

Foyers de soins – comité du SIINB d'exercice de la profession  
Rapport sur les conditions de travail

**SECTION 1 : INFORMATION GÉNÉRALE**

Nom(s) de l'employé(e) ou des employé(e)s (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_

Employeur : \_\_\_\_\_ Nombre de lits \_\_\_\_\_

Date de l'incident : \_\_\_\_\_ Heure : \_\_\_\_\_

Quart de travail :

- 7,5 heures
- 11,25
- Autre

Nombre régulier de : I.I. \_\_\_ IAA \_\_\_ aide gériatrique \_\_\_ commis/secrétaire \_\_\_

Nombre actuel de : I.I. \_\_\_ IAA \_\_\_ aide gériatrique \_\_\_ commis/secrétaire \_\_\_

Étiez-vous l'infirmière ou l'infirmier responsable (*in charge*)? \_\_\_

Heures supplémentaires I.I. : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Combien d'I.I. \_\_\_ Heures totales? \_\_\_

Nom de la directrice des soins infirmiers à qui vous avez signalé l'incident \_\_\_\_\_

**SECTION 2: DÉTAILS DE L'INCIDENT**

Faire un résumé concis de ce qui s'est passé et de l'impact sur les soins aux résidents.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La sécurité du résident ou de l'infirmière a-t-elle été compromise et est-ce qu'il a été impossible de compléter la charge de travail? (par ex. : insuline ou héparine non vérifiées deux fois; rondes pas faites à toutes les heures, ou autre)

Oui \_\_\_ Non \_\_\_ Comment? (*préciser ci-dessous*)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cet incident est-il isolé? \_\_\_ Est-ce un problème persistant? \_\_\_

**SECTION 3 : FACTEURS LIÉS AUX SOINS, AU PERSONNEL INFIRMIER, AUX RÉSIDENTS, OU AU MILIEU, ET QUI ONT CONTRIBUÉ À L'INCIDENT OU AU PROBLÈME**

**Cochez le(les) facteur(s) qui, selon vous, ont contribué au problème lié à la charge de travail et donner des détails**

- Changement par rapport à l'acuité des besoins des patients, par ex. chutes. Préciser \_\_\_\_\_
- Nombre de résidents faisant l'objet de précautions en raison d'infections \_\_\_\_\_
- Nombre d'admissions \_\_\_\_\_ nombre de décès \_\_\_\_\_ nombre de transferts à l'hôpital \_\_\_\_\_
- Manque d'équipements ou équipements défectueux. Préciser \_\_\_\_\_
- Visiteurs, membres de la famille
- Épidémie au sein du foyer
- Ordres du médecin ou de l'infirmière praticienne
- Tâches non liées aux soins infirmiers \_\_\_\_\_
- Problèmes liés aux communications ou aux processus
- Facteurs exceptionnels liés aux patients (beaucoup de temps et d'attention requis pour répondre aux attentes ou besoins des patients). Préciser \_\_\_\_\_

**SECTION 4 : RECOMMANDATIONS**

Cochez les éléments pertinents dont il faut tenir compte pour éviter que cela se reproduise :

- Formation sur place
- Orientation
- Revoir le ratio infirmière immatriculée-résidents
- Changer l'aménagement de l'unité
- Changer les heures de début ou de fin des quarts de travail
- Revoir les statistiques relatives à la mesure de la charge de travail
- Élaborer des outils de mesure de la charge de travail
- Adapter en conséquence la dotation I.I.
- Adapter en conséquence la dotation en personnel de soutien
- Nombre d'inf. occasionnelles
- Revoir les politiques et les procédures
- Remplacer congés de maladie, vacances, jours fériés rémunérés, autres absences
- Équipement – préciser \_\_\_\_\_
- Autre : \_\_\_\_\_

**SECTION 5 : SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) OU DES EMPLOYÉ(E)S**

SIGNATURE \_\_\_\_\_ Tél./courriel personnel \_\_\_\_\_

SIGNATURE \_\_\_\_\_ Tél./courriel personnel \_\_\_\_\_

Soumis le : \_\_\_\_\_ Copies à : **1. Gestionnaire 2. Président(e) de la section locale 3. Membre**

**SECTION 6 : COMMENTAIRES DE L'EMPLOYEUR**

Veillez fournir toute information en réponse à ce rapport, y compris toute mesure prise pour remédier la situation, s'il y a lieu.

---

---

---

---

---

Signature de l'employeur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**SECTION 7 : RECOMMANDATIONS DU COMITÉ D'EXERCICE DE LA PROFESSION**

Le comité d'exercice de la profession recommande ce qui suit afin de prévenir un incident similaire :

---

---

---

---

---

---

---

Le problème a-t-il été résolu? Oui \_\_\_\_ Non \_\_\_\_