|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET CHARGE DE TRAVAIL****EN MATIÈRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE (SLD)****DE L’ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L’ONTARIO (AIIO)** |
| L’article sur la responsabilité professionnelle de la convention collective est un processus de résolution de problèmes pour les infirmières et les infirmiers permettant de répondre à leurs inquiétudes en lien avec la pratique et la charge de travail en ce qui concerne les soins aux résidents, les résultats et leur sécurité. Ce formulaire constitue un outil de documentation qui peut faciliter et promouvoir une approche de résolution de problèmes. |
| **SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** |
| Nom(s) du ou des employés faisant la déclaration (en lettres moulées)                        |
|                         |
|                         |
| Employeur : |       | Service//étage/unité : |       |
| Date de l’événement : |      Jour |      Mois |      Année | Heure : |       | Quart de travail de 7,5 h[ ]  Quart de travail de 11,25 h[ ]  Autre :       |
|  |
| S’agit-il d’un service spécialisé? Oui [ ]  Non [ ]  | Date/ |      Jour |      Mois |      Année |
|  |  |  |  |  |
| Nom du superviseur : |       | Recensement de l’unité/du foyer de ce quart : |       |
| Heure de notification : |       | Nombre de lits dans l’unité ou le foyer : |       |
|  |  |  |  |
|

|  |
| --- |
| **SECTION 2 : NOMBRE D’EFFECTIFS DE BASE POUR LE QUART** |

**Niveau d’effectif**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | IA |  IP | IAI | PSSP | Commis et autres |
| [ ]  Effectif de base : |       |       |       |       |       |
| [ ]  Effectif réel : |       |       |       |       |       |
| [ ]  Effectif intérimaire : |       |       |       |       |       |
| [ ]  Effectif novice/débutant : |       |       |       |       |       |
| [ ]  Postes vacants : |       |       |       |       |       |
| [ ]  IA en heures supp. : Si oui, nombre en termes d’effectif? |       |  | Nombre total d’heures : |       |

|  |
| --- |
| **SECTION 3 : DÉTAILS DE L’ÉVÉNEMENT** |
| Donnez des détails sur la façon dont le bien-être du résident a été potentiellement compromis ou a été réellement compromis :      |
| S’agit-il : d’un incident isolé? | [ ]  | d’un problème récurrent? | [ ]  |  | (Choisissez une réponse) |

**Avis au directeur ou à son remplaçant désigné :**Soutien de la direction disponible sur place? Oui [ ]  Non [ ] En disponibilité? Oui [ ]  Non [ ]  Sur appel? Oui [ ]  Non [ ] Le personnel de direction a-t-il répondu? Oui [ ]  Non [ ]  A-t-il résolu le problème? Oui [ ]  Non [ ] Réponse :

|  |
| --- |
| **SECTION 4 : CONDITIONS DE TRAVAIL**  |

**Veuillez choisir le ou les facteurs qui, selon vous, ont contribué au problème de charge de travail et fournir des détails :****Leadership des IA – Rôles et responsabilités :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Affecter/réaffecter le personnel en fonction de  son champ d’activité/de ses capacités  |  |
| [ ]  Fournir un soutien et une supervision au personnel  | [ ]  Intervenir ou prendre en charge les soins d’un résident |
| [ ]  S’informer régulièrement auprès du personnel pour identifier les besoins de soutien |
| [ ]  Fournir des directives au personnel novice et aux fournisseurs de soins non réglementés et collaborer avec eux |
| [ ]  Collaborer avec les fournisseurs de soins (p. ex., médecin, membre du personnel infirmier praticien, etc.) pour coordonner le plan de soins |

**Charge de travail :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Occupation/intensité élevée/répit [ ]  Tâches non infirmières :       [ ]  Résultat négatif, préjudice ou incident (**cochez** toutes les réponses qui s’appliquent)[ ]  Incident critique[ ]  Violence[ ]  Erreur de médication[ ] Autre (veuillez préciser)      [ ]  Autre        | [ ]  Pause [ ]  Inspecteur du ministère de la Santé sur place [ ]  Planification des horaires (p. ex., postes vacants non remplacés)  |

**Facteurs relatifs au résident :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Catégorie et gravité de l’état des résidents | [ ]  Facteurs liés au résident(gravité/complexité/palliatif/décès) :       |
| [ ]  Admissions du résident | [ ]  Transferts du résident |
| [ ]  Incapacité de fournir des soins sûrs au résident | [ ]  Retard ou absence de traitements ou de soins |
| [ ]  Soins fragmentés | [ ]  Autre :       |

**Environnement**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Propreté de la zone[ ]  Problèmes de conformité | [ ]  Aménagement physique [ ]  Placement du résident – inapproprié  |
| [ ]  Sécurité des résidents/du personnel | [ ]  Foyer avec éclosion |
| [ ]  Risque environnemental :       | [ ]  Autre :       |
|  |  |

**Équipement et installations** [ ]  Défaillance**/**Dysfonctionnement (type      )[ ]  Mise en service de nouvel équipement [ ]  Insuffisance/manque (type :      )[ ]  Équipement non approprié (type :      )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Ordinateur/Internet (type :      ) |  |  |  |

[ ]  Autre      **Médication**[ ]  Lié à l’exécution d’ordonnances ou à la pharmacie [ ]  Approvisionnement inadéquat/obsolète

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Administration/Traitement des commandes[ ]  Autre       |  |

**SECTION 5 : NORMES DE PRATIQUE ET DIRECTIVES/POLITIQUES NON MISES À JOUR** |
| **Veuillez cocher la norme de pratique/la directive/la politique de l’employeur que vous estimez être à risque ou non respectée :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Normes professionnelles | [ ]  Code de déontologie |
| [ ]  Médication[ ]  Relation thérapeutique entre le personnel infirmier et le patient | [ ]  Documentation[ ]  Consentement  |

[ ]  Pratique de l’IA et de l’IPA, patient, personnel infirmier et environnement [ ]  Collaboration avec des fournisseurs de soins non réglementés [ ]  Travail à des postes différents

|  |
| --- |
| [ ]  Responsabilités en vertu de la *Loi sur les foyers de soins de longue durée* (**cochez** toutes les cases pertinentes) |
| [ ]  Plan de soins[ ]  Évaluation de la peau et des plaies[ ]  Bain[ ]  Nutrition[ ]  Risque de chute[ ]  Autre (veuillez préciser)       | [ ]  Services de soins infirmiers et de préposés aux bénéficiaires[ ]  Programme de gestion de la douleur[ ]  Programme de soins réparateurs[ ]  Activités récréatives et sociales[ ]  Services alimentaires et hydratation |

 [ ]  Politique de l’employeur – Veuillez préciser       (veuillez inclure la politique, si possible)[ ]  Autre       |
| **SECTION 6 : SOLUTION** |
| (A) Discutez de la préoccupation/du problème dans l’unité/la zone/le foyer au moment où la préoccupation/le problème se produit. Fournissez des détails sur la façon dont le problème a été ou n’a pas été résolu.       |
| (B) Si le problème n’est pas résolu au moment où il est soulevé, demandez l’aide de la personne désignée par l’employeur comme responsable d’une résolution rapide. **Continuez à faire remonter le problème aux niveaux supérieurs de la hiérarchie pour obtenir une résolution rapide.** **Fournissez des détails, y compris le nom des personnes :**       |
|  |
| **SECTION 7 : RECOMMANDATIONS** |
| Veuillez cocher tous les domaines ci-dessous qui, selon vous, devraient être revus afin d’éviter que des situations similaires se reproduisent :[ ]  Pendant le service [ ]  Orientation [ ]  Révision du ratio personnel infirmier/résidents[ ]  Modifier la disposition de l’unité [ ]  Réserve flottante/occasionnelle [ ]  Révision des politiques et procédures[ ]  Ajuster l’effectif en IA [ ]  Ajuster l’effectif en préposés aux bénéficiaires [ ]  Remplacer les arrêts maladie, les absences, etc.[ ]  Commentaires sur la façon dont les recommandations en matière de conformité sont mises en œuvre[ ]  Modifier les heures de début/de fin de quart. Veuillez préciser :     [ ]  Équipement/Fournitures. Veuillez préciser :     [ ]  Autre. Veuillez préciser :      |
|  |
| **SECTION 8 : SIGNATURES DES EMPLOYÉS** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signature : |       | Téléphone/Courriel personnel : |       |
| Signature : |       | Téléphone/Courriel personnel : |       |
| Signature : |       | Téléphone/Courriel personnel : |       |
| Signature : |       | Téléphone/Courriel personnel : |       |
| Date de remise au gestionnaire : |  |

 |
| **SECTION 9 : COMMENTAIRE DE LA DIRECTION** |
| Avez-vous discuté de ces problèmes avec votre employé(e)/membre du personnel infirmier le jour ouvrable suivant? |
| Oui | [ ]  | Non | [ ]  | Si oui, date :       |  |
| Fournissez des détails :      Veuillez fournir une réponse écrite contenant des informations/commentaires en réponse à ce formulaire, y compris toute mesure prise pour remédier aux situations, le cas échéant, et en fournir une copie aux infirmières ou infirmiers, au président ou à la présidente de l’unité de négociation et à l’agent ou agente responsable des relations de travail (ART).      |
| Sinon, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez transmis ce document à la direction des syndicats. |
| Date : |  |
|  |
|

|  |
| --- |
| **SECTION 10 : RÉSOLUTION** |
| Le problème est-il résolu? Oui [ ]  Non [ ]  Si oui, comment a-t-il été résolu :      Date :      Sinon, veuillez indiquer la date à laquelle vous avez transmis ce document à la direction syndicale :       |
| **SECTION 11 : RECOMMANDATIONS DU COMITÉ SYNDICAL-PATRONAL** |

Le Comité syndical-patronal recommande ce qui suit afin de prévenir des situations semblables :      Date :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Signature : |       | Signature : |       |
| Signature |       | Signature : |       |
|  |  |   |  |

 |

|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE RAPPORT SUR LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE ET CHARGE DE TRAVAIL****EN MATIÈRE DE SOINS DE LONGUE DURÉE (SLD)****DE L’ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DE L’ONTARIO (AIIO)****LIGNES DIRECTRICES ET CONSEILS SUR SON UTILISATION** |

Les parties ont convenu du fait que les soins aux résidents sont améliorés si les problèmes liés à la pratique professionnelle, à l’acuité des besoins des résidents, à la fluctuation de la charge de travail et à la variation des effectifs sont résolus de manière efficace et en temps opportun. La convention collective prévoit un processus de résolution des problèmes pour les infirmières et les infirmiers permettant de répondre à leurs problèmes liés aux soins aux résidents. Ce formulaire de déclaration constitue un outil de documentation facilitant les discussions et proposant une approche de résolution de problèmes.

**AVANT DE SOUMETTRE LE FORMULAIRE DE RAPPORT DE CHARGE DE TRAVAIL, VEUILLEZ SUIVRE LE PROCESSUS DE RÉSOLUTION DES PROBLÈMES CI-DESSOUS et** **TEL QUE DÉCRIT DANS L’ARTICLE 19 DE LA CONVENTION COLLECTIVE POUR LES MAISONS DE SOINS INFIRMIERS OU TEL QU’IDENTIFIÉ DANS VOTRE CONVENTION COLLECTIVE.**

##### PROCESSUS DE RÉSOLUTION DE PROBLÈMES

1. Au moment où survient le problème en lien avec la charge de travail, discutez du problème au sein de votre unité/étage afin de trouver une façon de répondre aux besoins des patients en matière de soins en utilisant les ressources disponibles. Utilisez les voies de communication établies et demandez l’aide immédiate d’une personne désignée par l’employeur (par exemple, l’infirmière ou l’infirmier responsable, le directeur adjoint des soins, le directeur des soins ou l’administrateur) ayant la responsabilité de résoudre rapidement les problèmes liés à la charge de travail.
2. À défaut de résolution de la charge de travail au moment de l’événement, **remplissez** le formulaire. **Certaines** conventions collectives exigent que l’infirmière ou l’infirmier discute de la question avec le gestionnaire (ou son remplaçant désigné) le jour suivant où l’employé et le gestionnaire (ou son remplaçant désigné) travaillent ou dans les délais prévus dans la convention collective. **Toutefois** en l’absence de cette formulation, la recommandation et la bonne pratique consistent à discuter de la question avec votre gestionnaire.
3. Lorsque vous rencontrez votre gestionnaire, vous pouvez demander l’assistance d’un représentant syndical pour vous aider/vous assister. Tous les efforts nécessaires seront déployés pour résoudre les problèmes de charge de travail au niveau de l’unité. Le représentant de l’unité de négociation participe aux discussions sur la résolution au niveau de l’unité. Toutes les discussions et les mesures seront documentées.
4. L’article sur la responsabilité professionnelle des maisons de soins infirmiers suppose que le chef des soins infirmiers consulté aux étapes 1 et 2 est la même personne que celle consultée à l’étape 3 ci‑dessus et, par conséquent, l’étape 2 de la maison de soins infirmiers est la suivante : En l’absence de résolution, **soumettez** le Formulaire de rapport sur la responsabilité professionnelle et charge de travail au Comité syndical-patronal dans les 20 jours civils suivant la prétendue affectation inappropriée. Le Comité syndical-patronal se réunira dans les 20 jours suivant le dépôt de la réclamation pour tenter de régler la réclamation à la satisfaction des deux parties. Il s’agit de l’étape 3 de la plupart des autres conventions collectives. Veuillez consulter votre propre convention collective pour connaître les délais exacts. (VOIR LE FORMULAIRE DE RAPPORT VIERGE JOINT AUX PRÉSENTES LIGNES DIRECTRICES.)
5. Avant que la réclamation ne soit transmise au Comité d’évaluation indépendant (CEI), le syndicat peut envoyer un rapport écrit décrivant la réclamation et les recommandations au directeur des soins aux résidents et/ou à l’administrateur.
6. Si le problème n’est toujours pas résolu, il doit être transmis à un CEI conformément à la convention collective dans le nombre requis de jours suivant la réunion à l’étape 3 ci-dessus.
7. Le syndicat et l’employeur peuvent convenir mutuellement de prolonger les délais de renvoi de la réclamation à n’importe quelle étape de la procédure de réclamation.
8. Tout règlement conclu en vertu de l’article de responsabilité professionnelle de la convention collective doit être signé par les parties.

##### CONSEILS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE

1) Examinez le formulaire avant de le remplir afin d’avoir une idée du type d’informations demandé.

2) Écrivez lisiblement et appuyez fermement, car il y a plusieurs copies.

3) Utilisez des mots complets autant que possible. Évitez les abréviations.

4) Dans la mesure du possible, vous ne devez rapporter que des faits dont vous avez eu directement connaissance. Si vous utilisez de l’information dont vous n’avez pas eu directement connaissance ou qui vous a été rapportée, identifiez la source si cette dernière vous accorde la permission.

5) Identifiez les normes, les lignes directrices de pratique et les politiques et procédures de soins de longue durée de l’Ordre des infirmiers et infirmières de l’Ontario (OIIO) qui, selon vous, sont à risque. Les normes de l’OIIO sont disponibles à l’adresse [www.cno.org](http://www.cno.org).

6) N’identifiez jamais les résidents, quelles que soient les circonstances.