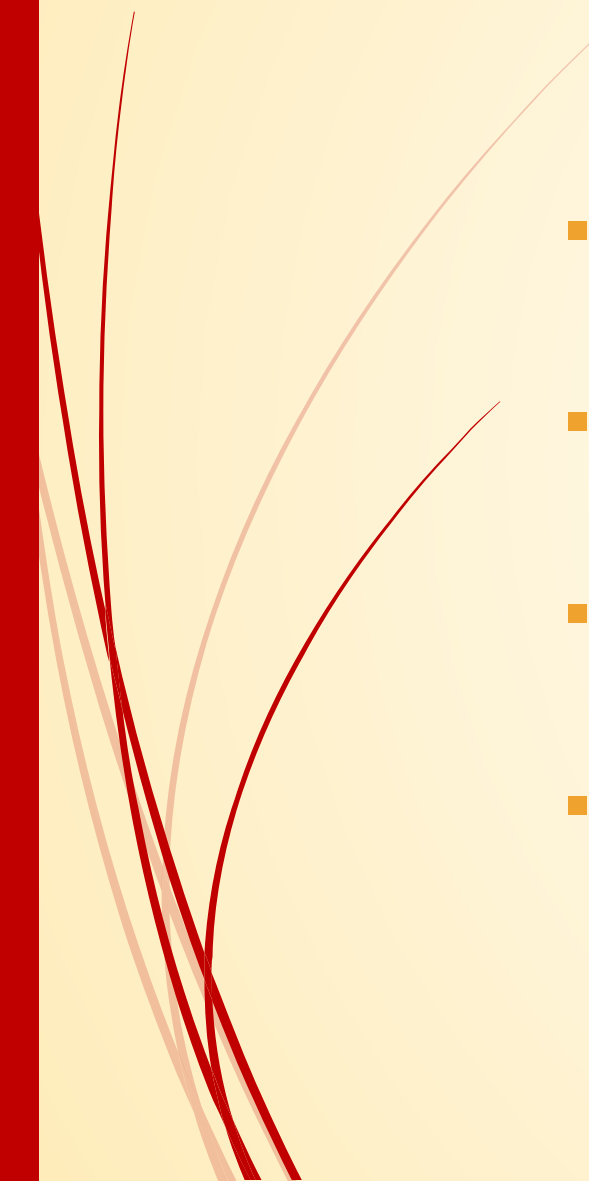
MAISON
Michel  Sarrazin

Congrès RSPQ Mai 2015

Il n'y a aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien avec le contenu de cette présentation



Pourquoi avoir accepté de faire cet atelier?

- Les 40 ans des soins palliatifs au Québec
 - Le 25^{ième} congrès du RSPQ
 - Les 30 ans de la Maison Michel-Sarrazin
 - Mes 30 ans en soins palliatifs...
et qu'il peut être bon parfois de revenir aux sources...
- 



Qu'est-ce qui fait que j'y suis encore et que «je persiste et signe»?

Parce que...



Définition des soins palliatifs (RSPQ):

«Ensemble des interventions nécessaires à la personne atteinte d'une maladie dont l'évolution compromet la survie, ainsi qu'à ses proches, afin d'améliorer leur qualité de vie en considérant les besoins toute dimension».

Philosophie de soins centrée sur la personne et sur la réponse à ses besoins

Valeurs (RSPQ):

-Solidarité (envers les personnes de la communauté aux prises avec des maladies potentiellement mortelles)

-Intégrité (promouvoir des SP de qualité sans compromis, avec honnêteté et transparence)

-Justice (absence de discrimination dans l'accessibilité aux soins)



Mission(MMS):

«Soulager et accompagner dans la dernière de leur vie des personnes atteintes de cancer recherchant une meilleure qualité de vie, offrir du soutien à leurs proches et contribuer activement au développement et à l'excellence des soins palliatifs».

Valeurs (MMS):

- Dignité* (chaque personne considérée comme un être humain unique)
- Respect* (identité et autonomie propres à la personne – respect de ses choix)
- Vérité* (assure au patient l'accès à toute l'information qui le concerne)
- Compassion* (essentielle à la présence, à l'écoute et à l'action en communion avec la souffrance)
- Solidarité* (élément rassembleur et mobilisateur pour toute personne présente à la MMS et pour la communauté)
- Générosité* (fondement de la gratuité des services et du dévouement individuel de chacun)

La Philosophie des Soins Palliatifs: **une pierre angulaire**



La pierre angulaire et l'édification d'une oeuvre



La pierre angulaire et l'édification d'une oeuvre

-Principe de permanence

-Une création à achever

-Points principaux: le but
 les fondations
 la perfection de l'exécution



«Cette pierre brute que l'on doit polir représente
l'homme dans ses deux dimensions:
terrestre et céleste.

Une face tournée vers le sol et l'autre vers le ciel.»



«Cette tâche de polissage consiste à mettre l'homme en relation avec sa destination. C'est l'objet de l'**ART** que de polir et transformer à la fois l'objet et le sujet.»



«Le travail de la pierre se double d'un travail spirituel, d'un acte mental. En travaillant la pierre pour une destination, on avance vers une maîtrise intérieure, et se grave dans le silence de la pierre l'écho d'une conscience.»



*Les Valeurs phares des Soins Palliatifs:
de précieuses balises*



Les balises guident le navire...



Par beau temps...



À travers le brouillard...



À travers la tempête...



Et elles peuvent lui éviter le naufrage...



*Elles lui permettent d'aller droit devant
et grader le cap...*



Questions à se poser...

- Comment: Rester fidèle aux assises des Soins Palliatifs sans être passéiste?
- Comment: Bien faire ce qu'il y a à faire?
- Comment: Assumer dignement et avec noblesse le devoir de «transmission» qui incombe à **chacun** de nous?

Rester fidèle aux assises des Soins Palliatifs sans être passéiste...

Pas trop souvent de:

«Dans mon temps...»

Le plus souvent:

- La vie est en mouvement et elle est devant...*
- La conscience du privilège d'être inscrite dans ce grand mouvement humaniste*
- Le devoir de perpétuer **ET** d'enrichir l'héritage reçu des bâtisseurs*
- Le devoir d'apporter ma contribution pour la suite de la construction de l'édifice, de l'oeuvre*
- La conviction que contribuer à rendre les soins palliatifs meilleurs, nous rend meilleurs*

Bien faire ce qu'il y a à faire...

- «Les **personnes** d'abord, les choses à faire, ensuite.»
- *En cas de brouillard ou de turbulences,
revenir à la philosophie
et aux **valeurs**.*



Revenir aux valeurs...

Journée de réflexion (2013)

Valeur forte: Respect

Valeur menacée: Solidarité



Journée de formation (2014)

La communication.

« Se faire du bien en communiquant: mode d'emploi.»

Un grand défi dans le processus d'agrément...

Tenter d'insuffler «de l'âme» aux normes.

-Est-ce possible?

-Ma réponse: OUI



-Cadre de pratique de plus en plus normalisé

-Exigences normatives qui sont souvent loin de la philosophie et des valeurs des soins palliatifs...

... à prime abord

-Que faire?

-Comment bien le faire?

-Prendre appui sur nos valeurs et notre philosophie de soins

-Être une peu «gaulois»... mais sans complaisance

*-Croire +++ au pouvoir de la créativité...
tout en étant rigoureux !*



Ex: Plan de prévention des chutes (POR)



GRILLE DE PRÉVENTION DES CHUTES

Identification		
Nom:	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Chambre :
Prénom :		No. dossier :

Les interventions systématiques pertinentes énumérées à la fin de ce document ont été mises en place.

CETTE PERSONNE EST IDENTIFIÉE À RISQUE DE CHUTE SELON LES FACTEURS DE RISQUES SUIVANTS :				
Facteur(s) de risque identifié(s)	Date	Interventions spécifiques mises en place pour prévenir les chutes et les blessures en découlant	Date	Initiales
<input type="checkbox"/> Chute en pré-admission	_____	<input type="checkbox"/> Placer une pastille jaune au Kardex (s'applique seulement au facteur de risque <i>Chute en préadmission</i>).	_____	
<input type="checkbox"/> Chute en cours de séjour.	_____	<input type="checkbox"/> Placer une pastille rouge au Kardex (s'applique seulement au facteur de risque <i>Chute en cours de séjour</i>).	_____	
<input type="checkbox"/> Présence de délirium, d'un état mental perturbé ou de troubles cognitifs.	_____	<input type="checkbox"/> Ajuster (augmenter) le niveau de surveillance et/ou d'assistance et transmettre l'information auprès des équipes de tous les quarts de travail (infirmières et bénévoles) et auprès de la famille.	_____	
<input type="checkbox"/> HTO/étourdissements	_____	<input type="checkbox"/> Sensibiliser le patient et la famille concernant les risques de chute et créer une alliance avec la famille pour ajuster (augmenter) le niveau de surveillance.	_____	
<input type="checkbox"/> Somnolence	_____	<input type="checkbox"/> Encourager la personne à demander de l'aide pour ses déplacements.	_____	
<input type="checkbox"/> Tentative de sortir du lit ou de se lever de façon non sécuritaire (sans demander de l'aide ou sans son accessoire de marche).	_____	<input type="checkbox"/> Encourager la personne à prendre une pause lors du transfert coucher-assis.	_____	
<input type="checkbox"/> Faiblesse généralisée, asthénie, diminution de l'état général ou perte d'autonomie.	_____	<input type="checkbox"/> Évaluer la présence de douleur, de dyspnée ou d'infection et traiter si pertinent.	_____	
<input type="checkbox"/> Trouble de l'équilibre, de la mobilité ou de la marche.	_____	<input type="checkbox"/> Anticiper les besoins qui obligent un déplacement. Lesquels : _____	_____	
<input type="checkbox"/> Patient évalué à risque de chute par le médecin à l'admission.	_____	<input type="checkbox"/> Aviser le médecin et le pharmacien pour une révision de médication.	_____	
<input type="checkbox"/> Patient utilisateur d'O2 (lunette nasale et tubulure)	_____	<input type="checkbox"/> Référer pour évaluation en physiothérapie pour une évaluation de la sécurité aux transferts et déplacements.	_____	
<input type="checkbox"/> Troubles visuels	_____	<input type="checkbox"/> Référer pour une évaluation en ergothérapie (adaptation / modification de l'environnement, sécurité).	_____	
<u>Risques reliés à l'élimination</u>		<input type="checkbox"/> Installer un détecteur de mouvement (tapis d'alerte ou autres) au lit ou au fauteuil. (Date du retrait : année / mois / jour).	_____	
<input type="checkbox"/> Plus de 7 mictions par 24h.		<input type="checkbox"/> Attribuer des tapis de chute afin de minimiser les risques de blessures. (Date du retrait : année / mois / jour)	_____	
<input type="checkbox"/> Utilisation de la toilette pendant la nuit.		<input type="checkbox"/> Attribuer un lit à profil bas dans le but de : <input type="checkbox"/> Maximiser les capacités aux transferts à partir et vers le lit (ajuster la hauteur) <input type="checkbox"/> Minimiser les risques de blessures lorsque le patient roule hors du lit en raison de mouvements incoordonnés. <input type="checkbox"/> Limiter les transferts à partir du lit (mesure de contrôle) (Date du retrait : année / mois / jour)	_____	
<input type="checkbox"/> Urgence mictionnelle et fécale.		<input type="checkbox"/> Évaluer la capacité à utiliser le fauteuil auto-souleveur de façon autonome et sécuritaire. Désactiver la commande lorsque requis.	_____	
<input type="checkbox"/> Incontinence récente (dans le dernier mois).			_____	
<input type="checkbox"/> Autres : _____			_____	

Être fidèles aux patients et à leurs proches

Être fidèles à nos valeurs de soins

- Cela demande d'y mettre de la confiance et de l'énergie

-Cela suppose qu'on y croit.

-Qu'on croit que cela en vaut la peine:

par respect pour ceux que l'on soigne

et

par respect pour ceux qui soignent.

*Se souvenir d'où on vient et
Croire en la force de nos valeurs*



*Croire au caractère précieux et
indéfectible de ce que
les patients nous apprennent*

*Croire à l'engagement et à la force
créatrice de nos équipes*

et pouvoir ainsi...



Être à la hauteur de l'héritage reçu

Traverser le présent avec confiance

*Bâtir l'avenir avec la noblesse
que ce privilège requiert.*





*Merci de votre présence
et de votre attention.*

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION CANADIENNE DE SOINS PALLIATIFS. *Histoire*, [en ligne] 2015. [www.acsp.net].
- ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES SOINS PALLIATIFS. *Définition des soins palliatifs*, [en ligne] 2015. [www.agsp.org]. (consulté le 9 mars 2015).
- L'ÉDIFICE. 6032-7 : *De la substance à la Pierre Angulaire*, [en ligne] 2012. [www.ledifice.net]. (consulté le 10 mars 2015).
- DANIER T., «Y faut quasiment y passer soi-même». *Cahiers francophones de soins palliatifs*, vol.14, no 2, p.101 – 102.
- GAGNON E., «Ce que soigner veut dire : permanence et transformations». *Cahiers francophones de soins palliatifs*, vol.14, no 2, p.14 – 27.
- LANGLOIS L., CENTENO J., «Regards croisés sur la perception des gestionnaires quant à la souffrance générée par la présence de dilemmes éthiques vécus par les infirmières en soins de fin de vie». *Cahiers francophones de soins palliatifs*, vol.13, no 2, p.57 – 67.
- NADEAU G., «Récit d'une soignante». *Cahiers francophones de soins palliatifs*, vol.14, no 1, p.90 – 101.