

Concours Innovation clinique 3M 2004

La vitrine de l'accomplissement professionnel des infirmières

SYNTHÈSE RÉALISÉE PAR LAURETTE THERRIEN



De g. à dr. : Lyne Tremblay, Liette St-Cyr, Francine Benoit, Marthe Plourde, Isabelle Reeves, Chantal Doddridge et Angèle Bergevin

Projet gagnant – *L'effet combiné de l'Acticoat* et du VAC® sur la guérison des plaies*

Coordonnatrices – Isabelle Reeves et Marthe Plourde, Hôpital Charles LeMoine

Région – Montérégie

Voir l'article page 10

Si chaque année apporte son lot de nouveautés technologiques, pharmaceutiques et médicales, l'inventivité des infirmières fait souvent la différence quand vient le temps d'en maximiser les bienfaits sur la santé des différentes clientèles. Qu'elles concernent l'amélioration des soins, leur accessibilité ou l'organisation et l'éducation, les réalisations des finalistes du concours Innovation clinique illustrent à merveille les résultats tangibles de cette créativité. En lisant les pages qui suivent, vous prendrez la vraie mesure des motivations et de l'engagement de vos collègues qui consacrent temps et énergie à innover pour mieux soigner.

* une marque déposée de Smith & Nephew

Saguenay-Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec

Implantation et fonctionnement de la Clinique de traitement de la douleur au Centre Maria-Chapdelaine

Carole Tremblay, inf.

Centre Maria-Chapdelaine, Dolbeau-Mistassini

Chaudière-Appalaches

Clinique de plaies complexes (CPC)

Danielle Gilbert, inf., B.Sc., stomothérapeute

CHA – Hôtel-Dieu de Lévis



Le Centre Maria-Chapdelaine, à Dolbeau-Mistassini, abrite la clinique régionale.

Le site de la douleur chronique

Avant 2003, au Saguenay-Lac-Saint-Jean, les personnes souffrant de douleur chronique – et souvent aiguë – ne savaient trop à quelle porte frapper pour trouver de l'aide. En l'absence de services spécialisés, certains patients se présentaient aux services d'urgence, d'autres étaient hospitalisés, jusqu'à ce que le Centre Maria-Chapdelaine de Dolbeau-Mistassini concrétise son projet d'implantation d'une clinique régionale spécialisée dans le traitement de la douleur. C'est Carole Tremblay, infirmière, qui a reçu le mandat de mener à bien ce dossier et de faire la promotion de la nouvelle clinique. Ce défi a exigé d'elle l'acquisition de connaissances plus pointues liées à cette problématique complexe et trop souvent négligée.

Déterminée à faire de la nouvelle clinique un succès et une référence en matière de traitement de la douleur chronique ou aiguë, l'infirmière participe à des colloques, consulte d'autres professionnels de la santé, effectue de nombreuses recherches et joint les rangs de la Société québécoise de la douleur. Elle s'attaque ensuite à la gestion documentaire, publicitaire et promotionnelle du projet: dossiers clients, suivi de la clientèle, cueillette des données, relance téléphonique, protocoles pharmacologiques, plans pour l'organisation physique des locaux, implantation de l'équipe, cartes professionnelles et dépliants promotionnels distribués dans des endroits stratégiques, protocoles d'entente avec d'autres instances, communications avec les médias: autant d'actions visant à faire connaître l'existence de la nouvelle clinique et à assurer son fonctionnement. M^{me} Tremblay établit ensuite des liens utiles avec la Régie régionale de la santé et des services sociaux et présente le projet à tous les organismes susceptibles d'y contribuer financièrement. Elle voit même à la rédaction d'un manuel où sont exposées les procédures et politiques de fonctionnement de la clinique et d'un programme d'enseignement

Mauricie-Centre-du-Québec

Pratique infirmière novatrice à l'unité satellite de dialyse par télé-médecine de Drummondville

Lorraine Traversy, inf., infirmière-chef – soins intensifs et hémodialyse

Lise Morel, inf., infirmière bachelière

Hôpital Sainte-Croix, Drummondville

Abitibi-Témiscamingue

Programme d'accessibilité au dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)

Marina Larue, inf., B.Sc.inf., responsable des soins infirmiers et adjointe au directeur général

Manon Faber, inf., B.Sc., services à la jeunesse

CLSC Le partage des eaux, Rouyn-Noranda

qui permettra d'exporter ce savoir et de faire profiter d'autres communautés de l'expertise et de l'expérience acquises.

Aujourd'hui, l'équipe multidisciplinaire de la clinique de traitement de la douleur dispense, en mode ambulatoire, des soins qui répondent aux besoins spécifiques de sa clientèle, tout en lui permettant de participer activement à l'amélioration de son état de santé. Outre Carole Tremblay qui, en sa qualité d'infirmière, s'occupe de l'évaluation sommaire des patients, des traitements et du suivi auprès des autres professionnels de la santé, la clinique compte deux anesthésiologistes, un kinésologue et une secrétaire auxquels peuvent s'adjoindre au besoin un travailleur social, un psychologue, un pharmacien, un physiothérapeute et un organisateur communautaire.

L'analyse des résultats de la première année d'opération a permis de déterminer que la clinique peut servir une clientèle de plus de 7 000 personnes provenant des quatre coins de la région. En 2003, le personnel de la clinique a traité 334 clients et effectué 390 relances téléphoniques, ce qui a réduit considérablement les listes d'attente dans les autres cliniques spécialisées et établissements de santé. La proximité du service a également entraîné une diminution des coûts associés aux consultations hors région. Si l'on se fie à l'achalandage croissant et à la multiplication des demandes de consultation de la part d'omnipraticiens et de spécialistes de la région, la clinique de traitement de la douleur représente un atout appréciable pour le mieux-être de la population locale et régionale, et un sujet de fierté pour Carole Tremblay et ses collègues.

Ont aussi collaboré à ce projet: Noëlla Boivin, directrice des Services ambulatoires et spécialisés et responsable des soins infirmiers; Claudine Bouchard, coordonnatrice des Services opératoires – stérilisation et services de soutien; D^{re} Myriam Paul et D^r Fritz Pierre, anesthésiologistes. Merci à la Régie régionale de la santé et des services sociaux.

Une clinique d'experts pour plaies complexes



**Danielle Gilbert
à la clinique de
plaies complexes.**

L'Unité de médecine de jour de l'Hôtel-Dieu de Lévis héberge, depuis 2002, une clinique spécialisée dans le traitement des plaies complexes : ulcères du pied diabétique, veineux et artériels, plaies chirurgicales, de lit, néoplasiques, nécrotiques, infectées et traumatiques. Un service de consultation à l'interne est également offert pour les clients hospitalisés, quel que soit le type de plaie.

Danielle Gilbert, infirmière stomothérapeute qui a participé à l'implantation de la clinique, est entourée de quatre médecins ayant chacun une formation spécialisée (médecine hyperbare, soins de plaies avancés, médecine de plongée et médecine d'urgence).

Le premier critère pour une consultation à la clinique étant la chronicité de la plaie, l'équipe procède à une évaluation globale du client dès sa première visite. Une fois ses besoins établis, des soins conventionnels sont donnés : application d'hydrogels, de mousses ou débridement. Dans les cas où ces méthodes ne conviennent pas, l'équipe peut recourir à des traitements plus perfectionnés, dont la cicatrisation par pression négative, les greffes exogènes et l'oxygénothérapie hyperbare, tous offerts en mode ambulatoire. Au besoin, elle fait appel à d'autres spécialistes : dermatologue, chirurgien vasculaire, infirmière clinicienne, orthésiste, diététiste ou ergothérapeute.

En sa qualité de consultante, Danielle Gilbert doit analyser les nouvelles demandes de consultation et planifier la première rencontre avec le client. Elle procède à l'évaluation complète de la plaie et recueille les données significatives : pouls pédieux et tibiaux, indice tibio-brachial et sensibilité au monofilament. Elle applique ensuite le traitement recommandé par le médecin, donne les soins au malade et coordonne les rendez-vous ultérieurs. Cependant, son rôle

ne s'arrête pas là : elle agit aussi comme éducatrice auprès des clients en vue de leur autoprise en charge.

Pour les soins à domicile entre les visites à la clinique, Danielle Gilbert travaille en collaboration avec les CLSC de la région. L'équipe a d'ailleurs conçu un formulaire d'évaluation et de suivi des plaies pour appuyer cette coopération. Les recommandations sont acheminées au CLSC par télécopieur après chaque visite. Dans les unités de soins où elle assure le suivi des clients en compagnie de l'équipe médicale de la clinique, l'infirmière agit à titre de consultante et de formatrice auprès du personnel infirmier et des autres professionnels en matière de soin des plaies.

Depuis sa mise sur pied, la clinique a permis à de nombreux clients de bénéficier de ses services spécialisés, que ce soit pour le diagnostic, le choix du traitement ou la prise en charge globale du traitement des plaies. En 2003, 320 usagers y ont effectué un total de 1 484 visites. Le taux de guérison s'élève à 90 %, et parmi les 10 % restants, on note une diminution du nombre et de la dimension des plaies. Parmi les clients souffrant d'un ulcère artériel, diabétique ou d'un mal perforant plantaire, plusieurs ont évité l'amputation grâce au traitement hyperbare, aux soins reçus et au respect des consignes d'usage. Devant le taux de satisfaction élevé et l'accroissement rapide de leur clientèle, les responsables de la clinique songent aujourd'hui à en faire un lieu de formation pour des équipes d'élite dans le traitement des plaies aiguës et chroniques.

Ont aussi collaboré à ce projet : Ginette Genest, coordonnatrice de clientèle – secteur ambulatoire ; François Paquet, M.D., responsable médical de la CPC ; France Collin, clinicienne en gériatrie ; Irène Bélanger, diététiste ; Paule L'Espérance, ergothérapeute.

Résultats du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003

Type de consultation	Nbre de clients	Nbre de visites
Évaluation du pied diabétique	11	13
Plaies diabétiques	208	1271
Mal perforant plantaire	8	10
Plaies chirurgicales	3	3
Plaies infectées	4	7
Ulcères artériels	12	25
Ulcères veineux	21	42
Plaies de lit	42	76
Plaies nécrotiques	3	15
Plaies traumatiques	8	22
Total	320 clients	1 484 visites

Quand l'expertise clinique voyage



Lise Morel utilise le logiciel Hémadialyse.

Au Québec, le vieillissement rapide de la population fait monter en flèche les besoins en dialyse. Bien que la plupart des grands centres hospitaliers offrent des traitements d'hémodialyse, les habitants des régions atteints d'insuffisance rénale doivent effectuer de nombreux déplacements pour assurer leur survie. C'est le cas des Drummondvillois. Dans le but de pallier ce problème d'éloignement et la rareté des néphrologues, la Régie régionale de la santé et des services sociaux optait, en 2001, pour une application novatrice de la télémédecine. Elle autorisait en effet le Centre hospitalier régional de Trois-Rivières (CHRTR) et l'Hôpital Sainte-Croix de Drummondville à procéder à la mise en place d'une unité satellite de dialyse qui offre des services spécialisés en néphrologie. En résolvant la question de l'accessibilité des soins, «l'unité satellite favorise une amélioration de la santé physique et mentale des patients», affirme Lorraine Traversy.

Dès la phase d'implantation de la nouvelle unité, les infirmières ont tenu à uniformiser leurs compétences cliniques en suivant une formation intensive de six semaines au CHRTR: techniques d'hémodialyse, fonctionnement des dialyseurs, contrôle de l'intégrité du processus clinique, technologies de pointe associées à la dialyse à distance (utilisation des ordinateurs, de la télémétrie et des applications spécialisées).

Depuis 2001, neuf infirmières y pratiquent des traitements de dialyse sous supervision médicale à distance et assurent le relais des résultats d'examen et des données cliniques informatisées au néphrologue du centre régional

et au médecin interniste du centre satellite. Lors des échanges à distance entre le néphrologue et le patient, leur expertise infirmière est indispensable pour l'examen, l'auscultation et la vérification de la fistule ou du cathéter. Elles relèvent également les paramètres de dialyse pour les consigner au dossier informatisé grâce à des logiciels de gestion des activités de dialyse. Elles ont d'ailleurs mis à contribution leur savoir-faire et leurs connaissances cliniques tout au long de la période de rodage des équipements spécialisés, participant ainsi à l'amélioration du logiciel Hémadialyse. En plus du personnel infirmier et médical, l'unité satellite compte un interniste, une pharmacienne, une diététiste, une psychologue, une travailleuse sociale et le personnel biomédical. Six jours sur sept, on y traite un total de 35 patients.

Dans un contexte de rareté des ressources, les bienfaits de l'implantation de l'unité satellite en dialyse sont indiscutables. Comme cette technologie permet de réaliser en temps réel l'auscultation du patient, la visualisation d'une plaie et la transmission des analyses de laboratoire, elle a pour effet de maximiser les compétences des spécialistes et du personnel infirmier. En faisant voyager l'expertise clinique à la place des gens, la téléneurologie augmente la qualité de vie des insuffisants rénaux et leur évite, ainsi qu'à leur famille et aux spécialistes, des déplacements coûteux et harassants.

La télémédecine est applicable partout – à condition d'accepter d'investir dans la technologie et le développement de l'expertise infirmière – et pourrait être étendue à d'autres spécialités où les ressources se font rares, en oncologie et en pédiatrie par exemple.

Ont aussi collaboré à ce projet: Daniel Beauchemin, assistant infirmier-chef; les infirmières Suzanne Bernier, Roxanne Brouillard, Caroline Couture, Carole Fleury, Claire Laplante, Lorraine Rhéaume, Lucie Rozon, et les infirmiers André Lemire et René Vincent.

Des bénéfices immédiats

- Déplacements moins fréquents; économie d'environ six heures par semaine
- Amélioration de la santé mentale et physique des patients
- Plus grande autonomie des patients et de leurs proches
- Participation plus active des patients à la gestion de leur maladie
- Meilleures possibilités pour les patients de trouver et de conserver un emploi
- Durée de séjour hospitalier de 4,1 jours en moyenne, en comparaison de 9,7 auparavant
- Réduction des déplacements des néphrologues et des coûts afférents

Faciliter le dépistage des ITSS

Il n'y a pas si longtemps, l'Abitibi-Témiscamingue affichait le plus haut taux de chlamydioses génitales au Québec et il était quasi impossible de dépister les clientèles à risque. Cette constatation et un appel de projet de la Régie régionale visant à améliorer la santé sexuelle de la population ont incité Marina Larue, responsable des soins infirmiers au CLSC Le partage des eaux, et Manon Faber, infirmière aux services à la jeunesse, à mettre sur pied un programme de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), accessible aux jeunes clientèles.

Les infirmières portaient de trois prémisses: 1) la fragmentation des services de santé complique le dépistage des ITSS; 2) la pénurie de médecins ajoute à la difficulté; et 3) les clientèles les plus à risque consultent peu ou pas les services de santé. Destiné avant tout à simplifier l'accès au dépistage, le projet Larue-Faber a d'abord été implanté en milieu scolaire, puis adapté de manière à intégrer les clientèles particulièrement exposées aux ITSS: jeunes décrocheurs, sans-abri, travailleurs du sexe, hommes ayant des relations homosexuelles, toxicomanes, utilisateurs de drogues injectables, etc. Comme elle avait besoin d'outils et de connaissances spécifiques, M^{me} Faber a suivi une formation avancée d'une cinquantaine d'heures donnée par des médecins convaincus du bien-fondé de l'approche qu'elle préconisait. Au terme de cette formation, le programme a été lancé de manière à offrir, dans le milieu de vie même des clientèles ciblées, des services de dépistage adaptés à leur situation: information, examen physique et gynécologique, vaccination contre les hépatites, prélèvements biologiques, collecte de données dans le but d'intervenir de façon préventive auprès des partenaires, accès au programme d'échange de seringues et au service d'aide et d'information sur le sida, suivi adapté et consultation médicale en cas de diagnostic positif ou de contre-indication.

Tout en contribuant à établir un lien de confiance entre le groupe visé et le réseau de la santé et des services sociaux, l'infirmière devait privilégier l'intervention de proximité et l'approche de réduction des méfaits. Pour les tests de dépistage, elle disposait d'une centrifugeuse portative et de sacs réfrigérants destinés à assurer la qualité des prélèvements et du transport des vaccins. Afin de lui simplifier la tâche, certains établissements ont mis à sa disposition des locaux entièrement équipés avec la technologie appropriée, permettant ainsi aux clients de bénéficier, en une seule rencontre avec l'infirmière, de quatre types d'intervention plutôt que d'avoir recours à quatre consultations différentes. Pour sa part, le Centre hospitalier Rouyn-Noranda



Manon Faber en compagnie d'un client.

s'est muni d'un appareil pouvant dépister le chlamydia à partir d'un échantillon d'urine (test PCR).

Devenue experte dans les ITSS, Manon Faber veille à l'organisation d'activités de dépistage de la clientèle en collaboration avec d'autres intervenants: organisateurs communautaires, travailleurs de rue, travailleurs sociaux. Elle participe une fois l'an à une séance d'information et de vaccination dans un parc du centre-ville. Elle a donné des séances d'information à des auxiliaires familiales sur les hépatites et le VIH, et contribué à la formation de plusieurs infirmières du Service intégré de dépistage et de prévention (SIDEPE).

Après trois ans, le programme Larue-Faber a prouvé son efficacité. De 2002 à 2004, 1 875 interventions ont été effectuées auprès de 952 personnes, et le taux de positivité du chlamydia est passé à 8% en moyenne¹, ce qui indique que le programme touche la bonne clientèle. Devant des chiffres aussi encourageants, le *Plan d'action local en santé publique de Rouyn-Noranda* prévoit former une autre infirmière en vue de l'expansion du programme.

1. Selon le Centre québécois de coordination du sida (CQCS), un programme efficace est celui où le taux de positivité est égal ou supérieur à 7%.

Les clés du dépistage et de la prévention des ITSS en région

- Regroupement des services en un seul lieu et accessibles lors d'une même consultation
- Adaptation des services aux besoins des clientèles visées
- Respect des besoins et des habitudes de vie des différentes populations
- Souplesse des horaires et consultations sans rendez-vous
- Mobilité du personnel qui rencontre la clientèle cible dans son milieu de vie

Côte-Nord

Outil d'intégration de l'infirmier(ère) à l'urgence du CHRSI

Luc Bouchard, inf., assistant infirmier-chef
Centre hospitalier régional de Sept-Îles

Laurentides/Lanaudière

Calendrier de soutien à l'allaitement «Sein-phonie en 12 temps»

Élaine Hamelin, inf., infirmière-chef du module Parents-enfant
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Mélanie Gingras, inf., B.Sc., consultante en lactation
Département de santé publique et d'évaluation
ADRLSSSS de Lanaudière

Québec

Philosophie en soins palliatifs

Diane Claveau, inf., M.Sc.inf., infirmière clinicienne
Réseau Québec Nord

Denise Parent, inf., B.Sc.inf., chef d'unité de soins
CHSLD Yvonne-Sylvain

Estrie

*Ouverture transitoire de la barrière hémato-encéphalique (BHE)
pour le traitement des tumeurs cérébrales malignes*

Pierrette Maclure, inf., B.Sc., Service neurochirurgie et orthopédie
Marie Boudrias, inf., Neuro-oncologie

Francine Nadeau, inf., Service neurologie et médecine spécialisée
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Outil d'intégration du personnel à l'urgence



Luc Bouchard
dans la salle de
traumatologie.

Convaincu que l'utilisation judicieuse et coordonnée des ressources humaines est un important facteur d'efficacité et de satisfaction au travail, Luc Bouchard, assistant infirmier-chef à l'urgence du Centre hospitalier régional de Sept-Îles (CHRSI), a conçu un outil de formation et d'intégration des infirmières à l'urgence dans le but de rendre plus uniforme la pratique infirmière de première ligne. Mis en place en 2003, ce programme visait des objectifs précis : préparer les infirmières à offrir des soins de meilleure qualité, leur redonner le goût de travailler en équipe, harmoniser leurs interventions en s'appuyant sur des bases théoriques communes et doter la direction des outils nécessaires à l'évaluation de son personnel.

Pour élaborer son programme, M. Bouchard est parti du principe que les infirmières jouent un rôle pivot dans le système de santé et qu'elles sont en ce sens les mieux placées pour assurer la cohésion des nombreuses interventions que se partagent les membres de l'équipe multidisciplinaire. Il a donc produit un document exhaustif, dans lequel il relève les situations types que peuvent rencontrer chaque jour les infirmières à l'urgence ; il y décrit également les différents soins qu'elles seront appelées à donner, en regard des actes médicaux incombant aux urgentologues et aux autres spécialistes. Tel qu'il a été conçu, cet outil permet aux responsables du CHRSI de structurer l'intégration des infirmières et de leur transmettre les compétences nécessaires à ce tra-

vail, tout en facilitant le partage des connaissances techniques, scientifiques et organisationnelles. Il a également pour but de les aider à évaluer les aptitudes et les acquis liés à l'emploi. En précisant le rôle de chaque membre de l'équipe et en instaurant un climat de complémentarité professionnelle, le programme favorise le travail en interdisciplinarité. Il en résulte une plus grande qualité des soins et une efficacité accrue de l'ensemble du système d'urgence.

L'Outil d'intégration de l'infirmier à l'urgence – Cahier du formateur traite de manière pédagogique des aspects suivants : évaluation du patient, pharmacologie, technologie, cardiologie, pneumologie, voies veineuses et artérielles, traumatologie, techniques de soins, données complémentaires utiles, psychiatrie, procédures et protocoles. On trouve en annexe un cahier servant à l'évaluation des compétences techniques et scientifiques et des connaissances théoriques de l'infirmière chargée des soins d'urgence. Chaque section du document peut donc être employée séparément selon les besoins de chacun, et utilisée comme aide-mémoire.

Depuis le début du projet, le CHRSI note une amélioration du climat de travail à l'urgence, un sentiment accru d'appartenance au sein de l'équipe et une diminution du taux d'absentéisme. L'effet positif du programme se fait également sentir sur l'efficacité globale des soins et sur la santé de la clientèle.

Bien que la majorité des centres hospitaliers prévoient un plan d'initiation des nouvelles recrues aux services d'urgence, rares sont ceux qui disposent d'un outil de formation et d'évaluation précisant les qualités à développer et les connaissances à acquérir. En l'adaptant aux réalités propres à d'autres centres hospitaliers et en y apportant les modifications ou les ajouts qui s'imposent, ce programme pourrait certainement faciliter l'harmonisation des équipes en place dans d'autres unités de soins d'urgence au Québec.

Sein-phonie : l'allaitement maternel sans fausse note



De g. à dr. : Lyne Périgny, Annie Gunner, Éline Hamelin et Mélanie Gingras

Si les initiatives pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel ne donnent pas toujours les résultats escomptés, en voici une dont les retombées ne se sont pas fait attendre. S'inscrivant dans un continuum d'activités de promotion de la santé, «Sein-phonie en 12 temps», un calendrier de soutien à l'allaitement conçu par Éline Hamelin, infirmière-chef du module Parents-enfant au Centre hospitalier régional de Lanaudière, et Mélanie Gingras, infirmière et consultante en lactation au Département de santé publique et d'évaluation de l'ADRLSSSS de Lanaudière, a contribué à faire grimper de 10 % en un an le taux d'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital.

L'état de santé de la population de Lanaudière est tributaire de nombreux facteurs, dont une situation socio-économique précaire, un taux de tabagisme élevé, un faible taux d'allaitement maternel, sans oublier une réalité culturelle propre à la communauté attikamek de Manawan. Dans la foulée des tables de concertation qui ont réuni les partenaires des deux sous-régions de Lanaudière (Nord et Sud), les infirmières du Comité périnatalité des centres hospitaliers et des CLSC ont décidé d'instaurer des mesures pour inciter les mères à nourrir leur nouveau-né au sein : contact peau à peau à la naissance, cohabitation 24 heures, programme d'enseignement structuré et soutien lors de l'initiation à l'allaitement. Ces actions concrètes s'ajoutent à la visite postnatale offerte par les CLSC et à l'assistance des mairaines d'allaitement.

C'est donc pour intervenir en aval de ces mesures que le projet de calendrier a été entrepris. Cet outil original, produit avec la collaboration de 24 familles de la région, était le complément indispensable pour réduire l'abandon précoce de l'allaitement maternel et en augmenter la durée.

S'inspirant des albums souvenirs qui permettent de suivre l'évolution du bébé, «Sein-phonie en 12 temps» fournit aux nouvelles mamans toute l'information pertinente sur l'allaitement au sein pendant la première année du nourrisson. Le calendrier contient des capsules d'information, des mots d'encouragement, des questionnaires, des conseils pour aider les parents à intervenir de façon appropriée et à se faire confiance. Ils y trouvent une foule de réponses aux questions qu'ils se posent au jour le jour. Par exemple: «Est-il normal que mon bébé s'endorme au sein après deux minutes?» ou «L'allaitement maternel peut-il contribuer à prévenir une nouvelle grossesse?» Les conceptrices ont même prévu de l'espace pour y inscrire les dates de vaccination et les noms, adresses et numéros de téléphone des ressources régionales. Tout en encourageant la poursuite de l'allaitement au sein amorcé à l'hôpital, cet outil d'enseignement continu a été conçu de manière à être personnalisé: les parents peuvent y relater des anecdotes ou des événements marquants de la première année de leur bébé.

Grâce à l'appui de l'ADRLSSSS, «Sein-phonie en 12 temps» est distribué gratuitement par les CH Pierre-Le Gardeur et de Lanaudière à toutes les mères ayant donné naissance à un enfant dans la région de Lanaudière. Quant aux clientes qui accouchent dans des établissements hors territoire, elles se voient remettre le calendrier par les infirmières des six CLSC partenaires, au moment de leur visite à domicile.

Comme des membres de l'équipe l'ont souligné, «la réalisation du calendrier est un résultat concret dans l'avancement de ce dossier» et devrait contribuer à augmenter la période de l'allaitement. En passant de 59 % à 70 % en l'espace d'une année, le taux d'allaitement maternel dans Lanaudière a permis de franchir un grand pas vers l'atteinte des objectifs régionaux en matière de santé publique. Et l'aventure se poursuit.

Ont aussi collaboré à ce projet: Lyne Périgny, conseillère clinicienne – secteurs Périnatalité et Pédiatrie et Annie Gunner, infirmière bachelière en périnatalité du Centre hospitalier Pierre-Le Gardeur; Hélène Brien, chef d'administration des programmes Santé parentale et infantile et des services de santé courants au CLSC Joliette.

Taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital

Année	Lanaudière Nord	Lanaudière Sud	Lanaudière ¹
2001-2002	57,8%	68,6% ²	59,0%
2002-2003	68,8%	71,0%	70,0%

1. Taux d'allaitement cumulatif des deux centres hospitaliers de la région de Lanaudière: nombre de mères qui allaitent à la sortie / nombre de naissances.

2. Ces données ont été recueillies sur les six dernières périodes de l'année 2001-2002.

L'humanisation des derniers moments



Diane Claveau au chevet d'une cliente.

« Je sais maintenant quoi dire, quoi faire et comment être auprès d'une famille, c'est si facile lorsqu'on sait ». Ainsi s'exprime une infirmière du Réseau Québec Nord, dans la région de Québec, qui applique, depuis sa mise sur pied en 2003, le programme de formation continue en soins palliatifs élaboré par Diane Claveau et Denise Parent, deux collègues infirmières.

Conscientes que l'imminence de la mort peut causer un malaise persistant chez les intervenants qui côtoient des personnes en fin de vie, M^{mes} Claveau et Parent ont cherché des solutions pour aider le personnel et les bénévoles, sans oublier les résidents des CHSLD et leurs familles, à traverser de façon plus sereine les deuils successifs qu'ils ont à vivre.

Leur recherche, basée sur les expériences des intervenants, le vécu des clients et les souvenirs des proches, a mené à la création de trois nouveaux outils en soins palliatifs, fondés sur une philosophie d'humanisation des derniers moments des personnes en fin de vie: 1) un document d'auto-apprentissage, 2) un cahier d'accompagnement et 3) une pensée souvenir.

Destiné uniquement au personnel soignant, le document d'auto-apprentissage est constitué de capsules de formation de 30 minutes, qui ont pour but d'enrichir graduellement le « savoir-faire », le « savoir-dire » et le « savoir-être » des soignants de proximité. Leurs concepteurs, issus de plusieurs disciplines, en exposent les grandes lignes au personnel de jour et animent la discussion, tandis que les assistantes infirmières-chefs le font au cours de rencontres avec les équipes de nuit. Cette approche interactive donne toujours lieu à des échanges fructueux.

Le cahier d'accompagnement (où figure une photo du résident) contribue à créer un lien plus étroit entre la famille, le personnel soignant et les bénévoles. Tous sont

incités à s'en servir pour y noter l'évolution de l'état du patient, ses attentes, ses déceptions et même ses bons mots. Certains y décrivent leurs sentiments, des moments touchants, un geste, des émotions qu'ils n'oseraient exprimer autrement. Pour les bénévoles et le personnel de nuit qui rencontrent rarement la famille, ce cahier est souvent le seul moyen de communiquer leurs impressions. Les proches s'en servent aussi pour poser des questions, faire des commentaires ou adresser des remerciements. Quand survient la fin, le cahier leur est remis en souvenir, et la plupart se disent profondément touchés par ce témoignage. « C'est un cadeau qu'on leur offre », remarque Diane Claveau.

Le dernier outil, une carte plastifiée insérée dans le document d'auto-apprentissage, est axé sur le deuil comme tel et consiste en une pensée apaisante à l'intention des intervenants qui désirent se recueillir au chevet d'un être qui a fait partie de leur vie des mois, voire des années durant. « Il n'est pas rare, dit Denise Parent, de voir à la fois des employés et des proches réunis autour du défunt afin de méditer ensemble cette pensée en guise de dernier hommage. »

Depuis son entrée en vigueur, le programme de formation continue a eu une portée remarquable dans certains CHSLD du Réseau Québec Nord et il a largement contribué à faciliter la communication à tous les niveaux. Les relations interpersonnelles ont gagné en humanité, elles sont devenues plus harmonieuses et empreintes d'un grand respect. « Lorsque la médecine ne peut faire plus, un sourire, un toucher, un ami sont les meilleures prescriptions », conclut Diane Claveau.

Ont aussi collaboré à ce projet: les clientèles en fin de vie; les bénévoles en soins palliatifs; les familles endeuillées; tous les membres du personnel du Réseau Québec Nord travaillant en CHSLD, plus précisément dans les centres Saint-Augustin, Yvonne-Sylvain, du Fargy, Maizerets et Villa Alphonse-Bonenfant.

Quelques capsules de formation données jusqu'à maintenant

- Qualités et aptitudes facilitant l'accompagnement des mourants
- Notions en relation d'aide
- Besoins biologiques de la personne mourante
- Prendre soin des soignants
- L'approche spirituelle en soins palliatifs
- Les étapes du deuil
- Le toucher thérapeutique en soins palliatifs
- La place de la physiothérapie en soins palliatifs
- Signification symbolique de l'alimentation et impact sur la famille

Espoir pour les patients, défi pour les infirmières



De g. à dr. : Lynda Skelling, Marie Boudrias, Suzanne Smith, Pierrette Maclure, Francine Nadeau et Guylaine Cloutier

Lorsqu'un établissement de santé implante une technologie ou un traitement d'avant-garde, les infirmières se renseignent sur les formations disponibles afin d'actualiser rapidement leur pratique. Lorsque ces outils n'existent pas, elles les inventent. Et tout le monde en profite, les patients comme les professionnels de la santé. C'est ce qu'ont fait Pierrette Maclure, Marie Boudrias et Francine Nadeau, infirmières au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), lorsque le Dr David Fortin, neuro-oncologue et neurochirurgien, a inclus dans sa pratique un traitement expérimental des tumeurs cérébrales malignes : l'ouverture transitoire de la barrière hémato-encéphalique (BHE).

Très complexe, cette augmentation de la perméabilité de la BHE permet d'acheminer les produits de la chimiothérapie intra-artérielle de façon optimale vers la tumeur cérébrale. Il s'ensuit une diminution des effets secondaires et une amélioration de l'état émotionnel et de la fonction cognitive des patients. À l'heure actuelle, ce traitement de pointe est disponible dans seulement sept établissements à travers le monde. Au Canada, le CHUS – Hôpital Fleurimont est le seul à l'offrir.

À l'unité de neurochirurgie du CHUS, l'initiative des infirmières spécialisées a été déterminante, car la bonne marche du traitement repose en grande partie sur leur savoir-faire. Comme cette approche expérimentale exigeait de nouvelles habiletés de la part du personnel infirmier, M^{mes} Maclure, Boudrias et Nadeau se sont attelées à la création d'un outil spécifique : un tableau schématique explicite chaque étape, du prétraitement au congé du patient. Cet outil informatif et pédagogique facilite le suivi des protocoles et des soins, en détaillant les aspects théoriques et

pratiques de la méthode qui fait appel à de nombreux spécialistes (neurochirurgien, angiographes, anesthésistes, radiologistes, pharmaciens en oncologie, etc.). Bien qu'il puisse être utile autant aux professionnels de la santé qu'aux patients et à leurs proches, le tableau sert avant tout à la formation du personnel infirmier.

En plus de jouer un rôle de soutien auprès des patients et de leur famille, l'infirmière en neuro-oncologie assure un suivi systématique des soins et des traitements. Elle doit planifier et coordonner tous les examens inhérents à l'ouverture transitoire de la BHE, et assurer la relance régulière des patients. Vu la grande complexité du processus, le tableau schématique est pour elle un outil pratiquement indispensable.

Dans le domaine des soins infirmiers, la formation continue est souhaitable à tous les niveaux, car sans une constante mise à jour des connaissances, il pourrait se produire un décalage entre les avancées de la médecine et le savoir infirmier. Dans le cas de l'ouverture transitoire de la BHE, c'est en bonne partie grâce au leadership et à la créativité du trio d'infirmières du CHUS que le personnel a pu relever le défi de l'innovation. En créant leur tableau schématique, elles ont énormément facilité la compréhension de la logistique du nouveau traitement. Une évaluation de la formation, axée autant sur les aspects pratiques que théoriques, a d'ailleurs permis de constater que les infirmières de l'unité de neurochirurgie et de la salle de réveil ont acquis une plus grande assurance dans la prise en charge de la clientèle recevant le nouveau traitement.

Merci au Dr David Fortin, neuro-oncologue et neurochirurgien, à Suzanne Smith, infirmière-chef, à Ginette Provost, infirmière clinicienne spécialisée et professeure, à Martine Proulx, conseillère clinicienne et à Céline E. Gervais, infirmière responsable du regroupement de chirurgie.

Quelques faits

- L'ouverture de la BHE offre un nouvel espoir de survie, sans occasionner les troubles cognitifs souvent liés à la radiothérapie. Il en découle une meilleure qualité de vie pour les patients et leurs proches.
- Le traitement représente aussi un nouveau défi pour les infirmières qui jouent un rôle vital tout au long du processus.
- La technique, qui en est encore à ses balbutiements, laisse entrevoir de grands progrès dans le traitement des tumeurs malignes.
- Le franchissement de la BHE ouvre de nouvelles avenues pour le traitement des affections neurodégénératives et d'autres maladies comme celle de Parkinson.

Montréal/Laval

Une équipe d'intervention interprofessionnelle auprès des patients atteints d'AVC aigus: pour une prise en charge immédiate, continue et optimale

Dany Fortin, inf., B.Sc.inf., M.A., infirmier-chef

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

Roxanne Cournoyer, inf., M.Sc., infirmière de suivi systématique

Louise-Hélène Lebrun, M.D., neurologue

Unité de neurologie de l'Hôpital Notre-Dame – CHUM

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

Implantation d'un protocole de dépistage de la violence conjugale au CLSC de la Haute-Gaspésie

Linda Leblanc, inf., M.Sc.

Centre de santé de La Haute-Gaspésie, Sainte-Anne-des-Monts

Nicole Ouellet, inf., Ph.D.

professeure UQAR

Outaouais

Programme d'amélioration continue de la qualité de vie des personnes hébergées: pour un équilibre soins-milieu de vie

Monique Gervais, inf., B.Sc.

CLSC-CHSLD de la Petite-Nation (secteur hébergement)



Photo Luc Landre, CHUM

Les locaux de l'UIAA ont été aménagés en fonction de la clientèle ciblée.

AVC aigus: la course contre la montre

Quand survient un accident vasculaire cérébral (AVC), la victime risque des séquelles importantes si rien n'est fait dans les heures qui suivent. Il faut agir vite et faire appel à une équipe d'experts. Depuis l'été 2002, à l'Hôpital Notre-Dame du CHUM, l'Unité d'intervention en AVC aigus (UIAA) est sur un pied d'alerte 24 heures sur 24, sept jours sur sept. Un neurologue spécialisé et trois infirmières – respectivement du suivi systématique de la clientèle, de l'UIAA et de l'unité des essais cliniques – y assurent en permanence les soins spécialisés et le suivi des patients.

L'approche interdisciplinaire et la confiance sont indispensables à la coordination de la démarche. L'expertise confirmée du personnel infirmier l'est tout autant; par exemple, si l'infirmière au triage soupçonne un problème vasculaire cérébral, elle peut immédiatement appliquer le test de Cincinnati afin de déceler de façon précoce s'il s'agit d'un AVC aigu. Aussitôt le diagnostic confirmé, l'équipe d'intervention entreprend sa course contre la montre. Elle dispose d'un délai de trois heures pour procéder à toutes les évaluations et tests appropriés, ainsi qu'à la thrombolyse cérébrale intraveineuse, qui aide à réduire les dommages au cerveau.

Après avoir évalué les déficits neurologiques, l'infirmière de suivi prévient l'UIAA de l'arrivée du patient et avise les différents intervenants des besoins établis. Elle adresse, le cas échéant, des demandes de services en orthophonie, en physiothérapie, en ergothérapie, en diététique et en service social. Elle le fait le plus rapidement possible, car plus vite la réadaptation est amorcée, meilleur est le pronostic de récupération. Elle renseigne le client et sa famille sur le diagnostic, les accompagne tout au long de l'hospitalisation et établit les contacts nécessaires au transfert éventuel du patient dans un milieu de réadaptation adapté à son état.

Lorsqu'il arrive à l'unité d'intervention, le patient est pris en charge par l'équipe spécialisée en maladies vasculaires cérébrales. L'infirmière de l'UIAA procède à son évaluation physique et cognitive, tout en calculant les risques liés à son état. Elle assure la surveillance régulière des signes neurologiques, des signes d'AVC et des paramètres vitaux. Elle évalue ensuite le degré d'autonomie du patient avant l'attaque cérébrale afin de déterminer une approche optimale et réaliste en matière de soins. C'est donc dans un esprit de concertation que l'équipe de l'UIAA travaille à la prévention des complications et à la réadaptation du client.

Le réseau de la santé et des services sociaux a rapidement reconnu l'UIAA comme un centre de référence, et l'unité est vite devenue un centre de formation initiale pour l'ensemble des différents professionnels de la santé. Suscitant un intérêt marqué aux quatre coins du pays, cette approche pourrait aussi bien profiter à d'autres types de clientèles.

Des retombées positives

Pour les patients

- Diminution de la durée totale du séjour de 14 à 11,3 jours; à l'urgence, de 17 à 8,2 heures; aux soins intensifs, de 4,64 à 1,36 jours
- Chute du taux de décès des patients thrombolysés à 9,8%, comparativement à 33% antérieurement
- Retour direct à domicile de 29,4% des patients, par rapport à 11,1% auparavant

Pour le personnel soignant

- Collaboration plus étroite entre le personnel infirmier et les autres professionnels
- Satisfaction au travail accrue en raison de rapports plus égalitaires entre les membres de l'équipe
- Réduction du roulement du personnel en raison de l'enrichissement du rôle professionnel du personnel infirmier

Violence conjugale : protocole et pratique



Photo Jacques Moim, L'imager

Universelle et taboue, la violence conjugale représente un défi pour les intervenants du réseau.

Selon Statistique Canada, les femmes qui vivent de la violence conjugale représentent 18 % des victimes d'infractions avec violence déclarées à la police. Universelle et taboue, la violence conjugale représente un grand défi pour le réseau de la santé et des services sociaux. Grâce à une approche originale de Linda Leblanc, étudiante à la maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Rimouski, le CLSC de La Haute-Gaspésie a pu doter ses intervenants en santé d'un outil efficace, le Protocole de dépistage systématique des femmes victimes de violence conjugale (Rinfret-Raynor *et al.*, 1998), et en évaluer l'impact.

Une première tentative d'implantation du protocole ayant avorté quelques années auparavant, Linda Leblanc a relancé le projet en 2003, en adoptant une approche participative qui mettait à contribution un plus grand nombre d'intervenants du CLSC : infirmières, travailleurs sociaux et psychologues. Plusieurs facteurs expliquent que le dépistage de la violence conjugale soit si difficile : le silence des victimes, la non-spécificité des symptômes qui y sont associés, la persistance des préjugés, de même que le manque de connaissances et l'embarras des intervenants qui n'ont jamais reçu de formation sur le sujet.

S'appuyant sur une démarche de consultation et sur des instruments appropriés, M^{me} Leblanc a d'abord cherché à comprendre les difficultés auxquelles s'étaient butés les intervenants de la première vague, pour ensuite proposer des stratégies de formation basées sur leurs besoins particuliers. Dans le but de modifier certaines perceptions erronées et d'aider ces professionnels à développer des habiletés d'in-

tervention auprès des victimes, elle a ensuite créé un programme de formation ciblé et structuré, grâce auquel les intervenants ont pu intégrer le dépistage à leur pratique en s'aidant d'outils spécialement conçus à cet effet. Durant le premier trimestre de 2003, 19 grilles d'observation ont été remplies, 8 situations de violence ont été détectées et 7 femmes ont été dirigées vers des ressources du milieu (maison d'hébergement et avocat, p. ex.). En comparaison, une seule situation de même nature avait été observée en 2002. Au total, 43 grilles d'observation ont été remplies par les intervenants du CLSC de La Haute-Gaspésie en 2003.

Les infirmières engagées dans ce projet se disent mieux sensibilisées au rôle qu'elles peuvent jouer en matière de dépistage et d'intervention auprès des femmes et des enfants violentés. Elles déclarent que l'initiative de Linda Leblanc a permis d'élargir leur rôle au CLSC et a suscité des changements dans leur pratique comme dans celle d'autres professionnels. L'utilisation du protocole a entraîné d'autres retombées positives, dont une hausse significative de la collaboration interprofessionnelle et du partenariat avec les organismes du milieu communautaire, de même qu'un meilleur suivi des femmes victimes de violence conjugale.

NDLR: Linda Leblanc et Nicole Ouellet sont les auteures de « Dépistage de la violence conjugale: le rôle de l'infirmière », publié dans *Perspective infirmière*, vol. 1, n° 5, mai/juin 2004, p. 39-43.

Des outils exportables

1. Guide d'entrevue pour le groupe de discussion réunissant les intervenants du CLSC
2. Inventaire des besoins de formation sur le problème de la violence conjugale et le protocole de dépistage
3. Diaporama sur les connaissances scientifiques et le dépistage
4. Aide-mémoire incluant la grille d'observation du protocole ainsi que les grandes lignes d'intervention et du scénario de protection
5. Questionnaire de dépistage de la violence conjugale (à l'intention des femmes)
6. Test d'auto-évaluation des connaissances (à l'intention des intervenants)
7. Carte d'information sur les services et ressources disponibles dans la MRC
8. Affiche plastifiée pour la salle d'attente pour informer la population de la pratique du dépistage
9. Histoires de cas servant à faciliter l'intégration des connaissances théoriques à la pratique
10. Questionnaire servant à évaluer la formation

Embellir la vie des résidants



De g. à dr. : Cindy Molloy, Diane Richer, Micheline Valiquette, Monique Gervais, Lise Saint-Denis, Carole Chabot, Diane Dumouchel

Il suffit souvent de peu de choses pour rehausser la qualité de vie des résidants d'un centre d'hébergement. Un exemple : frapper à la porte avant d'entrer. Un geste simple, qui semble aller de soi, mais qu'on oublie parfois, et qui est perçu comme un signe de considération par le patient. Vouvoyer la personne, lui parler sans brusquerie, respecter sa pudeur et sa dignité, voilà quelques-unes des recommandations avancées dans le « Programme d'amélioration continue de la qualité de vie des personnes hébergées », instauré par Monique Gervais, directrice des soins infirmiers (DSI) au CLSC-CHSLD de la Petite-Nation, dans l'Outaouais.

À la lumière des commentaires formulés par des résidants du CHSLD qui répondaient à un questionnaire d'évaluation sur les soins et services reçus, Monique Gervais a élaboré un programme d'amélioration continue échelonné sur trois ans, puis proposé à tout le personnel d'entreprendre une démarche axée sur les demandes exprimées touchant l'intimité, les soins infirmiers et le milieu de vie. L'objectif visé : inciter les employés – préposés aux bénéficiaires, infirmières auxiliaires et infirmières – à prendre conscience de l'importance du savoir-faire et du savoir-être dans toutes les dimensions de leur travail.

Durant le processus, le rôle de l'infirmière est crucial, car c'est à elle qu'il incombe de guider le personnel et d'assurer la continuité de l'approche. Réparties en trois quarts de travail, les équipes ont donc accepté de relever le défi en procédant par étapes : 1) choisir l'une ou l'autre des trois cibles d'intervention retenues ; 2) décider des actions à entreprendre

en fonction des attentes des résidants ; et 3) s'auto-évaluer, c'est-à-dire mesurer les résultats obtenus individuellement et par équipe. Si, de prime abord, cela peut paraître facile, il reste que les modifications à effectuer touchent à la fois l'environnement, le système de valeurs, les habitudes des résidants et des employés, ainsi que toute l'organisation du travail. En matière d'intimité par exemple, les résidants déploraient un certain manque d'égards. Parmi les solutions avancées : établir un contact visuel et verbal avec la personne, fermer la porte au moment de faire sa toilette, expliquer les soins donnés. En ce qui a trait au milieu de vie, il est conseillé d'aménager la chambre au goût de l'occupant de sorte qu'il s'y sente chez lui, de parler moins fort, de faire preuve de discrétion et d'observer les normes de propreté et de sécurité. Quant aux soins infirmiers, les résidants souhaitaient entre autres que le personnel réponde plus vite à leurs appels, qu'il le fasse avec déférence, en respectant leur rythme. Ce ne sont là que quelques-unes des 70 mesures concrètes mises de l'avant depuis le début du projet.

Pour faciliter le suivi, un tableau indiquant les choix des équipes est affiché bien en vue sur les trois étages pendant une période de huit mois, au terme de laquelle l'auto-évaluation sert à déterminer le degré d'application de la démarche. Les équipes passent ensuite à la deuxième étape en répétant le même processus, puis à la troisième.

S'il revient à la DSI de superviser le programme et de vérifier que les interventions du personnel répondent adéquatement aux attentes des résidants, c'est toutefois l'infirmière qui doit exercer son leadership afin d'orienter et de maintenir son équipe sur la bonne voie.

À la fin du programme – prévue à l'automne 2005 – et avant d'entreprendre un nouveau cycle, M^{me} Gervais compte procéder à une nouvelle évaluation de la satisfaction de la clientèle. Il importe en effet de voir à ce que les changements apportés soient constants et durables. Il en va de la qualité de vie des personnes hébergées et de la satisfaction au travail de tout le personnel.

Exemples d'engagement du personnel infirmier

- Donner les soins avec régularité et délicatesse
- Expliquer ses intentions à la personne soignée
- Demander sa collaboration
- Entretenir le goût de toujours mieux la connaître
- Répondre à ses appels dans un délai raisonnable
- Éviter tout geste brusque