

# La vitrine de l'accomplissement professionnel des infirmières

SYNTHÈSE RÉALISÉE PAR MICHELLE LOSLIER ET NATALY RAINVILLE



Photo Marcel La Haye

De g. à dr. : Danielle Dufour, Suzanne Giguère, Claude Amyot, Hélène Duval, Danielle Villeneuve et Diane Boisvert.  
Absente : Hélène Côté.

**Projet gagnant** — *L'unité d'hémodialyse : un nouveau défi pour l'infirmière*

**Coordonnateur** — Claude Amyot, CHUQ – Hôtel-Dieu de Québec

**Région** — Québec

Cette année encore, les 11 projets finalistes illustrent de façon tangible l'esprit d'innovation et le dynamisme des infirmières du Québec. La diversité des initiatives et leur pertinence en témoignent : amélioration de l'accessibilité des soins, mise en œuvre d'un suivi personnalisé pour clientèles ciblées, sensibilisation et éducation de groupes déterminés, aménagement d'un service mobile et mise au point d'une technique d'avant-garde dans un champ d'application précis. Dans les pages qui suivent, nous vous présentons ces projets, expression éloquent de la flamme qui anime leurs conceptrices.

## Accessibilité des soins

QUÉBEC

## Québec

## Grand prix Innovation clinique 3M 2003

*L'unité d'hémodialyse : un nouveau défi pour l'infirmière*

Claude Amyot, inf.

Hélène Côté, inf.

Danielle Dufour, inf.

Hélène Duval, inf.

Suzanne Giguère, inf.

Danielle Villeneuve, inf.

Diane Boisvert, inf., B.Sc.

Infirmière-chef de la dialyse

Responsable du volet soins infirmiers

Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ) –

Hôtel-Dieu de Québec

## Mauricie–Centre-du-Québec

Pédiatrie de jour à l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska

Suzanne Perreault, inf.

Coordonnatrice jusqu'en 1997

Andrée Brière

Coordonnatrice du programme de soins parents-enfants

Roxane Bergeron, inf.

Assistante-infirmière-chef, pédiatrie

Hôtel-Dieu d'Arthabaska

## La « clinique sur roues »

La population atteinte d'insuffisance rénale augmente constamment et les centres de dialyse se retrouvent engorgés. De plus, à cause du manque de ressources en région, de nombreux hémodialysés vivant à l'écart des grands centres doivent parcourir des dizaines, voire des centaines de kilomètres plusieurs fois par semaine pour recevoir leur traitement. C'est dans ce contexte qu'une solution souple et efficace a été mise au point : une unité mobile d'hémodialyse pouvant traiter les patients issus de régions où leur nombre restreint ne justifie pas l'implantation d'un centre de dialyse. Au cœur de ce projet : une équipe d'infirmières de l'Hôtel-Dieu de Québec.

Autocar transformé en véritable clinique spécialisée, l'unité mobile permet désormais à des insuffisants rénaux de l'extérieur de Québec de recevoir leurs traitements près de chez eux. Les patients admissibles peuvent être autonomes ou non, mais ils doivent présenter un état clinique stable et disposer d'une voie d'accès permanente. Trois jours par semaine, l'unité mobile offre des traitements (d'une durée de trois à quatre heures) à proximité du Centre hospitalier de Charlevoix et du Centre hospitalier régional de Portneuf.

Choisies pour leurs connaissances avancées en néphrologie, les infirmières impliquées dans le projet ont participé dès le départ aux prises de décision sur l'aménagement de l'unité, l'organisation du travail et les ressources matérielles. En outre, elles ont élaboré des outils d'information et des instruments pour le suivi des patients. Cette participation leur a demandé de relever plusieurs défis, comme celui d'apprendre à travailler dans une grande proximité à l'intérieur de l'autocar. Leur professionnalisme et leur habileté à communiquer ont grandement favorisé la réussite du projet. Aujourd'hui, elles jouent un rôle pivot ; en plus de dispenser



L'unité mobile, équipée de six appareils d'hémodialyse, d'ordinateurs et d'un équipement de télémedecine, peut traiter plus de dix patients par jour. Elle s'alimente en électricité et en eau à l'hôpital près duquel elle séjourne. Le véhicule abrite notamment des espaces de rangement, une salle de toilette, une génératrice d'urgence et un climatiseur. En outre, un élévateur permet l'accès aux personnes en fauteuil roulant.

des soins spécialisés à l'intérieur de l'unité mobile (par équipe de deux), elles coordonnent et effectuent l'ensemble des interventions connexes : anamnèse des patients, évaluation de l'état de santé, application des ordonnances médicales collectives et analyse des résultats biologiques ; en outre, elles communiquent avec le néphrologue, trient les problèmes de santé, orientent les patients vers des ressources appropriées, effectuent le suivi auprès des familles et entretiennent des liens avec les établissements.

Le suivi néphrologique des patients est assuré par les infirmières de l'unité, conjointement avec les néphrologues de l'Hôtel-Dieu de Québec qui, au moyen de l'équipement de télémedecine, peuvent assister aux interventions et, au besoin, transmettre des instructions en temps réel. Grâce au réseau de télécommunications sociosanitaires, les données recueillies dans l'unité mobile au moment du traitement

(tension artérielle, niveau d'électrolytes, etc.) sont versées automatiquement au dossier électronique du patient. Fortes de leur expertise en hémodialyse et capables d'une grande autonomie, les infirmières de l'unité peuvent réagir de façon avisée à toute situation problématique. Elles assurent donc aux patients des soins et des suivis d'aussi bonne qualité et aussi sécuritaires que ceux offerts à l'hôpital. Afin de conserver leurs compétences et de mettre régulièrement leurs connaissances à jour, elles réintègrent le centre de dialyse de l'Hôtel-Dieu de Québec toutes les 6 à 8 semaines.

Le recours à l'unité mobile a l'avantage supplémentaire de libérer des places d'hémodialyse au centre hospitalier. Il n'est pas étonnant qu'au Québec, comme au Canada et à l'étranger, on s'intéresse déjà à la « clinique ambulante » de l'Hôtel-Dieu de Québec. Le concept est facilement exportable, d'autant plus qu'il peut être adapté à d'autres traitements. L'initiative de l'Hôtel-Dieu de Québec et l'excellent travail de l'équipe d'infirmières ont amélioré la qualité de vie des insuffisants rénaux en réduisant les heures consacrées au transport et la fatigue qui en découle.

### Bilan des 15 premiers mois

- Plus de 2 000 hémodialyses ont été effectuées.
- Si l'on exclut les deux premiers mois d'implantation progressive, l'unité mobile est opérationnelle six jours par semaine.
- Les conditions routières ou climatiques n'ont jamais empêché le véhicule de se rendre à bon port (des mesures sont prévues en cas de problème).
- L'état de santé des patients n'est pas plus problématique que si le traitement avait eu lieu à l'hôpital.
- Le taux de satisfaction des patients est de 98 %.
- Au total, huit infirmières ont été formées pour dispenser des soins dans l'unité mobile.
- Le taux d'absentéisme du personnel est très faible.

## Des soins pédiatriques spécialisés



Un jeune patient de l'unité de jour pédiatrique en compagnie de Roxane Bergeron.

**S**oucieuses de continuer à offrir des soins de qualité aux enfants de la région des Bois-Francs, malgré la diminution constante du nombre d'hospitalisations, des infirmières de l'unité pédiatrique Docteur-René-Jutras de l'Hôtel-Dieu d'Arthabaska ont eu l'idée, en 1997, d'ouvrir un service externe de pédiatrie. Du coup, elles allaient permettre à leurs jeunes patients de recevoir rapidement des soins de qualité dans un environnement adapté à leurs besoins, au moment requis par leur état de santé et tout en assurant le maintien de l'unité pédiatrique.

Les infirmières du service forment le pivot autour duquel gravitent les pédiatres, les médecins de famille et les infirmières des CLSC de la région des Bois-Francs. Ouvert 24 heures par jour, sept jours par semaine, le service externe de pédiatrie offre une gamme étendue de soins et de services spécialisés aux enfants et à leur famille.

Ainsi, le service d'examen diagnostiques permet aux enfants malades de subir les examens pertinents sur place, sans devoir être hospitalisés ni passer par l'urgence, comme auparavant : dorénavant, l'enfant et le parent se présentent directement en pédiatrie. Après avoir effectué les examens demandés, l'infirmière communique les résultats par téléphone au médecin qui peut alors confirmer son diagnostic et entreprendre le traitement approprié.

En outre, ce service permet aux enfants suivis dans les centres surspécialisés de Montréal, Québec ou Sherbrooke de subir leurs examens dans la région, véritable avantage pour les parents dont les déplacements sont ainsi réduits. De même, tous les examens électifs sont maintenant réalisés au service externe de pédiatrie plutôt qu'en consultation externe, tout comme certaines activités d'enseignement et de suivi pré et postopératoire.

De plus, grâce à l'initiative du comité de liaison en périnatalité et petite enfance, le service de pédiatrie accueille depuis janvier 2001 les nouveau-nés souffrant d'un ictère

dépisté à domicile en vue d'un contrôle de la bilirubinémie. Le rapport est ensuite communiqué au médecin traitant qui décide à ce moment des soins à donner.

La popularité croissante du service externe de pédiatrie, la satisfaction des parents, des enfants et des médecins ainsi que la diminution du nombre d'hospitalisations démontrent hors de tout doute que la solution imaginée par les infirmières touche sa cible : accroître la qualité des soins offerts aux enfants tout en augmentant leur efficacité. L'ouverture de ce service permet en outre de maintenir, voire de développer l'expertise de l'équipe soignante, malgré la diminution des hospitalisations à l'unité de pédiatrie.

### Des résultats éloquentes

Depuis sa création en 1997, le service externe de pédiatrie a connu une hausse constante de ses activités. En voici quelques exemples :

- Le nombre de jours-soins consacrés aux traitements et à l'enseignement est passé de 49 à 192 ; celui relatif aux examens diagnostiques est passé de 201 à 1 933 ; le nombre de jours-soins global est passé de 250 à 2 125.
- À ces résultats s'ajoute une diminution considérable des jours d'hospitalisation reliés à diverses pathologies :
  - 90 % pour les troubles respiratoires, comme une bronchite ou une sinusite ;
  - entre 64 % et 94 % pour les troubles intestinaux, comme des gastroentérites ou des douleurs abdominales ;
  - entre 59 % et 94 % pour des fractures des membres supérieurs ou de la cheville ;
  - entre 86 % et 100 % pour des problèmes immunitaires et des maladies du sang.
- Soulignons également que l'instauration de ce nouveau service n'a nécessité aucune ressource supplémentaire.



## Soins individualisés/Suivi personnalisé des clientèles

ESTRIE

### Estrie

*Équipe d'intervention pour les victimes d'agression sexuelle*

Andrée Maltais, inf. Coordonnatrice au démarrage	Suzanne Smith, inf., B.Sc.inf. Initiatrice du projet
Pauline Perreault, inf., B.Sc.inf. Chef des urgences	Hélène Forget, inf., B.Sc.inf. Responsable de l'équipe d'intervention

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

### Laurentides/Lanaudière

*L'infirmière de liaison du Réseau mère-enfant-famille, un rôle nouveau*

Maryse Boulanger, inf., B.Sc.  
Infirmière de liaison du Réseau mère-enfant-famille

Suzanne Limoges, inf.  
Conseillère du regroupement de clientèle mère-enfant-famille

Lorraine Thouin, inf.  
Chef clinico-administratif du regroupement de clientèle mère-enfant-famille  
Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur

### Montréal/Laval

*Soins à la clientèle atteinte d'anémie falciforme*

Liane Ashford, inf., B.Sc.inf.	Danielle Soucy, inf.
Chantal Lefebvre, inf.	Patrick Vaillant, inf.
Sylvie Champagne, inf., B.Sc.inf.	Annie Gagné, M.Sc.Pharm.
Danièle Lamarche, inf., M.Sc.inf.	Jocelyne Bérubé, B.A.A.

Margaret Warner, M.D., hématologie  
Centre universitaire de santé McGill

## Prendre soin des victimes d'agression sexuelle



Photo Imacom/Martin Blanche

De g. à dr., 1<sup>re</sup> rangée : Suzanne Smith, Hélène Forget, Andrée Maltais et Pauline Perreault ; 2<sup>e</sup> rangée : Denise Doucet, Lucie Boisclair, Lyne Simard, Christine Bergeron, Lucier Mercier et Édith Milani. Absente : Julie Gagné.

et de médecins, avec pour mandat de prendre en charge les victimes dès leur arrivée à l'hôpital.

Pour réaliser ce projet, M<sup>me</sup> Smith a pu compter sur la générosité d'infirmières sensibilisées à cette problématique, qui se sont engagées bénévolement à mettre en œuvre le programme nouvellement créé. En 1997, le CHUS et la Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Estrie reconnaissent la valeur des interventions de l'équipe en octroyant des primes de disponibilité aux infirmières.

En service 24 heures par jour, sept jours par semaine, l'équipe est aujourd'hui composée de dix femmes médecins et de huit infirmières. Depuis sa création, plus de 30 infirmières en ont été membres. Toutes ont reçu une formation sur les situations de crise et sur l'intervention médico-sociale auprès des victimes d'agression sexuelle.

Il y a dix ans, lorsque les victimes d'agression sexuelle se présentaient à l'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), le personnel était souvent démuné devant leur détresse et leur souffrance. C'est alors que l'infirmière-chef du service, Suzanne Smith, déterminée à offrir des soins mieux adaptés à cette clientèle vulnérable, a décidé de former une équipe d'intervention

Dès son arrivée à l'urgence, la victime est reçue par l'infirmière au triage, qui signale immédiatement le cas à une infirmière de l'équipe d'intervention. Celle-ci est au cœur du processus : elle accueille la victime, l'écoute et lui offre un soutien professionnel et chaleureux. Ce premier contact est déterminant pour le bien-être de la victime et les interventions futures. À la suite de l'évaluation psychologique et physique, l'infirmière spécialisée fait appel à une femme médecin pour poursuivre l'examen.

Puis, l'infirmière communique avec le Centre d'aide et de lutte contre les agressions à caractère sexuel (CALACS), organisme communautaire dont le mandat est d'accompagner les victimes et d'assurer leur suivi après le séjour à l'urgence. Les policiers, les CLSC et la Direction de la protection de la jeunesse sont aussi appelés à collaborer au programme de prise en charge des personnes agressées.

Le rôle de l'équipe d'intervention dépasse le seul cadre médical, comme l'explique Hélène Forget : « Étant donné que ces situations comportent un volet légal incontournable, les infirmières et les médecins doivent recueillir l'information pertinente et faire les prélèvements médico-légaux nécessaires. Lorsque vient le temps d'expliquer certaines procédures aux victimes, les infirmières se soucient de respecter leur rythme et leur état psychologique. Au moment jugé opportun, elles leur transmettent toute l'information pertinente afin de les aider à prendre une décision éclairée pour la suite des événements, comme porter plainte aux autorités policières. »

La formation de l'équipe d'intervention a contribué de façon remarquable à l'amélioration de la qualité des soins et des services offerts. Plus de 245 femmes et enfants ont bénéficié des services attentionnés de l'équipe du CHUS, dont quelque 140 au cours des trois dernières années. Selon le CALACS, les victimes se disent très satisfaites des soins et services reçus.

## Un suivi prénatal efficace

Dans la région de Lanaudière, les femmes qui accouchent bénéficient depuis plusieurs années déjà d'un suivi postnatal systématique. Par contre, dans le cas des futures mères aux prises avec un problème physique ou psychosocial, aucun suivi prénatal officiel ne permettait de les diriger vers les ressources appropriées. Les raisons de cette situation? Les intervenants connaissaient peu les services offerts par les CLSC et les diverses ressources communautaires, et les outils pour faciliter la communication et la coordination des soins et des services étaient inexistantes.

Pour pallier cette lacune, le comité opérationnel Réseau mère-enfant-famille confiait en 2001 à Maryse Boulanger, infirmière du secteur natalité du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur, le mandat d'instaurer un programme de suivi prénatal dans la région sud de Lanaudière. En qualité d'infirmière de liaison, elle a coordonné avec brio toutes les étapes permettant d'instituer un tel suivi, à commencer par l'élaboration d'un plan de mise en œuvre du programme, dont voici les principales composantes.

Puisque la clinique médicale est souvent le premier endroit où se dirigent les femmes enceintes, l'infirmière de liaison a rencontré individuellement chacun des médecins accoucheurs afin de leur communiquer les objectifs du projet et susciter leur adhésion.

Des présentations ont également été réalisées auprès des infirmières du secteur natalité du CH Pierre-Le Gardeur et des CLSC Lamater, Meilleur, d'Autray et Montcalm. De plus, le projet a fait l'objet d'une campagne d'information dans des journaux locaux et des revues professionnelles.

Maryse Boulanger s'est aussi employée à élaborer des outils destinés à assurer une bonne coordination entre la clientèle, les médecins accoucheurs des cliniques privées, le CH Pierre-Le Gardeur et les CLSC, et à faciliter l'évaluation et le suivi des différentes interventions. Elle a notamment conçu un *Cahier des cliniques* comprenant les modalités d'orientation des futures mères à risque vers les spécialistes, les outils du suivi, les coordonnées des CLSC et de la personne-ressource rattachée à la clinique, de même que des outils de collecte des données statistiques.

Bien entendu, un projet d'une telle ampleur ne va pas sans adaptation: c'est pourquoi, grâce à sa disponibilité, l'infirmière de liaison a joué un rôle clé dans le déroulement du programme. Comme elle l'explique d'ailleurs, «certains médecins n'avaient pas compris la nécessité de téléphoner la demande de consultation au CLSC et incitaient leurs clientes à appeler elles-mêmes. Or, sans demande officielle, le dossier de ces futures mamans ne parvenait pas à l'équipe



De g. à dr. : Suzanne Limoges, Maryse Boulanger et Lorraine Thouin, grâce à qui 1 400 femmes ont pu bénéficier d'un suivi prénatal personnalisé.

de périnatalité et restait en attente. Grâce à une bonne communication, nous avons rapidement pu corriger le tir.»

Depuis 2001, quelque 1 400 femmes ont bénéficié de ce suivi personnalisé et une trentaine d'entre elles ont été orientées vers d'autres ressources, en raison notamment de leur situation financière précaire, de leur jeune âge ou de difficultés d'adaptation prévisibles à leur futur rôle de parent. Ces mères bénéficient maintenant d'une meilleure prise en charge grâce à une coordination accrue entre les divers intervenants de la région. Actuellement, plus de 20 % de la clientèle à risque est dirigée vers une équipe de périnatalité du CLSC, alors qu'il n'y avait aucune recommandation en ce sens auparavant.

Et ce programme est en voie de faire boule de neige, puisque plus de 57 centres hospitaliers, CLSC et régies régionales à travers le Québec ont commandé un exemplaire des outils de suivi prénatal.

### Une gamme d'outils appréciable

Voici quelques-uns des outils dont se sert l'infirmière de liaison pour accomplir son travail.

- Carnet de grossesse
- Historique des soins périnataux
- Formulaire d'autorisation de transmission de renseignements
- Formulaire de demande de consultation et de suivi
- *Cahier des cliniques*
- Dépliant des ressources professionnelles et communautaires disponibles

## Apprivoiser l'anémie falciforme



Cindy Eccleston et Danièle Lamarche en compagnie d'un patient et de sa famille.

À l'automne 2000, l'Hôpital Royal Victoria (HRV) du Centre universitaire de santé McGill acceptait de recevoir et de regrouper tous les patients adultes souffrant d'anémie falciforme, y compris les jeunes patients transférés d'un hôpital pédiatrique. L'anémie falciforme est une maladie chronique et héréditaire provoquant des crises douloureuses, qui apparaît en bas âge et réduit considérablement l'espérance de vie des personnes qui en sont atteintes.

Face à l'accroissement significatif du nombre de patients à traiter et question de mieux comprendre cette maladie, des infirmières de divers secteurs – salle d'urgence, clinique externe, hôpital de jour et unité de soins médicaux – se sont concertées pour instaurer un programme de soins novateur fondé sur l'identification des besoins des patients.

Elles se sont alors tournées vers la Société de l'anémie falciforme du Canada, laquelle venait tout juste d'effectuer, par l'entremise de groupes de discussion, une cueillette d'information sur les besoins de jeunes adultes atteints de la maladie. Au nombre des besoins exprimés par les répondants figuraient le soulagement rapide de la douleur, la diminution du temps de séjour à l'urgence et, dans la mesure du possible, la réduction de la fréquence d'hospitalisation.

Conscientes que l'efficacité du programme reposait sur une connaissance approfondie de la maladie, les infirmières ont procédé à une revue de la littérature sur l'anémie falciforme et le traitement de la douleur aiguë. De plus, une journée de formation a été organisée par des infirmières spécialisées, un hématologue et une pharmacienne en collaboration avec des patients et la Société de l'anémie falciforme. Pour que le personnel puisse se maintenir à la fine pointe des connaissances, des sessions de formation continue sur le traitement de la douleur sont offertes aux six semaines.

À la lumière des connaissances acquises, les infirmières ont élaboré des protocoles de soins qu'elles ont mis à la disposition du personnel de l'urgence, de l'hôpital de jour et de l'unité de soins.

Le programme mise également sur une bonne communication avec la clientèle. Ainsi, avant leur transfert au secteur adulte, les patients rencontrent une infirmière clinicienne spécialisée et un hématologue qui les renseignent sur les services offerts. Lorsqu'un patient se présente à l'urgence de l'HRV, l'infirmière clinicienne spécialisée en est immédiatement avisée. Elle discute ensuite avec l'équipe de l'efficacité du traitement de la douleur, d'une hospitalisation possible, et communique le cas échéant avec l'unité de soins.

Comme l'infirmière est la professionnelle de la santé qui assure une présence constante auprès du patient, elle est à même d'évaluer la douleur et la réponse de ce dernier au traitement. En favorisant des interventions personnalisées et adaptées aux besoins spécifiques de la clientèle atteinte, les infirmières de l'HRV ont grandement amélioré la qualité des soins dispensés. À preuve, les patients, se sentant plus en confiance, consultent maintenant plus tôt lors d'une crise.

Voici quelques-uns des effets positifs engendrés par le programme :

- le soulagement de la douleur survient maintenant dans un délai de 12 à 24 heures après l'hospitalisation, comparativement à 48 heures ou plus auparavant ;
- la durée moyenne du séjour est passée de 9,4 à 6,3 jours dans cette unité de soins ;
- le taux de satisfaction des patients par rapport aux explications reçues et aux traitements prodigués est supérieur à 80 %.

### L'anémie falciforme en bref

- L'anémie falciforme est une maladie héréditaire ou l'hémoglobine, étant anormale, contribue à la déformation et à la destruction des globules rouges.
- Cette maladie affecte surtout les Noirs, mais non exclusivement. En effet, un Canadien d'origine noire sur dix est déclaré porteur du trait falciforme et 1 sur 400 souffre de la maladie. On estime à environ 55 000 le nombre de personnes atteintes en Amérique du Nord.
- Maladie chronique, l'anémie falciforme nécessite un suivi médical constant. L'hospitalisation est nécessaire en cas d'infection grave, d'intervention chirurgicale ou de complications.

Pour en savoir davantage, communiquer avec la Société de l'anémie falciforme du Canada ; tél. : (514) 735-5100.



**Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine**

L'unité de transport pour intraveineuse (UTI)

Lisette Jean, inf.

Centre hospitalier d'Amqui

**Montérégie**

L'extubation précoce des patients en postchirurgie cardiaque: une amélioration pour le bien-être des patients et de leurs familles

Line Beaudet, inf., M.Sc.  
Conseillère en soins spécialisés

Marc Pépin, inf., B.Sc.  
Chef d'unité aux soins intensifs

Serge Rouleau, inf., B.Sc.

Redouane Bouali, M.D., F.M.H.  
Chef intensiviste

Unité de soins intensifs de l'Hôtel-Dieu du CHUM

## Du transport en toute sécurité

Lorsqu'il s'agit d'administrer un médicament intraveineux à un patient lors de son transport en ambulance, la sécurité du personnel à bord compte autant que la rapidité d'exécution. Infirmière au Centre hospitalier d'Amqui, centre de traumatologie primaire, Lisette Jean jugeait toutefois que les trousse de médicaments intraveineux offertes sur le marché étaient peu adaptées aux besoins du personnel soignant.

Infirmière depuis 14 ans et couturière à ses heures, elle a donc conçu et réalisé une « unité de transport pour intraveineuse » (UTI), c'est-à-dire une trousse de rangement permettant d'accéder rapidement et en toute sécurité au matériel nécessaire à la thérapie intraveineuse pendant le transport d'un patient en ambulance.

« Dans l'espace restreint d'une ambulance, c'est souvent le coude à coude entre le médecin, l'infirmière et l'inhalothérapeute, explique-t-elle. Lorsque le patient est dans un état critique, il faut intervenir sur-le-champ, et donc avoir accès rapidement aux fioles de médicaments et aux seringues. Or, il n'existait sur le marché que des trousse munies d'une fermeture à glissière qui, malheureusement, ne pouvaient être fixées près du patient. Pour atteindre le matériel, j'avais donc à me déplacer dans une ambulance roulant à 100 kilomètres à l'heure, ce qui engendrait des risques de blessure liés à la manipulation des seringues. »

Sur un fond de tissu imperméable et lavable, Lisette Jean a cousu de façon décalée des bandes élastiques formant des brides, dans l'ouverture desquelles sont logées des fioles de médicaments, des seringues de calibres divers, des tampons



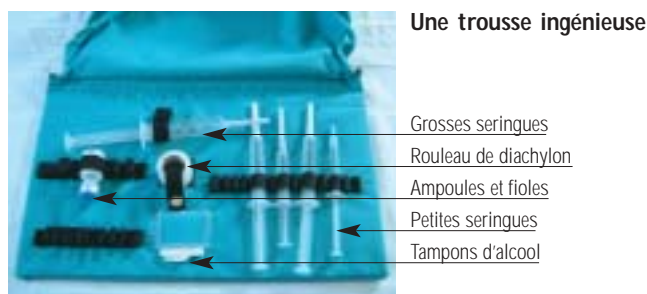
L'UTI a valu à Lisette Jean de recevoir, en 2002, le Prix d'excellence du Canada en sécurité des soins infirmiers décerné par la Canadian Intravenous Nurses Association.

d'alcool et des rouleaux de diachylon. L'UTI se fixe, au moyen de deux courroies, à la ceinture de sécurité de la civière. En plus d'être facile à transporter, légère et lavable, cette trousse est plus pratique que les modèles existants.

Grâce à l'UTI, l'infirmière évite d'avoir à détacher sa ceinture de sécurité pour atteindre le matériel intraveineux lorsque l'ambulance est en mouvement, ce qui réduit considérablement les risques de chute ou encore d'injection accidentelle. Polyvalente, la trousse peut être fixée à la ceinture de sécurité de la civière ou, si l'état du patient ne le permet pas, à celle du siège attenant.

Un des grands avantages de l'UTI est de favoriser la collaboration entre l'infirmière et le médecin présents dans l'ambulance et de réduire le délai entre la prescription du médecin et l'administration du médicament. Utilisée depuis l'été 2002 au Centre hospitalier d'Amqui, l'UTI est très appréciée du personnel infirmier et fait maintenant partie de ses outils de travail quotidien.

Soulignons enfin que ce projet a valu à Lisette Jean de recevoir, en 2002, le Prix d'excellence du Canada en sécurité des soins infirmiers décerné par la Canadian Intravenous Nurses Association.





## Une technique de pointe en postchirurgie cardiaque

**A**u printemps 2001, le personnel de l'unité des soins intensifs de l'Hôtel-Dieu du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) cherche un moyen de réduire les listes d'attente des patients en chirurgie cardiaque. Un patient sur cinq est alors en attente d'une chirurgie depuis plus de six mois. La solution? Modifier la pratique professionnelle du personnel soignant en introduisant une pratique d'extubation encore peu répandue au Québec.

En effet, l'équipe, composée d'infirmières, de médecins et d'inhalothérapeutes, a implanté une nouvelle approche: l'extubation précoce, qui permet à la fois d'améliorer le confort des patients ayant subi une chirurgie cardiaque et d'accroître l'accessibilité à ce type de chirurgie. Elle consiste à extuber les patients en postchirurgie cardiaque dans les huit premières heures suivant leur arrivée aux soins intensifs, soit deux fois plus rapidement qu'auparavant. Serge Rouleau explique: « Nous avons examiné les pratiques de certains centres hospitaliers nord-américains spécialisés en chirurgie cardiaque. [...] Nous avons constaté que plusieurs utilisaient cette approche. Il ne nous restait plus qu'à convaincre le personnel soignant de la nécessité de revoir nos façons de faire au CHUM et de l'amener à s'engager dans ce sens. »

L'équipe multidisciplinaire s'est alors mise à la tâche de normaliser une approche intégrée. Elle a donc procédé à une revue de la littérature scientifique pertinente pour établir ensuite un protocole d'extubation comprenant une grille des critères de sélection des patients (voir l'encadré), une ordonnance modèle permettant à l'infirmière d'agir selon son jugement clinique ainsi qu'un protocole de sédation et d'analgésie pour mieux soulager la douleur et l'anxiété des patients. Ce protocole a été présenté au personnel des soins intensifs. Après quelques ajustements, il a été mis en œuvre de manière progressive. L'équipe a également formé les infirmières, puisque ces dernières jouent un rôle central dans l'extubation précoce: elles sont en effet responsables de la surveillance des paramètres hémodynamiques, du soutien offert aux familles et, en collaboration avec les inhalothérapeutes, de la surveillance respiratoire du patient.

Cette nouvelle pratique apporte de multiples bienfaits. Intubés pendant une plus courte période, les patients présentent moins de complications pulmonaires, vasculaires ou cardiaques et reçoivent moins de médicaments. Ils se réveillent donc graduellement, récupèrent beaucoup mieux et collaborent plus activement à leurs soins. Autre avantage non négligeable, ils peuvent aussi communiquer plus rapidement avec leur famille et l'équipe soignante. Pour leur part, les infirmières se disent satisfaites de cette approche.



Redouane Bouali et Serge Rouleau retirent le tube endotrachéal d'une patiente après lui avoir expliqué la marche à suivre et s'être assurés de sa coopération.

Elles considèrent qu'elle leur permet à la fois d'exercer un mandat plus actif auprès des patients et des familles et de mieux contrôler l'anxiété et la douleur du patient.

Au cours des neuf premiers mois de mise en œuvre de la nouvelle approche, un groupe de 175 patients ont pu être extubés en moins de huit heures, ce qui représente un taux de réussite de 73,2%. Sur l'ensemble du groupe, la durée moyenne de l'intubation s'est établie à cinq heures trente, comparativement à seize heures auparavant. Les patients étant moins souffrants et moins anxieux, la nouvelle façon de soigner a aussi permis de réorganiser le travail et d'accroître l'accès des patients aux soins intensifs et, par conséquent, d'accroître de 25% le nombre de chirurgies cardiaques. Mission accomplie!

### Critères d'extubation précoce

1. État hémodynamique stable et température corporelle optimale
2. Patient décurarisé
3. Ventilation spontanée
4. État d'éveil (3 ou 4 à l'échelle de Ramsay)
5. Patient calme
6. Contrôle électrolytique
7. Contrôle des saignements et remplissage volémique
8. Contrôle de l'infection
9. Contrôle des signes et des symptômes (frissons, température, tension artérielle, nausées, vomissements, agitation)
10. Contrôle et soulagement de la douleur (inférieure à 4 à l'échelle visuelle analogue)

*Les résultats de cette initiative ont été publiés dans L'Avant-garde, journal des soins infirmiers du CHUM, vol. 3, n° 2, hiver 2002, et sont affichés sur le site du SIDIIEF.*

**Côte-Nord***Camp pour diabétiques*

Daniel Gionet, inf.

Carynne Guillemette, inf.

Josée M. Michel, inf., B.Sc.inf.

Léonce Picard, inf.

Karine B. Vollant Régis, inf.

Patsy Roussel, inf.

Gail Cox, inf., B.Sc.inf.

Coordonnatrice du projet

Centres de santé Uashat et Mani-Utenam

**Chaudière-Appalaches***Nutri-forme en santé mentale*

Hélène Minville, inf.

CLSC et CHSLD de la MRC de Montmagny

**Outaouais***Continuum de soins et services aux enfants/adolescents diabétiques et à leur famille*

Ginette Renaud, inf., B.Sc.

Responsable de la clinique de diabète pédiatrique

Aline Grenon, inf.

Adjointe à la direction du programme Parents-enfants

Responsable du secteur pédiatrique

Henriette Fortin, Jean Lemonde, Mariette Boisvert, Chantal Gagné, pédiatres

Clinique de pédiatrie, CHVO – Hôpital de Gatineau

Nathalie Nappert, nutritionniste

Martin Aubin, travailleur social

Mireille Auger

Club des jeunes diabétiques de l'Outaouais

**Saguenay-Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec***Guide de gériatrie*

Andréa Boudreault, inf., B.Sc.

Carrefour de santé de Jonquière

## Un camp pour les personnes diabétiques

La prévalence du diabète sur la Côte-Nord, particulièrement dans la communauté innu-montagnaise de Uashat et Mani-Utenam, est environ trois fois plus élevée que parmi la population du Québec. Pour contrer les effets de cette véritable épidémie, six infirmières des centres de santé de Uashat et Mani-Utenam, en collaboration avec leurs collègues de l'équipe interdisciplinaire, ont élaboré un programme d'enseignement intensif adapté aux patients diabétiques de la communauté locale. Ce programme est offert dans le cadre d'un camp d'une durée de trois jours, qui peut accueillir jusqu'à 16 participants.

Au camp Akua Kashiuasht, dans un climat de détente, d'entraide et de respect, les diabétiques, accompagnés d'un aidant significatif, participent à des ateliers éducatifs les amenant à mieux comprendre et maîtriser leur maladie. Les infirmières les renseignent sur les manifestations et les complications du diabète de type II, l'utilisation du glucomètre, la médication, l'alimentation (volet donné par une nutritionniste), l'activité physique et les soins de pieds. Le contenu est traduit en innu-montagnais et adapté au mode de vie traditionnel autochtone afin que les ateliers rejoignent réellement la clientèle visée. En outre, des outils d'enseignement simples et visuels sont employés lors des ateliers; leur élaboration requiert créativité et imagination de la part des infirmières.

L'équipe interdisciplinaire qui, outre le personnel infirmier, se compose d'une nutritionniste, d'un agent de prévention, d'un agent communautaire et de bénévoles, vit au rythme des participants pendant toute la durée du camp, partageant leurs activités et adoptant la même diète qu'eux.

Depuis septembre 2001, cinq camps ont été organisés, rejoignant au total près de 60 personnes diabétiques. À chaque nouveau camp, le nombre de participants augmente ou se maintient, variant de

6 à 13 personnes. Les suivis révèlent que la majorité de ces participants ont amélioré significativement leurs habitudes de vie au plan de l'alimentation, de la médication et du contrôle de la glycémie, de façon à mieux maîtriser leur maladie et à augmenter leur qualité de vie. Quelques-uns d'entre eux ont même proposé leurs services à titre de bénévoles. De plus, un groupe de soutien aux personnes diabétiques a été mis sur pied.

Sur la même lancée, le programme du camp Akua Kashiuasht a fait l'objet d'une présentation lors de la 2<sup>e</sup> Conférence nationale pour le diabète et les peuples autochtones, qui a eu lieu en janvier 2002 à Québec. À cette occasion, plusieurs communautés autochtones se sont montrées intéressées à implanter un tel programme dans leur milieu, ce qui témoigne de l'intérêt que suscite la formule. Finalement, comme le soulignent les infirmières qui participent au camp, les résultats satisfaisants du programme permettent d'envisager l'adaptation de la formule à d'autres clientèles, telles que les adolescentes qui vivent une situation de grossesse, les jeunes et les adultes aux prises avec le tabagisme, ou encore les personnes atteintes d'hypertension et qui doivent contrôler leur taux de cholestérol.



L'équipe des intervenants des centres de santé Uashat et Mani-Utenam au club de ski Rapido de Sept-Îles.

## Maintenir un poids santé malgré la médication



L'équipe : Mélanie Fournier, nutritionniste, Hélène Minville, infirmière et Jean-David Gagné, éducateur physique.

La médication prescrite pour les troubles mentaux sévères et persistants (TSP) a souvent pour effet secondaire d'augmenter l'appétit, ce qui entraîne chez les patients qui en font usage un surpoids, lequel engendre diverses maladies telles que tension artérielle élevée, complications cardio-vasculaires ou diabète de type II. Au CLSC-CHSLD de la MRC de Montmagny, le programme « Nutri-forme en santé mentale » a permis à cinq personnes atteintes de TSP de se rapprocher de leur poids santé sans interrompre leur prise de médicaments.

L'alimentation et l'activité physique sont au cœur de ce programme de 20 semaines, dont l'objectif est d'amener chaque participant à modifier ses habitudes de vie afin de mieux maîtriser son poids et d'améliorer son état de santé général.

L'approche est globale et repose sur les interventions d'une équipe multidisciplinaire. Chaque semaine, dans le cadre du programme, un éducateur physique animait des séances d'exercices d'une heure, et une nutritionniste donnait des ateliers de 30 minutes sur la façon de s'alimenter à la fois sainement et à peu de frais. Hélène Minville, infirmière, assurait le suivi global et personnalisé des patients, surveillant les caractéristiques physiques de chacun (poids, T.A., tour de taille), les soutenant moralement et les conseillant tout au long de leur démarche en vue d'améliorer leur condition physique. Avant de commencer le programme, chaque participant avait été invité à se fixer des objectifs (par exemple, perdre 10 kilos et raffermir ses muscles).

L'approche, qui vise l'auto-prise en charge, a porté ses fruits. En effet, l'évaluation de cette première expérience par Hélène Minville s'avère très positive : les cinq participants ont perdu du poids et ont retrouvé une meilleure forme physique, sans suspendre la médication. D'ailleurs, ils se sont dits satisfaits du programme, et quatre d'entre eux continuent d'être suivis par l'infirmière, la rencontrant une ou deux fois par mois, afin de poursuivre leur démarche. Certains ont atteint les objectifs qu'ils s'étaient donnés et d'autres sont en voie de le faire.

En plus d'être bénéfique pour les patients eux-mêmes, le programme peut contribuer à réduire les coûts du système de santé en faisant diminuer les consultations, les hospitalisations et les traitements occasionnés notamment par les maladies cardio-vasculaires et le diabète. De plus, comme le souligne Hélène Minville, la formule de groupe est avantageuse : simple, efficace et économique, elle ne requiert pas de matériel sophistiqué ! L'infirmière souhaite maintenant faire connaître et reconnaître le programme par les compagnies pharmaceutiques et les psychiatres, pour qu'ils en fassent la promotion auprès de leur clientèle.

Par ailleurs, ce programme pourrait facilement être adapté à d'autres groupes cibles. L'idée est d'autant plus intéressante, soutient l'instigatrice du projet, que l'obésité et le diabète de type II sont de plus en plus répandus, au point où l'on parle d'une « épidémie de diabésité ». Nutri-forme pourrait donc être offert dans différentes localités et profiter non seulement à diverses clientèles d'adultes, mais aussi aux enfants et adolescents souffrant d'embonpoint.

### Des résultats encourageants

Au terme du programme (soit juin 2002) :

- Les cinq participants ont perdu du poids (entre 1,4 et 8,4 kg), voyant ainsi leur tour de taille diminuer et leur indice de masse corporelle (IMC) se rapprocher du taux santé.
- Deux d'entre eux ont fait passer de « élevé » à « modéré » le niveau de risque de développer une maladie cardio-vasculaire. La tension artérielle d'un de ces participants a chuté de 140/90 à 120/85.
- Quatre participants sur cinq se sont montrés motivés à s'engager sur une base régulière dans un processus de suivi individualisé, d'une part pour maintenir leur poids ou continuer de maigrir, d'autre part pour profiter d'un enseignement et d'un soutien personnalisé qui les aident à maintenir leur forme physique et une saine alimentation.



## Pour enfants et ados diabétiques seulement

On remarque chez de nombreux enfants et adolescents diabétiques, de même que chez leurs parents, un niveau élevé d'anxiété. Convaincue que les jeunes diabétiques et leur famille gagneraient à être mieux encadrés, Ginette Renaud, de la Clinique de pédiatrie du CHVO – Hôpital de Gatineau, a dirigé l'implantation d'une clinique de diabète pédiatrique à leur intention. Aujourd'hui, elle assure la bonne marche de cette clinique, où 59 patients sont actuellement suivis.

L'équipe interdisciplinaire de la clinique (infirmière, nutritionniste, travailleuse sociale et médecin) mise sur deux moyens pour développer l'autonomie et la confiance des jeunes diabétiques dans la gestion de leur maladie : un enseignement individualisé, favorisant l'acquisition de connaissances et d'habiletés, jumelé à un suivi et à un continuum de soins et de services sécurisants.

Dès l'admission de l'enfant ou de l'adolescent à la clinique, l'équipe établit en partenariat avec la famille un programme d'enseignement structuré qui respecte le rythme de chacun. Pour faciliter les apprentissages, l'équipe remet à tous les parents une pochette individualisée regroupant de l'information sur la maladie et sur l'état de santé de leur enfant ; en outre, avec le Club des jeunes diabétiques de l'Outaouais, elle a conçu un jeu éducatif appelé *Mémo diabète plus*.

La clinique de diabète pédiatrique offre aussi un suivi qui se veut rassurant dès l'admission du patient ; ainsi, c'est toujours la même infirmière qui communique avec la famille. Puis, rapidement, le jeune diabétique est vu par les professionnels de l'équipe interdisciplinaire, selon les priorités établies. Par la suite, le patient et ses proches peuvent téléphoner à l'infirmière de la clinique tous les jours ouvrables pour quelque renseignement que ce soit. Ils peuvent même obtenir un rendez-vous d'urgence (dans les 48 h) avec elle ou avec le médecin. En somme, ils bénéficient d'un accès facilité auprès des intervenants.

Pour que le patient et ses parents se sentent soutenus de manière cohérente et globale, la clinique leur assure un continuum de soins et de services, grâce à la formation donnée aux infirmières en pédiatrie du CHVO – Hôpital de Gatineau et à leurs consœurs des CLSC qui œuvrent en milieu scolaire. En outre, elle maintient des liens avec les ressources communautaires régionales, comme le Club des jeunes diabétiques de l'Outaouais et les camps d'été pour enfants et adolescents diabétiques.

Jusqu'ici, le programme a donné de très bons résultats. Des neuf enfants et adolescents diagnostiqués en 2002 et suivis à la clinique à partir de l'évaluation initiale faite par



Ginette Renaud, responsable de la Clinique, répond aux questions d'une jeune adolescente diabétique.

l'infirmière, aucun n'a été hospitalisé au cours des trois mois suivant le premier épisode de soins. Les patients et leurs parents se sont montrés satisfaits des services reçus, tout comme les infirmières en pédiatrie et en santé scolaire formées par la clinique se sont dites heureuses des compétences acquises.

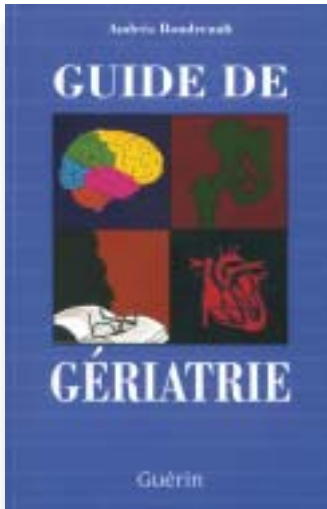
Ces résultats positifs prouvent que des soins spécialisés peuvent être dispensés en dehors des grands centres hospitaliers universitaires, souligne l'instigatrice du projet. Ils permettent aussi d'envisager l'adaptation de la formule à d'autres clientèles : toujours selon Ginette Renaud, « il suffit de laisser les infirmières exercer leur leadership au sein des équipes de professionnels de la santé et auprès des ressources communautaires ! »

### Les avantages de l'approche

- Une réelle implication du patient et de ses parents dans la démarche d'apprentissage.
- L'uniformisation et l'amélioration des soins et services offerts en milieu communautaire et scolaire.
- L'assurance d'un suivi précoce et interdisciplinaire qui permet de réagir rapidement.
- Un meilleur contrôle de la maladie par les patients, ce qui favorise le renforcement de leur autonomie et de leur confiance.



## Mieux se comprendre pour mieux soigner



**A**u sein d'une équipe multidisciplinaire, chacun utilise souvent une terminologie propre à sa profession; aussi, dans le cours des activités journalières, les intervenants sont-ils confrontés à l'utilisation d'un vocabulaire qui ne leur est pas nécessairement familier. La communication entre les membres de l'équipe risque d'en souffrir et l'efficacité des interventions, de s'en trouver diminuée. C'est ce qui a poussé

Andréa Boudreault, infirmière clinicienne à l'Unité de courte durée gériatrique (UCDG) du Carrefour de santé de Jonquière, à concevoir un ouvrage de référence mettant l'accent sur le vocabulaire associé aux grandes problématiques de la gériatrie.

Il faut dire que les infirmières de l'UCDG, qui travaillent en étroite collaboration avec des médecins, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes et d'autres spécialistes, et déplorent de ne pas toujours comprendre le langage spécialisé de ces divers intervenants, avaient elles-mêmes suggéré à Andréa Boudreault de concevoir un guide pratique à leur intention. Désireuse de partager ses connaissances avec ses consœurs et convaincue que la terminologie a des répercussions sur la façon dont sont dispensés les soins et qu'elle se doit d'être bien comprise, l'infirmière clinicienne s'est attelée à la tâche: en 2003, après cinq ans de recherche et de rédaction, elle publiait un *Guide de gériatrie*. Dorénavant, elle n'aura plus à donner verbalement cette information avant chaque réunion de l'équipe multidisciplinaire.

L'ouvrage aborde les problèmes les plus courants en gériatrie, tout en définissant les termes qui leur sont reliés. Le premier chapitre du guide traite de notions générales telles que le cerveau, la cognition, l'accident vasculaire cérébral et la mémoire. Les deuxième, troisième et quatrième chapitres se penchent respectivement sur les pathologies qui affectent la cognition et produisent les démences, celles qui perturbent l'accomplissement des activités de la vie quotidienne et domestique ainsi que les troubles de la communication. Le guide est parsemé d'observations et de conseils, destinés expressément aux infirmières, qui éclairent divers aspects de ces dysfonctionnements. Enfin, la cinquième

partie de l'ouvrage porte sur les évaluations et les tests courants auxquels sont soumis les patients en gériatrie. Des schémas colorés, des tableaux clairs, un index et une table des matières détaillée complètent l'ouvrage tout en le rendant agréable et facile à consulter.

Mieux saisir la terminologie utilisée par les intervenants des autres disciplines favorise une meilleure dynamique, en plus d'être valorisant pour chaque membre de l'équipe. Tirant profit d'une meilleure compréhension des problèmes, les infirmières acquièrent une plus grande autonomie dans l'analyse des pathologies comme dans la recherche de solutions et interviennent de façon plus judicieuse auprès de leurs patients. En ce sens, l'ouvrage contribuera sans doute à rehausser la qualité des soins infirmiers à l'UCDG du Carrefour de santé de Jonquière, tout comme ailleurs.

Le *Guide de gériatrie* a d'ailleurs reçu un bon accueil de la part des infirmières de différents milieux et même des autres professionnels de la santé, dont les médecins. Nul doute qu'il deviendra populaire dans plusieurs établissements au cours des prochains mois.

BOUDREULT, ANDRÉA. *Guide de gériatrie*, Montréal, Guérin éditeur, 2003, 170 p.