

Le projet clinique dans la mire des CII

(suite de la page 5)

PAR COLETTE PILON-BERGMAN, NATALY RAINVILLE,
CLAIRE SAINT-GEORGES ET LAURETTE THERRIEN

Dix illustrations cliniques

SYNTHÈSE DES DIX ATELIERS DU XI^e COLLOQUE DES CII

L'unité mobile d'hémodialyse

Titre: Un projet en réseau :
unité mobile pour
traitements
d'hémodialyse en région

Responsable :

Diane Boisvert,
infirmière-chef de la
dialyse et responsable
du volet soins infirmiers
Centre hospitalier
universitaire de Québec –
Pavillon Hôtel-Dieu

**Grand prix Innovation
clinique 2003**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) constitue un problème de santé croissant dont les conséquences sont nombreuses: la diminution de la qualité de vie de la clientèle, l'engorgement des centres spécialisés, l'augmentation de la charge de travail des équipes de soins n'en sont que quelques-unes. En raison du manque de ressources spécialisées en région, les personnes hémodialysées vivant en dehors des grands centres doivent parcourir de longues distances plusieurs fois la semaine pour recevoir leur traitement.

C'est à partir de ce constat que l'idée d'offrir des services spécialisés en dialyse près du domicile des patients vivant à l'extérieur de Québec a germé en 2000. Grâce à la délocalisation d'une équipe d'infirmières de l'unité d'hémodialyse de l'Hôtel-Dieu de Québec et à la transformation d'un autocar en véritable clinique spécialisée — l'unité mobile (UM) —, les clients des régions de Charlevoix et de Portneuf peuvent désormais recevoir, trois jours par semaine, et à proximité de leur CH respectif, des soins et des services de la même qualité que ceux offerts à Québec. La réalisation du projet repose sur la collaboration interdisciplinaire et la complémentarité interétablissements.

Choisies pour leurs connaissances avancées en néphrologie, les infirmières affectées à l'UM ont participé dès le départ aux décisions concernant l'aménagement de l'UM, l'organisation du travail et l'utilisation des ressources matérielles. Elles ont élaboré des outils d'infor-

mation et des instruments utiles au suivi des patients. Leur professionnalisme et leur habileté à communiquer expliquent en bonne partie la réussite du projet. Aujourd'hui, l'expertise confirmée de ces infirmières leur permet de jouer un rôle de premier plan. En plus de donner des soins spécialisés dans la clinique ambulante, elles coordonnent et effectuent l'ensemble des interventions connexes: anamnèse et évaluation de l'état de santé, application des ordonnances médicales collectives et analyse des résultats biologiques. C'est aussi elles qui trient les problèmes de santé, orientent les patients vers des ressources appropriées et assurent le suivi auprès des familles et des établissements.

Le suivi néphrologique des patients est assuré conjointement avec les néphrologues de l'Hôtel-Dieu de Québec qui, grâce à la télé-médecine, peuvent assister aux interventions et transmettre des instructions en temps réel. Fortes de leur vaste expérience en hémodialyse, les infirmières de l'unité peuvent réagir de manière autonome à toute situation problématique. D'ailleurs, elles mettent périodiquement leurs connaissances à jour en réintégrant le centre de dialyse de l'hôpital toutes les six à huit semaines. Le recours à l'UM a l'avantage supplémentaire de libérer des places d'hémodialyse à l'Hôtel-Dieu. Il s'agit d'une formule facilement applicable à d'autres traitements. De là sans doute le vif intérêt qu'elle suscite ici comme à l'étranger.

En ce qui a trait à son utilisation, il faut noter qu'à ce jour :

- L'unité mobile est opérationnelle six jours par semaine.
- 5 900 hémodialyses ont été effectuées.
- Le taux de satisfaction des patients est de 98 % et leur état de santé n'est pas plus problématique que si le traitement avait eu lieu à l'hôpital.
- Au total, dix infirmières ont été formées pour travailler dans l'UM.
- Le taux d'absentéisme du personnel est très faible, voire inexistant.

En bref, l'initiative de l'Hôtel-Dieu de Québec et l'excellent travail de l'équipe d'infirmières spécialisées en néphrologie ont amélioré la qualité de vie des insuffisants rénaux en réduisant les heures consacrées au transport et la fatigue qui en découle. ●

Ce projet n'aurait pas été possible sans la participation de l'infirmier Claude Amyot et des infirmières suivantes : Hélène Côté, Danielle Dufour, Hélène Duval, Suzanne Giguère et Danielle Villeneuve.

Parlons médication

C'est un secret de polichinelle : les réactions indésirables aux médicaments en général, et aux psychotropes en particulier, seraient responsables de 10 à 20 % des hospitalisations en gériatrie. Que ce soit parce que le traitement n'est pas bien suivi ou parce que la thérapie est inappropriée, les conséquences sur l'autonomie des personnes âgées de 50 ans et plus sont indiscutables. C'est donc pour favoriser l'utilisation optimale des médicaments que la Direction de la santé publique et les quatre CLSC du CSSS de Laval ont uni leurs efforts pour mettre en place deux programmes bien ciblés.

Le programme de promotion de la santé, « Médicament parlant... », et le programme de Soins et services pharmaceutiques du Soutien à domicile (SAD) s'inspirent d'une approche intégrée qui réunit les caractéristiques suivantes : vision populationnelle, services offerts dans le milieu de vie des clients, processus et continuum de soins préétablis, travail centré sur les résultats, participation de tous les partenaires (intervenants, organismes communautaires) et intégration régionale des ressources.

Le premier programme, dont les origines remontent à 1996, en est un d'éducation et de sensibilisation à l'utilisation sécuritaire des médicaments qui s'adresse aux personnes autonomes de 50 ans et plus. Il a pour objectifs d'accroître les connaissances de la clientèle cible, de modifier ses attitudes et ses comportements tout en sollicitant sa participation active au programme. Les thèmes abordés vont des modes d'action et des interactions des médicaments à la préparation de la visite chez le médecin et le pharmacien, en passant par la conservation et le ménage de la pharmacie personnelle; peuvent s'y ajouter des sujets tels que l'insomnie, la constipation, la douleur articulaire et l'automédication qui y est souvent associée.

L'animation de groupes et le cadre communautaire jouent un rôle prépondérant dans la démarche. De 1996 à 1999, le programme a touché 1 397 personnes dont 87 % de femmes, et 73 % des personnes inscrites ont assisté à plus de la moitié des rencontres. La majorité des participants se disent satisfaits et déclarent avoir modifié certains de leurs comportements. Sur le plan organisationnel, le programme a diversifié ses stratégies d'intervention en sensibilisant les médecins et les pharmaciens, en formant des agents multiplicateurs et en élargissant la concertation à de nouveaux partenaires.

Quant au deuxième programme, l'expertise de la pharmacienne y joue un rôle prépondérant. Son action est guidée par des objectifs préventifs et thérapeutiques de nature curative ou palliative. Outre ses interventions directes auprès de la clientèle pour assurer la « continuité des soins pharmaceutiques », la pharmacienne collabore au programme de promotion de la santé, conseille et soutient les intervenants des équipes de soins.

Le programme de Soins et services pharmaceutiques du SAD a été mis sur pied en 2001.

Titre : De la promotion de la santé aux interventions cliniques en soutien à domicile : une approche intégrée visant l'utilisation optimale des médicaments

Responsables :

Gilberte Graveline,
infirmière de liaison et
coordonnatrice des
activités de promotion
et de prévention au
Soutien à domicile

Julie Couture,
pharmacienne
CLSC/CHSLD Sainte-
Rose-de-Laval
CSSS de Laval

Les personnes âgées en perte d'autonomie, inscrites au programme et à risque de présenter des problèmes liés aux médicaments composent la clientèle cible. Toutefois, une priorité est accordée aux personnes atteintes de problèmes cognitifs. Dans certains cas, la Programmation régionale de services intégrés (PRSI) — des protocoles régionaux de suivi systématique de clientèles par problématique (pertes cognitives et en soins palliatifs, p. ex.) — implique l'intervention de la pharmacienne. Mise en place en 1998, la PRSI met l'accent sur les réseaux intégrés de soins et de services.

Parmi les conditions qui favorisent l'approche intégrée, il convient de mentionner l'engagement des décideurs et la concertation des intervenants. Ce type d'approche met aussi en jeu l'expertise de chacun des professionnels dans la poursuite d'un but commun: la prise en charge par les clientèles de l'amélioration de leur état de santé. ●

Mieux évaluer et mieux soulager la douleur

À la suite du virage ambulatoire amorcé dans les années 1990, le personnel infirmier et les autres professionnels de la santé attachés au CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau de La Baie déplorent le manque de coordination entre les établissements fusionnés, car cela compromet l'efficacité de leurs interventions dans le domaine des soins palliatifs. De toute évidence, l'absence de concertation et de continuité dans les soins d'un établissement à l'autre et du domicile à l'établissement cause beaucoup d'insécurité pour la clientèle, et la crédibilité du personnel soignant en souffre.

Devant ce constat, les infirmières souhaitent acquérir les connaissances nécessaires au soulagement efficace de la douleur de leur clientèle, mais la communication entre elles et les médecins se fait difficilement. Débordés, ces derniers prêtent une oreille distraite à leurs propos lorsqu'elles tentent de décrire la

douleur que ressent un client. Elles demandent d'être mieux formées, mais sans les moyens financiers, leur requête demeure lettre morte. Dans ces conditions, l'uniformisation des soins entre le CLSC, le CH et les CHSLD tarde à se concrétiser.

En 1999, un comité composé de médecins, d'infirmières, de travailleuses sociales et d'un pharmacien étudie la situation dans l'espoir d'y apporter des solutions adaptées aux besoins de la clientèle et du personnel soignant. Tous s'entendent pour dire que c'est en uniformisant la pratique que le personnel pourra répondre adéquatement aux besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels de la clientèle en fin de vie. Pour ce faire, il faut notamment former les infirmières au soulagement optimal de la douleur, éviter les séjours à l'urgence des clients en phase palliative, favoriser la continuité des soins en améliorant la communication entre les divers intervenants du réseau et assurer le suivi du deuil auprès de la famille.

Nathalie Guérin prépare alors une maîtrise en sciences infirmières; sa recherche porte sur l'évaluation de la douleur de la clientèle en soins palliatifs. En accord avec la coordonnatrice du service, elle conçoit un outil d'évaluation de la douleur qui lui servira à former ses consœurs infirmières appelées à donner des soins palliatifs. La formation qui leur sera offerte traitera également de médication, de constipation et de délirium.

La démarche de M^{me} Guérin donne lieu à des formations psychosociales relatives à la douleur, d'une durée de deux jours, destinées à tout le personnel infirmier du CH, du CLSC et du CHSLD. Comme aucune aide financière n'a encore été accordée au projet de formation continue, les cours se donnent durant les heures de travail, avec la participation de Palli-Aide, un organisme régional à but non lucratif.

À la suite de cette initiative, le mandat du comité est élargi pour inclure la révision périodique des pratiques et les échanges entre les professionnels qui travaillent en interdisciplinarité se multiplient. Devant l'enthousiasme suscité par la nouvelle formation qui, manifestement, répond aux besoins exprimés par la majorité des intervenants en soins palliatifs, une aide financière est enfin accordée à la formation continue qui devient alors accessible à tout le personnel du réseau intégré. ●

Titre: Uniformisation des pratiques de soins infirmiers pour le soulagement de la douleur en soins palliatifs

Responsable:

Nathalie Guérin,
infirmière en soutien à domicile CH-CHSLD-CLSC Cléophas-Claveau

Ne plus exclure les exclus !

Titre : Programme clinique répondant aux besoins de la personne ayant un trouble mental : l'aventure « sans fin » du développement d'un réseau intégré et individualisé de services

Responsables :

Miriam Hayes,
infirmière, chef de programme

Lorne Croteau,
éducateur spécialisé
CIC de Trois-Rivières
CSSS de l'Énergie

Mathieu, jeune itinérant de 24 ans, se présente un jour à une clinique médicale sans rendez-vous accompagné d'une infirmière du CLSC local. Ses pieds, blessés et enflés, le font souffrir. Tout comme l'infirmière du CLSC, l'omnipraticien de la clinique constate l'état lamentable de Mathieu : psychotique depuis l'âge de 19 ans, utilisateur de drogues injectables, séropositif et porteur du virus de l'hépatite C. De plus, il n'a aucun revenu ni papier d'identité, et il est en liberté surveillée pour vols à l'étalage, fraudes et pour violation des conditions de son ordonnance de probation. Mathieu n'a plus aucun contact avec sa famille. Le médecin et l'infirmière se sentent dépassés par la gravité de la situation de ce jeune homme et décident de faire une demande de services au Centre d'intégration communautaire (CIC) de Trois-Rivières.

Dans les jours, les mois, voire les années qui suivront l'inscription de Mathieu au CIC, divers intervenants mettront tout en œuvre pour le convaincre de se prévaloir des services qui lui sont offerts afin qu'il réussisse à se sortir de sa situation actuelle. Ainsi, il sera conduit dans un premier temps au Centre Le Havre pour y être hébergé provisoirement. Il sera accompagné à tous ses rendez-vous médicaux et examens de laboratoire, ainsi que dans diverses démarches visant à récupérer son identité sociale, à obtenir des prestations d'aide sociale, à lui faire adopter des habitudes d'hygiène, à le sensibiliser à sa maladie men-

tale, à la contagiosité du VIH et de l'hépatite C. Lorsqu'il vivra en appartement, des membres de l'équipe iront le voir deux fois par jour pour lui donner ses médicaments et pour en superviser la prise. D'autres encore l'emmèneront au centre de réadaptation Domrémy et aux rencontres avec son agent de probation, mais jamais sous la contrainte. Plus tard, il recevra de l'aide visant à faciliter sa réintégration sociale, son retour au travail et à lui apprendre à gérer son budget. Trop beau pour être vrai ?

C'est pourtant le genre d'interventions réalisées par l'équipe dirigée par Miriam Hayes et par cinq autres équipes réparties dans la région Mauricie-Centre-du-Québec. Au 31 mars 2004, quelque 400 personnes ayant des troubles mentaux graves étaient inscrites aux services offerts par les CIC. Un réseau régional intégré de soins et services en santé mentale basé dans la collectivité a été établi en concertation avec de multiples intervenants (médecins, éducateurs spécialisés, travailleurs sociaux, infirmières, psychiatre, etc.), diverses instances (hôpitaux, CLSC, police, offices municipaux d'habitation) et des organismes communautaires, dans le but de combler les multiples besoins de ces personnes.

L'aventure « sans fin » du développement d'un réseau intégré et individualisé de services désigne un ensemble d'interventions patientes et empreintes d'humanisme auprès de la personne souffrant de troubles mentaux. Sans fin, puisque l'intégration et le continuum de services et de soins ne sont jamais établis une fois pour toutes : il faut sans cesse déployer des trésors d'imagination pour trouver une façon d'entrer en contact avec des personnes souvent réfractaires à toute intervention médicale ou psychosociale, pour établir et maintenir le nécessaire et fragile lien de confiance, pour garder la communication constante et ouverte. Sans fin aussi, parce que les obstacles sont nombreux, la pénurie d'effectifs médicaux n'étant pas le moindre.

Constatant que plus du tiers de la clientèle présentant des troubles mentaux était aussi affligée de problèmes d'alcoolisme et de toxicomanie, le CIC, en collaboration avec son partenaire Domrémy, a également mis sur pied une formule d'échange d'intervenants applicable deux jours par semaine avec ce centre. Ainsi, le jeune adulte souffrant d'une psychose aggravée par une dépendance à l'alcool et aux

drogues ne risque plus de tomber à travers les mailles trop larges d'un système qui compartimente les champs d'exercice et hésite à soigner un psychotique parce qu'il est aussi alcoolique et dépendant aux drogues. ●

Un réseau qui respire mieux

À l'Institut thoracique de Montréal (ITM), les professionnels de la santé ont du souffle. Dans le sillage de l'implantation d'un réseau intégré de soins et de services pour la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), ils lancent le projet RECAP. Centré sur l'amélioration de la pratique médicale, RECAP préconise l'autogestion et la réadaptation pulmonaires, l'éducation, l'intégration et la cohérence des services de santé affectés à cette maladie sur tout le territoire du CUSM.

Les statistiques sont effarantes : plus de 50 % des personnes atteintes de la MPOC n'ont jamais reçu de diagnostic. Pour accroître le dépistage précoce, RECAP mise beaucoup sur la participation des médecins de famille, qui sont appelés à jouer un rôle de coordonnateur auprès de cette clientèle. Il faut d'abord que ceux-ci adhèrent à la démarche, ce qui en soi représente un réel défi, mais grâce à des corridors de services, de formation et de recherche mis en place à leur intention, le réseau est en mesure de leur offrir davantage d'assistance en matière de dépistage et de diagnostic.

Les objectifs du programme RECAP : augmenter le bien-être physique et psychologique des patients et de leur famille, améliorer leur qualité de vie et optimiser l'utilisation des services de santé sur tout le territoire du CUSM.

Il faut pour cela hausser l'offre de service, promouvoir la continuité des liens entre les intervenants et les personnes atteintes, donner de la formation aux infirmières et aux médecins de famille, assurer la cohérence entre établissements partenaires (44 en 2002 au sein du réseau MPOC de Montréal implanté par l'ADRLSSSS; de ce nombre, dix se trouvent sur

le territoire du CUSM) et développer la continuité informationnelle. Pour appliquer et coordonner ces mesures, six intervenants pivots du réseau MPOC (un par sous-région, le CUSM faisant partie de la sous-région centre-ouest) sont chargés de faire les liens utiles et de veiller à ce que l'information circule de façon fluide et sans rupture entre les différents établissements et professionnels de la santé.

Le projet RECAP s'appuie sur la recherche universitaire. À l'heure actuelle, deux projets de recherche orientent leurs travaux sur l'intégration de la médecine familiale dans le traitement global de la MPOC. Le premier, qui a cours à l'Hôpital Royal Victoria et à l'Hôpital Général de Montréal et sera implanté dans les CLSC d'ici l'automne, consiste en la mise en application de méthodes de dépistage précoce, p. ex., questionnaire de dépistage et spirométrie. Dans cette approche, le médecin de famille exerce une vigilance accrue auprès de sa clientèle et profite pour cela de liens privilégiés avec les services spécialisés en MPOC et en réadaptation pulmonaire du CUSM.

Le second projet de recherche vise à instaurer un plan d'action combiné à une utilisation optimale des médicaments. Par exemple, en donnant aux médecins de famille l'accès à des outils cliniques tel le plan d'action avec auto-prescription, on espère éviter les délais dans le traitement des aggravations de la maladie. Une étude de cohorte est prévue, mais en cette période de compressions, le manque de fonds freine les travaux des chercheurs.

En plus de la formation médicale et infirmière continue, RECAP prévoit le transfert et la mise en commun des pratiques cliniques de qualité supérieure, de même que la production et la diffusion d'outils de référence en MPOC. Il reste beaucoup à faire, mais la clientèle MPOC sur le territoire du CUSM jouit déjà d'une meilleure accessibilité aux services offerts entre les 1^{re}, 2^e et 3^e lignes.

Les professionnels de l'ITM sont convaincus qu'en sensibilisant tous les intervenants en santé à l'importance de la réadaptation pulmonaire, et en développant l'expertise infirmière et médicale dans les CLSC et les Services régionaux de soins à domicile (SRSAD) pour la promotion et le maintien de la réadaptation à domicile, ils atteindront les objectifs qu'ils se sont fixés. Et les personnes atteintes de la MPOC pourront mieux respirer! ●

Titre : RECAP :

Réadaptation, Éducation, MPO(C), Amélioration de la Pratique médicale

Responsables :

Diane Nault,

infirmière-chef des cliniques externes, Institut thoracique de Montréal

Jean Bourbeau,

pneumologue

Maria Sedeno,

chargée de projet RECAP

Michel Lebel,

intervenant pivot du réseau, sous-région centre-ouest de Montréal Institut thoracique de Montréal – CUSM

La périnatalité au quotidien

Titre: Réseau de soins et de services intégrés en périnatalité

Responsable:
Lorraine Thouin,
présidente, Comité opérationnel du Réseau mère-enfant-famille
CSSS du sud de Lanaudière

Si la santé des mères à risque s'est grandement améliorée dans la région sud de Lanaudière depuis 2001, c'est grâce au programme de suivi prénatal du Réseau mère-enfant-famille. Quatre ans après son implantation, les résultats sont très encourageants: 31 femmes ont été trouvées à risque en 2001-2002; l'année suivante, on en dépistait 41, puis une soixantaine en 2003-2004. Grâce au suivi personnalisé dont elles ont fait l'objet, ces femmes ont pu être orientées vers des ressources, que ce soit en raison de leur situation financière précaire, de leur jeune âge, d'une grossesse non désirée, de problèmes de santé mentale ou d'alcoolisme-toxicomanie, etc. Ainsi, les femmes jugées à risque sont automatiquement dirigées vers l'équipe de périnatalité du CLSC qui est rapidement informée par le médecin accoucheur de la nécessité de faire un suivi adapté à la situation biopsychosociale particulière de la cliente.

En 2003-2004, 28 % des futures mères désignées à risque ont eu droit à un suivi infirmier et 10 % à un suivi social; 12 % ont bénéficié du programme OLO, 9 % du programme Naître égaux – Grandir en santé; les autres ont reçu, selon les besoins, les conseils d'une nutritionniste, d'un psychologue, etc.

Depuis plusieurs années, les mamans reçoivent dans le cadre du suivi systématique postnatal la visite d'une infirmière du CLSC,

24 heures après la sortie pour une maman qui allaite ou 24 à 48 heures pour une mère sans risque et non allaitante. De plus cette année, les médecins ont dépassé les attentes du programme de suivi prénatal en adressant aussi des demandes de services en postnatal.

Le Réseau a d'autres réalisations à son actif ou en chantier. En voici quelques-unes:

- l'ouverture de la Clinique régionale d'évaluation du développement de l'enfant de Lanaudière en partenariat avec le CHRDL;
- un projet d'appartements supervisés pour parents adolescents;
- une démarche d'actualisation du projet *Initiative des Amis des bébés*, visant la promotion et le soutien de l'allaitement maternel;
- la vérification de l'installation des sièges d'auto au congé, en partenariat avec le service de sécurité du CH, les CLSC partenaires et les services de police;
- une participation au comité d'harmonisation des rencontres prénatales dans la région de Lanaudière;
- la tenue d'une journée scientifique périnatalité/pédiatrie annuelle où les conférences présentées sont en lien avec les besoins reconnus par les médecins, les infirmières et les partenaires du réseau;
- la production d'une vidéo décrivant le cheminement d'une grossesse de même que les différents services offerts par les partenaires: *À petits pas... vers la vie*.

En offrant à la clientèle des services plus accessibles, mieux coordonnés et sans rupture, en simplifiant l'orientation de chaque client dans le réseau et en favorisant une prise en charge plus efficace des personnes, l'expérience du réseau intégré est un modèle favorisant l'implantation du projet clinique qui préconise l'approche populationnelle, l'accessibilité et la continuité.

On peut donc parler de valeur ajoutée, puisque l'expérience du réseau a contribué à améliorer la communication, la collaboration et la confiance entre les intervenants, tout en permettant d'uniformiser l'information et de coordonner de façon efficace et efficiente les ressources et les services. La rapidité d'intervention auprès de la clientèle s'est accrue, d'autant que celle-ci connaît mieux les services offerts.

Le Réseau prévoit, dans un proche avenir, évaluer la satisfaction des pères et promouvoir

la paternité; implanter un programme de dépistage auditif systématique chez les nouveau-nés; développer un continuum de services en nutrition, en orthophonie, en psychoéducation, et pour la clientèle à risque de dépression postnatale, etc.

Rien n'est impossible maintenant que le Réseau a fait la preuve de son efficacité. Il suffit de bien cibler la clientèle, de répondre à des besoins réels de la communauté, de favoriser le dialogue, le partenariat et l'engagement entre les intervenants. ●

Un modèle de collaboration à distance

Titre : L'expérience du Réseau mère-enfant : un modèle de collaboration à distance pour l'accessibilité et la qualité des soins ?

Responsables :

Monique Lanouette,
coordonnatrice clinico-administrative,
Réseau mère-enfant
CHU Sainte-Justine

Karina Daigle,
infirmière-chef, Unité des naissances et de la pédiatrie
CSSS Rivière-du-Nord/
Nord-de-Mirabel

Quand il est question de collaboration et de partenariat à distance, le Réseau mère-enfant (RME) fait figure de pionnier. Créé en 1996 par l'Hôpital Sainte-Justine, le RME a établi depuis des partenariats avec 20 établissements de santé de sept régions du Québec offrant des soins pédiatriques et de périnatalogie. Son objectif: mettre en œuvre des projets cliniques en mode concerté afin d'améliorer l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services offerts à la clientèle mère-enfant-famille.

Les établissements de santé s'étant joints au RME ont notamment accepté de s'engager auprès de la clientèle obstétricale et pédiatrique de leur milieu; d'assurer la disponibilité

d'un répondant médical et d'un répondant professionnel — les acteurs clés du réseau —; de favoriser la participation aux activités et aux projets; de fournir l'accès à la technologie; de participer à l'évaluation et à l'évolution du RME.

Depuis près de dix ans, le RME a mené avec succès plusieurs projets cliniques, académiques et technologiques permettant d'améliorer l'organisation des soins et le partage de l'expertise clinique. Récemment, il a donné lieu à un projet de transfert à rebours en néonatalogie qui a permis, grâce à une meilleure communication interétablissements et à un suivi étroit des patients, de réduire la durée de séjour des nouveau-nés dans les centres spécialisés et de faciliter le retour des familles dans leur milieu. Un bel exemple de collaboration en matière d'organisation des soins.

Et les défis ne manquent pas! Alors que certains sont d'ordre professionnel, comme la pénurie de ressources et l'élargissement de la pratique infirmière — la néonatalogie étant l'un des trois secteurs où la pratique infirmière avancée est désormais reconnue —, d'autres sont liés au changement de profil de la clientèle, en raison notamment de la dénatalité, de l'augmentation du nombre de grossesses à risque et de la prématurité, pour ne nommer que ceux-là.

Le partage des connaissances et de l'expertise étant un élément clé de toute communauté de pratique en soins infirmiers, le RME a mis au point plusieurs outils d'échange à la fois novateurs et adaptés à la réalité de la coopération à distance. Forums professionnels intradisciplinaires, téléformation et visioconférences interdisciplinaires et divers outils d'information sont au nombre des moyens de communication mis à la disposition des membres du réseau. Le RME a également ouvert un cyberforum en soins infirmiers sur son site Web qui permet aux répondants pro-

professionnels d'échanger sur une foule de sujets d'ordre clinique. Le RME insiste d'ailleurs fortement sur l'importance pour les professionnels œuvrant en réseau d'apprivoiser les nouvelles technologies de l'information afin d'en tirer pleinement profit et de prendre en charge leur développement professionnel.

Aujourd'hui, après avoir connu différentes phases de développement, il continue sur sa lancée en misant sur un partenariat solide des divers milieux et un mode de collaboration des plus efficaces. Dans le contexte de la réforme actuelle, où le réseautage, la concertation, la responsabilité populationnelle, l'intégration des soins et des services ainsi que la responsabilisation sont à l'ordre du jour, les acquis du RME sont précieux. La vision d'avenir que le CHU Sainte-Justine et le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) de l'Université de Montréal sont appelés à élaborer de concert avec les autres RUIS dans le secteur des soins spécialisés et ultraspecialisés pour les 0-17 ans (y compris la réadaptation), pourra certainement s'en inspirer.

Au fil des ans, le Réseau mère-enfant a démontré qu'il constituait un réseau d'avant-garde favorisant la réussite de projets cliniques, dont la force repose essentiellement sur l'engagement et le dynamisme des personnes qui le composent.

Pour en savoir plus: www.rmeweb.org ●

MPOC et approche intégrée

Ce n'est pas une mince affaire que de mobiliser une équipe interdisciplinaire issue de multiples établissements de santé de Laval (CHARL-CSL, CLSC-CHSLD et Hôpital juif de réadaptation) pour mettre en place un programme de suivi systématique de la clientèle atteinte d'une MPOC. Et pourtant, ce processus long et complexe a été couronné de succès grâce au soutien de la Programmation régionale de soins et de services ambulatoires (PRSA).

Comme il s'agit d'offrir à la clientèle atteinte de maladies respiratoires de Laval des

soins pré- per- et posthospitaliers en continuité, huit mesures concrètes sont instaurées: la création de centres d'enseignement aux asthmatiques et d'un centre du sommeil; la mise sur pied d'une clinique ambulatoire de suivi spécialisé en soins aigus; l'anticoagulothérapie; la réadaptation intensive et le service respiratoire régional à domicile; l'intensification des soins posthospitaliers pour les patients souffrant d'une MPOC.

L'équipe propose ni plus ni moins d'optimiser les pratiques hospitalières par une coordination et une intensification des interventions multidisciplinaires, de réduire à sept jours la durée moyenne de séjour hospitalier, d'implanter un suivi systématique à domicile en soins posthospitaliers afin de diminuer le taux de réadmission et de visites à l'urgence.

Il importe avant tout que les services soient bien adaptés aux besoins de chaque client souffrant d'une MPOC dont l'autonomie est précaire. La réadaptation respiratoire et l'auto-gestion figurent donc parmi les éléments clés du soutien à domicile.

Alors que dans chaque secteur, une infirmière pivot assure la coordination entre les différents intervenants du centre ambulatoire et du CLSC, le rôle de l'infirmière de soutien à domicile, formée pour réaliser ce genre de suivi, est crucial. Dans un système intégré, cette dernière procède à l'évaluation des soins et à l'élaboration d'un plan d'intervention. Elle assure la surveillance clinique du client, fait de l'enseignement, offre des soins et des services sécuritaires à domicile, mobilise les ressources communautaires afin d'améliorer la qualité de vie du client et de sa famille. Bref, elle fait le nécessaire pour maintenir la personne à domicile le plus longtemps possible.

Pour que la collaboration entre l'infirmière et l'inhalothérapeute donne les meilleurs résultats en matière d'enseignement individuel, il est essentiel qu'elles puissent respecter le rythme et la capacité d'apprentissage du client. Tout est affaire de coordination.

Pour leur venir en aide, un outil de pointe, le dossier patient régional informatisé, sert à la transmission, d'un établissement à un autre, du portrait clinique détaillé de chaque patient. L'infirmière de liaison achemine les demandes de services interétablissements et l'information par télécopieur ou par Internet à l'accueil du Soutien à domicile du CLSC ou au Centre

Titre: Suivi systématique de la clientèle atteinte de MPOC (selon une approche intégrée)

Responsables:

Louise Cossette,
infirmière clinicienne
spécialisée, Soins
respiratoires

Claudette Gagnon,
infirmière bachelière,
Soutien à domicile

Chantal Bruneau,
inhalothérapeute,
Soins à domicile
CSSS de Laval

ambulatoire. Les intervenants y inscrivent les demandes de services interétablissements, le suivi effectué, le consentement du client, ainsi que les soins et services complémentaires qui lui sont accordés. La forme abrégée du dossier informatisé réunit sur une seule page tous les renseignements pertinents afin qu'ils soient accessibles à tous les professionnels de la santé habilités à s'en servir.

À la Cité de la Santé de Laval, malgré le fait que la gravité de la maladie de la clientèle hospitalisée a fortement augmenté, le taux de réadmission des patients souffrant d'une MPOC qui ont bénéficié d'un suivi posthospitalier est passé de 3,2 à 2,8 %, une donnée objective qui vient confirmer l'importance d'une prise en charge globale en période posthospitalière et l'efficacité de l'approche intégrée. ●

AVC aigu : la course contre la montre

Titre : Un accident vasculaire cérébral (AVC) aigu : de la maison à la réadaptation

Responsables :

D^e Louise-Hélène Lebrun,
neurologue

Roxane Cournoyer,
infirmière de suivi
systématique

Line Beaudet,
conseillère en soins
spécialisés

Dany Fortin,
infirmier-chef
Unité de neurologie
de l'Hôpital Notre-Dame
- CHUM

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 aigu (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 des efforts. L'expertise confirmée du personnel infirmier l'est tout autant; par exemple, si l'in-

firmière 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 à compter du moment de l'ACV pour procéder à toutes les évaluations et tests appropriés, ainsi qu'à la thrombolyse cérébrale intraveineuse.

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 patient et sa famille sur le diagnostic, les accompagne tout au long de l'hospitalisation et établit les contacts nécessaires à son transfert éventuel 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 estimant 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 de la personne.

Le Réseau de la santé et des services sociaux a rapidement reconnu l'UIAA comme un centre de référence, et l'unité est rapidement devenue un lieu de formation initiale pour l'ensemble des professionnels de la santé. D'ailleurs, les retombées positives sont nombreuses :

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 mortalité des personnes thrombolysées 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.

Suscitant un intérêt marqué aux quatre coins du pays, cette initiative pourrait certainement profiter à d'autres types de clientèles. ●

Des soins tertiaires exportables

Diminuer le temps d'attente pour un examen hémodynamique est désormais possible. C'est ce qu'ont démontré les infirmières Andrée Larouche Maltais, Danielle St-Louis et Ghyslaine Girard, ainsi que le cardiologue Michel Nguyen, du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), en réalisant un projet qui a mobilisé plusieurs hôpitaux. Ils ont réussi, en moins d'un an, à améliorer l'accessibilité aux soins et aux services pour les clientèles en attente d'angioplastie cardiaque.

Aux prises avec un sérieux problème de disponibilité de lits en cardiologie et une longue liste de patients en attente d'une coronarographie ou d'une angioplastie, le Service d'hémodynamie a procédé à une réorganisation du travail. Les personnes souffrant d'un problème coronarien sont maintenant hospitalisées au CHUS le jour même de leur examen, l'enseignement et la préparation ayant été assurés par le personnel soignant des centres dont elles proviennent.

Les patients retournent dans leur établissement d'origine après un séjour de quatre à six heures dans une unité de cardiologie du CHUS, sauf s'il y a des complications au cours de la phase critique postexamen. « Il a donc fallu former les infirmières de ces centres ainsi que celles de nos unités de cardiologie pour qu'elles puissent assurer un suivi sécuritaire, explique Andrée Maltais. Ces infirmières ont notamment passé une journée complète dans notre service afin de se familiariser avec chaque

Titre : L'accessibilité des services aux clientèles en attente d'angioplastie et de coronarographie cardiaques : un exemple de partenariat clinique régional et suprarégional réussi

Responsables :

Andrée Larouche Maltais,
assistante infirmière-chef
D^r Michel Nguyen,
cardiologue,
Centre hospitalier
universitaire de
Sherbrooke

étape de l'examen. Des protocoles ont également été rédigés pour la préparation, l'enseignement, la surveillance et le transfert des patients.»

Quatre lits de court séjour sont désormais réservés à la clientèle d'hémodynamie. L'infirmière coordonnatrice du Service d'hémodynamie gère ces lits, en collaboration avec l'infirmière-chef de l'unité de cardiologie ou son assistant. Elle détermine aussi le niveau de priorité des patients — selon le facteur de risque —, établit l'horaire des examens en conséquence, fait le suivi avec les hôpitaux périphériques et recueille les commentaires sur les soins reçus au CHUS.

Malgré la résistance initialement manifestée par les médecins et le personnel infirmier des centres hospitaliers généraux, le succès s'est vite imposé. Mais la portée de ce projet va bien au-delà de la satisfaction de la clientèle et des professionnels de la santé concernés. Grâce à une formation à la fois théorique et pratique, les infirmières qui exercent en dehors des milieux universitaires peuvent acquérir une

expertise en soins tertiaires. Par conséquent, tout porte à croire que l'élargissement de ce modèle de pratique à d'autres spécialités pourrait avoir des retombées bénéfiques sur l'accessibilité à ces types de soins.

À ce jour, les résultats sont spectaculaires :

- Tous les hôpitaux généraux de la région de l'Estrie qui disposent d'un service de soins intensifs, ainsi que trois autres centres hospitaliers situés dans une région administrative limitrophe, ont été intégrés au projet.
- Quelque 80 infirmières ont été formées pour assurer le suivi des patients.
- Le nombre de personnes en attente d'un examen hémodynamique est passé de 300 à 30.
- Le temps d'attente pour les cas à haut risque, qui variait de 7 à 21 jours, a été réduit à moins de 48 heures, ce qui correspond aux nouvelles normes de traitement du syndrome coronarien aigu.
- Une centaine de patients ont pu retourner dans leur centre d'origine 4 à 6 heures après leur examen et aucun n'a souffert de complication majeure. ●

Une collaboration en règle

Le moment ne pouvait être mieux choisi, car qui dit projet clinique dit collaboration en règle. C'est d'ailleurs le message sans équivoque qu'ont transmis Gyslaine Desrosiers, présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), et Régis Paradis, président de l'Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), au lancement de la *Règle de soins infirmiers*. L'événement a eu lieu devant les quelque 500 personnes qui participaient à la deuxième journée du Colloque des CII.



Photo Martin Roy

La publication conjointe de ce document de référence a été une occasion de dialogue et vient sceller une entente de collaboration dont les porte-parole des deux ordres professionnels ne sont pas peu fiers. Reconnaisant que les relations n'ont pas toujours été aussi sereines, M^{me} Desrosiers a affirmé, avec une conviction communicative, que « la collaboration infirmière–infirmière auxiliaire est possible dans le respect de nos compétences respectives ». Quant à M. Paradis, ses propos ont bien résumé les objectifs mêmes de la publication : « *La Règle...*, a-t-il expliqué, devrait permettre d'encadrer les activités de soins et d'en assurer la qualité. Je souhaite que cette collaboration fructueuse soit durable ».

Élaborée conjointement par les deux ordres et adoptée par leur Bureau respectif, la *Règle de soins infirmiers* est conçue à l'intention des directrices de soins infirmiers, des Conseils des infirmières et infirmiers ainsi que des Comités des infirmières et infirmiers auxiliaires. Éminemment pratique, la publication définit clairement la règle de soins, précise son processus d'élaboration, et évalue ses effets sur le plan thérapeutique infirmier et sur divers outils d'encadrement. Les nombreux exemples

présentés en trois annexes bien étoffées illustrent comment la règle s'applique à différentes activités effectuées par des infirmières et des infirmières auxiliaires.

Le lancement s'est conclu sur une note enthousiaste qui laisse entrevoir que la collaboration n'en est qu'à ses débuts. Au prochain rendez-vous!

Le document est en vente au Centre de documentation de l'OIIQ (membres : 16\$; non-membres : 20\$). Pour commander : (514) 935-2501; cdoc@oiiq.org; www.oiiq.org.