

Concours Innovation clinique 3M 2005

LA VITRINE DE L'ACCOMPLISSEMENT PROFESSIONNEL

SYNTHÈSE RÉALISÉE PAR LAURETTE THERRIEN



Martine Proulx et Nathalie Sheehan, membres de l'équipe d'implantation du programme d'hémodialyse nocturne à domicile.

Projet gagnant – « *L'autonomie, c'est ma vie* » – *Programme d'hémodialyse nocturne à domicile*

Responsables : Nathalie Sheehan, Sandra Lemay, Martine Proulx – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

Région – Estrie

Bon an, mal an, aux quatre coins du Québec, des équipes d'infirmières conjuguent détermination et créativité dans une marche incessante vers l'excellence des soins et des services offerts à la population. Le concours Innovation clinique existe pour honorer leur sens de l'initiative qui se traduit en résultats tangibles pour la santé de leurs clients. Amélioration des soins, suivi personnalisé, soins individualisés, promotion de la santé : chaque innovation, chaque outil créé par les infirmières contribuent à rehausser la qualité de vie des différentes clientèles et assurent le rayonnement de la profession.

« *L'autonomie, c'est ma vie* » – Programme d'hémodialyse nocturne à domicile

Nathalie Sheehan, inf., B.Sc.inf. — Sandra Lemay, inf., M.Sc.inf.

Martine Proulx, inf., M.Sc.inf.

Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)

« *L'autonomie, c'est ma vie* »

Le nombre de clients requérant des traitements d'hémodialyse a beau augmenter de 10 % par année, les ressources en soins spécialisés restent limitées au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS). En 2003, désireux de réduire l'écart entre l'offre et la demande, les néphrologues et les infirmières de l'unité de dialyse conviennent d'établir un programme d'hémodialyse nocturne à domicile (HND) ; l'approche est inédite au Québec, et la modalité de traitement une nuit sur deux, unique au Canada.

Malgré un contexte budgétaire difficile, les trois infirmières affectées à la mise sur pied du projet amorcent les démarches de préparation et d'actualisation du programme d'HND à l'interne comme à l'externe. En étroite collaboration et de concert avec l'équipe médicale, elles voient à la conception du programme de soins et des outils d'évaluation, d'enseignement et de suivi. Puis, avec l'aide des néphrologues et de l'infirmière de la clinique PRÉV.O.I.R.¹, elles ciblent les clients potentiels.

L'infirmière responsable du programme d'HND agit comme gestionnaire de cas et joue un rôle pivot auprès de l'équipe interdisciplinaire et des autres professionnels. Sa tâche consiste à coordonner les interventions et à s'assurer que le client reçoit les services requis sans délai.

À la mi-janvier 2004, l'équipe du CHUS inaugure son nouveau programme. Le premier client à en bénéficier est un homme de 58 ans atteint d'insuffisance rénale. Pour commencer, le client et sa famille reçoivent un enseignement théorique et pratique adapté à leur situation. Dès qu'on le juge capable d'effectuer son traitement de façon autonome et sécuritaire à l'hôpital, il peut commencer à faire sa propre dialyse dans le confort de son domicile. Une nuit sur deux, sans monitoring ni assistance, il procède lui-même au traitement qui a lieu pendant son sommeil. Le matin, il débranche l'appareil et le désinfecte. L'infirmière responsable demeure disponible en cas de besoin, tandis que la clinique assure le suivi médical et infirmier tous les deux mois.

Le client est enchanté des résultats : dialysé plus longtemps, il élimine davantage de toxines ; il subit moins de chutes de pression et se sent moins fatigué. En plus de retrouver son autonomie, il passe quinze heures de moins par semaine à l'hôpital et ses déplacements sont réduits

d'autant. Peu à peu, il reprend ses activités familiales et sociales et n'est plus soumis à des restrictions diététiques. Pour l'équipe du CHUS, l'expérience est concluante. L'HND est sans contredit une avenue intéressante pour la clientèle qui demeure loin des grands centres ou en région éloignée.

Deux ans après l'instauration du programme d'HND, 30 personnes ont reçu la formation, 23 bénéficient de l'hémodialyse à domicile et 7 ont reçu une greffe rénale. Dans la plupart des cas, après deux semaines de traitements à domicile, l'amélioration des analyses sériques est notable. Après un mois, 80 % de la clientèle voit son taux de phosphate sérique diminuer de moitié, ce qui lui permet de cesser la médication reliée à l'hyperphosphatémie. Chez 65 % des patients, le taux d'hématocrite est revenu à des valeurs acceptables. De plus, les trois quarts d'entre eux n'ont plus besoin de s'astreindre à des restrictions diététiques. Dorénavant, la clinique entend recruter environ seize nouveaux clients chaque année.

Le succès du programme d'HND du CHUS a rapidement fait le tour des autres centres hospitaliers, et plusieurs comptent s'en inspirer pour lancer un projet similaire. Le programme pourrait même servir de modèle dans d'autres secteurs, notamment en chimiothérapie. ●

Répercussions positives

Pour le client

- Améliore son autonomie et sa qualité de vie
- Diminue ses restrictions diététiques et sa médication
- Diminue ses déplacements et économise son temps
- Permet la reprise de ses activités sociales et familiales
- Minimise les effets secondaires de la maladie et des traitements
- Facilite la participation des membres de la famille

Pour l'établissement et l'équipe

- Diminue les besoins en ressources infirmières
- Réduit les coûts des traitements d'hémodialyse
- Facilite le suivi systématique et les interventions personnalisées
- Stabilise les coûts relatifs aux aménagements de l'unité
- Améliore la relation entre le client, sa famille et l'équipe soignante

1. Prévention optimale de l'insuffisance rénale.

Contribution de l'infirmière à l'équipe interdisciplinaire en clinique de planification familiale

Sylvie Limoges, conseillère en soins spécialisés

Julie Faucher, inf., B.Sc.inf.

Lyne Tremblay, coordonnatrice des services ambulatoires

Cécile Michaud, professeure à l'Université de Sherbrooke et chercheuse
Hôpital Charles LeMoine

L'IVG sans angoisse



Julie Faucher explique l'échelle d'évaluation de la douleur à l'une des clientes de la Clinique de planification familiale.

Une Québécoise sur deux subira une interruption volontaire de la grossesse (IVG) au cours de sa vie. Ce genre d'intervention cause un stress énorme à celles qui décident d'y recourir, peu importe la raison de leur choix. En Montérégie, ces femmes sont souvent jeunes, défavorisées. Nombre d'entre elles ont eu des expériences de violence et d'agression sexuelle. Jusqu'à récemment, la situation engendrée par la pénurie de médecins, qui allonge les délais d'attente et fragmente les services, amplifiait leur angoisse, car elle les obligeait à rencontrer de multiples intervenants dans plusieurs établissements.

Une équipe de la Clinique de planification familiale de l'Hôpital Charles LeMoine a réussi à surmonter cette difficulté en mettant à contribution l'habileté de l'infirmière en matière d'examen physique. C'est donc l'infirmière qui, dorénavant, évalue l'état de santé des femmes et procède à l'anamnèse et à l'examen physique. Elle fait de l'enseignement, donne les soins physiques et psychologiques nécessaires, évalue la douleur et suggère des façons de la soulager. Elle procède aussi à l'examen gynécologique et cytologique. Par la suite, elle transmet l'information pertinente aux autres professionnels et inscrit le plan de soins au dossier.

Les patientes n'ont ainsi plus besoin de consulter un médecin dans une clinique privée pour obtenir un examen physique avant l'IVG. La nouvelle approche intègre aussi

les pratiques exemplaires concernant les soins infirmiers centrés sur les besoins des clientes et ceux reliés à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur.

De plus, la clinique a conclu des ententes avec le laboratoire de microbiologie, afin que les résultats des tests diagnostiques soient disponibles avant l'interruption de la grossesse. Il est ainsi plus facile, en cas d'infection transmise sexuellement ou par le sang (ITSS), d'intervenir précocement dans l'espoir de minimiser les risques de complications et de transmission.

Cette pratique novatrice, qui met l'accent sur la responsabilité et l'autonomie de l'infirmière, a déjà donné d'excellents résultats. Un an après sa mise en œuvre, le nombre de consultations médicales a diminué de 284. Le taux de satisfaction est très élevé, en particulier en ce qui a trait à la compréhensibilité de l'information (99%), à la possibilité d'exprimer ses préoccupations (98%) et au respect ressenti (96%) par les femmes qui ont eu recours à l'IVG. Il est intéressant de noter que les résultats ne diffèrent pas, selon que la cliente a été examinée par l'infirmière ou par le médecin. Toutefois, alors que le temps moyen d'attente pour consulter l'infirmière est de 43 minutes, il atteint 82,8 minutes dans le cas du médecin. Par ailleurs, malgré le fait que l'on a pratiqué 79 IVG de plus en 2004-2005 par rapport à l'année précédente, le délai d'attente est passé de 9,1 à 8,8 semaines (l'IVG chirurgicale ne peut avoir lieu avant la 8^e semaine).

Ce genre de service pourrait se révéler une avenue intéressante pour les cliniques de dépistage des ITSS, les cliniques de suivi prénatal, de prélèvements pour le test PAP, etc. Pour les infirmières, cela présuppose une solide formation en examen clinique, une compétence qui se maintient grâce à une pratique régulière. L'innovation requiert aussi, bien sûr, la collaboration étroite de l'équipe interdisciplinaire. ●

Ont aussi collaboré à ce projet: Sylvie Coutu, Nicole Desrochers, Claudine Dufour, Thérèse Paré, Mélanie Saint-Onge, infirmières, Johanne Bellavance, secrétaire médicale, Caroline Boies, psychologue, Geneviève Lachance, commis principal, Laurent Delorme, microbiologiste, Maan Malouf, gynécologue, Annick Plante, omnipraticienne, Viateur B. Roy, omnipraticien, Dominique Saint-Cyr, gynécologue et directrice médicale, Jocelyne Sullivan, psychologue.

Rehaussement de l'accessibilité et de la qualité des soins à partir d'un modèle d'évaluation : un changement amorcé et réalisé par des infirmières

Francine Giguère, inf., assistante au supérieur immédiat, Soutien à domicile

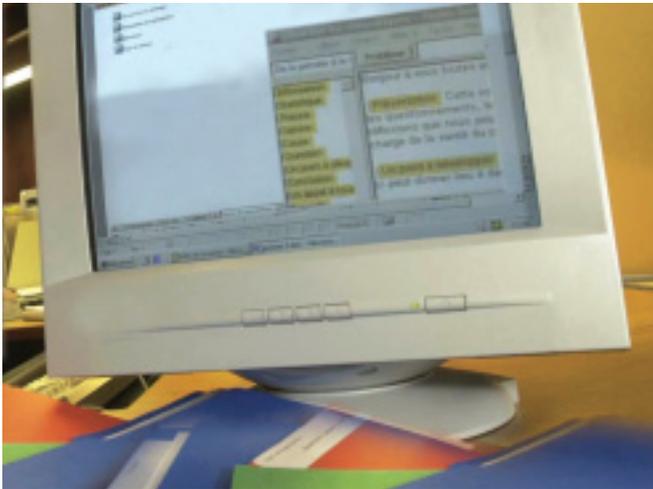
Christine Thibault, inf., B.Sc.inf.

Céline Lauzon, inf., B.Sc.inf.

Firme-conseil E-DMed Communication

CSSS de La Petite Patrie et Villeray

Mieux planifier pour mieux soigner



Les infirmières disposent maintenant d'un support informatique pouvant servir d'agenda et d'outil de gestion des activités.

Avant 2003, au CSSS de La Petite Patrie et Villeray, les ressources en soins à domicile étaient réparties suivant la longueur des épisodes de soin. Ainsi, six infirmières sur huit étaient affectées au suivi à long terme (excédant trois mois), pour la seule raison que cette clientèle était plus nombreuse que celle à court terme. L'augmentation de la clientèle vieillissante, combinée au virage ambulatoire, avait entraîné un changement dans la pratique des soins à domicile, obligeant les infirmières à une plus grande polyvalence. L'organisation du travail ne tenant pas toujours compte de la complexité des cas, un déséquilibre dans l'attribution des dossiers s'était rapidement fait sentir. Beaucoup d'infirmières se plaignaient de la lourdeur de leur tâche et de l'iniquité dans la répartition des dossiers.

Résolues à améliorer la planification des soins, les infirmières forment un comité chargé d'élaborer un nouveau modèle d'évaluation qualitative et quantitative de la clientèle et de ses besoins. Elles s'adressent à E-DMed Communication, une firme-conseil en organisation du travail dans le domaine de la santé, dans le but de valider leur temps d'intervention direct, indirect, ainsi que le temps consacré à la gestion de l'ensemble des cas.

Après l'ajout de deux postes à temps complet (dix infirmières desservent désormais l'ensemble de la clientèle sur

deux grands territoires), il est enfin possible d'effectuer une planification qui tienne compte des deux axes d'évaluation de la clientèle. Avec le logiciel qui a été mis au point selon des paramètres précis, on dispose maintenant d'un support informatique pouvant servir d'agenda et d'outil de gestion des activités sur une base quotidienne ou hebdomadaire. Les dossiers sont donc attribués aux infirmières en fonction de l'ampleur et de la complexité de l'épisode de soin, mais aussi en fonction de leur emploi du temps, et en alternance.

En s'appropriant les moyens pour améliorer leur pratique, les infirmières ont fait preuve de leadership et ont trouvé elles-mêmes des solutions adaptées à leur nouvelle réalité tout en assurant une plus grande diversité des tâches. Plus équitable, l'organisation du travail contribue à augmenter la satisfaction de la clientèle et celle du personnel infirmier.

Très vite, l'implantation du nouveau modèle a fait ressortir le besoin d'une planification quotidienne des activités cliniques, aussi bien pour les infirmières que pour les autres professionnels engagés dans les soins à domicile. Une infirmière chef de groupe assure maintenant un soutien clinique auprès des infirmières et un accès rapide à l'information pour les autres professionnels concernés. Cette mesure supplémentaire a mené à une réduction des délais pour les interventions prioritaires.

Un questionnaire utilisé trois mois après l'adoption du modèle confirme que les infirmières ont maintenant un sentiment d'équité en ce qui a trait à la répartition des dossiers. De plus, la diversité dans leur pratique les aide à maintenir leurs habiletés cliniques et, par conséquent, à donner un meilleur service aux clientèles des soins de courte et de longue durée. ●

Les outils du modèle

- Logiciel reproduisant le modèle de réorganisation des soins infirmiers de soutien à domicile
- Agenda pour la gestion des visites à domicile
- Interface de gestion des clients en liste d'attente

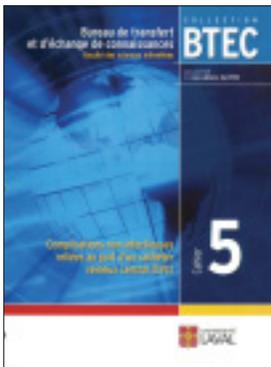
Le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) : vers une pratique infirmière fondée sur des résultats probants

Johanne Gagnon, inf., Ph.D.

Françoise Côté, inf., Ph.D.

Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Intégrer la recherche à la pratique infirmière



Chaque fois qu'une infirmière se trouve en présence d'un patient, elle doit prendre des décisions éclairées quant aux meilleurs soins à lui donner. Tout en respectant les particularités et les valeurs de la personne, elle doit tenir compte de l'expertise clinique et de l'expérience des autres professionnels de la santé, ainsi que des ressources organisationnelles disponibles.

Plus important encore, chacune de ses décisions doit s'appuyer sur les plus récents résultats probants de la recherche. Cette exigence présuppose l'acquisition de nombreuses connaissances et le développement de diverses compétences. C'est ici que le Bureau de transfert et d'échange de connaissances (BTEC) entre en action.

Créé en 2004 par Johanne Gagnon, infirmière et professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, le BTEC est voué à la promotion d'une culture de recherche dans les établissements de santé. Regroupant tous les établissements universitaires de santé de la région de Québec, le BTEC trouve son mode opératoire dans la formation du personnel et sa réalisation dans la mise en œuvre de pratiques cliniques fondées sur des résultats probants. Son objectif à court terme : renforcer les compétences des infirmières en ce qui a trait à l'utilisation des résultats de recherche.

Ainsi, dans les cas où les ressources actives dans le milieu n'arrivent pas à trouver une réponse, le Bureau prend le relais afin d'analyser la situation telle qu'elle est vécue sur le terrain. Pour commencer, il se rend dans le milieu clinique. Il procède ensuite à une revue exhaustive et à une analyse critique de la documentation, avant de présenter au personnel infirmier un compte rendu accompagné de recommandations pour la pratique. Ce document, qui a une valeur scientifique et clinique certaine, permet aux infirmières et aux autres professionnels de raffiner leur pratique respective. Au besoin, le personnel du BTEC peut accompagner les professionnels des milieux dans le processus d'application de ces connaissances.

Si, après toutes ces démarches, la réponse demeure introuvable, le Bureau peut s'adresser directement aux

chercheurs, à qui il soumet des sujets de recherche pratiques peu traités dans la littérature scientifique. Le BTEC propose en outre différentes activités pédagogiques adaptées aux besoins de ses clientèles. Il favorise ainsi une formation de la relève infirmière axée sur le transfert et l'échange de connaissances, tout en stimulant l'intérêt pour les études de 2^e et 3^e cycles.

Quelques mois seulement après sa création, le Bureau avait déjà reçu onze questions cliniques touchant différentes clientèles : soins critiques, chirurgie gériatrique, oncologie, pédopsychiatrie, réadaptation en déficience physique, soins à domicile, néonatalogie, etc. Il a élaboré de nombreux outils pédagogiques (voir encadré) et donné plus de 30 présentations dans les établissements concernés. Il a même conçu et réalisé treize communications orales à l'échelon régional, provincial, national et international.

Le BTEC s'adresse aux partenaires du Réseau universitaire intégré de santé de l'Université Laval (RUIS-UL) et des régions desservies par ces établissements, mais il pourrait s'exporter sans difficulté aux autres RUIS du Québec et dans toute la Francophonie, pour une diffusion à grande échelle des résultats probants dans le domaine clinique. ●

Partenaires du BTEC : Michelle Lafrance, Maryse Bernier, Paule Goulet, Danielle Rodrigue, Martine Gaudreau, Charlotte Paquet, Brigitte Boivin, Agnès Gaudreault, Rita Labadie.

Outils élaborés par le BTEC

- Un outil diagnostique pour déceler les forces et les faiblesses en recherche documentaire
- Un document de normes et de critères pour la rédaction scientifique
- Une grille de lecture
- Un document synthèse pour élaborer des recommandations
- Des ateliers et des clubs de lecture scientifique pour la diffusion et le transfert des connaissances
- Des outils informatisés d'autoapprentissage pour deux types de clientèles (formation initiale et continue)
- Trois guides de pratique et cinq documents cliniques rédigés par des infirmières à l'intention de leurs clientèles
- Divers documents de promotion du BTEC : dépliant, affiche, logo, présentation PowerPoint

Implantation d'outils de soins infirmiers à domicile intégrés dans le cadre d'un suivi systématique de la clientèle

Nicole Lepage, inf.

Cathy Bérubé, responsable des services de soutien à domicile
CSSS de La Matapédia

Soins à domicile : place à la gestion!



Rien n'est laissé au hasard en ce qui concerne la gestion des soins et des services à domicile.

Qu'est-ce qui cloche dans l'organisation des soins à domicile? C'est la question que posent les professionnels du Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia en 2003. Une analyse de la situation fait ressortir plusieurs lacunes: absence de gestion des épisodes de soins, manque de clarté des notes au dossier, manque d'outils adaptés à la réalité de la clientèle et des infirmières, sous-utilisation des examens physiques, usage de plusieurs protocoles médicaux pour un même client, désengagement du client en ce qui a trait à l'autosurveillance de la maladie et aux autosoins. Les faiblesses dans la gestion compromettent la structure du système autant que la prestation de soins de qualité. Comment s'étonner, dans ces conditions, que la durée de l'épisode de soins à domicile s'allonge sans cesse?

Cathy Bérubé, responsable des services de soutien à domicile, et Nicole Lepage, infirmière, conçoivent et développent divers outils dans le but de redresser la situation. Parmi ceux-ci, deux outils de gestion: le «relevé des écarts», qui permet d'agir sur les causes des problèmes, et la feuille de «planification journalière», qui répartit équitablement les ressources et la charge de travail. Et ce n'est pas tout. Dorénavant, les infirmières utilisent les «cheminements cliniques par séquences», qui leur servent d'aide-mémoire dans la gestion des épisodes de soins. Elles produisent un bilan écrit de chaque visite et un plan de soins pour la prochaine visite. Elles disposent de la documentation indispensable à un enseignement uniforme, de grilles de vérification des habiletés du client en matière d'autosoins, ainsi que de fiches servant à l'inscription des données cliniques détaillées par ordre chronologique.

Les infirmières souhaitent aussi responsabiliser le client par rapport à sa santé. On lui fournit donc des outils destinés à son usage personnel: plan d'action pour les autosoins, fiche d'autosurveillance, dépliant d'information sur sa pathologie, etc. Pour faciliter le suivi entre professionnels, une infirmière pivot agit comme responsable dans le dossier-client. L'équipe a donc tous les atouts en main pour arriver à des résultats cliniques de qualité. À partir de ce moment-là, rien ne sera laissé au hasard en ce qui touche à la gestion des soins et des services à domicile.

Vingt-deux mois plus tard, on peut déjà mesurer les répercussions positives du nouveau plan de gestion: 11 clients sur 25 ont évité l'hospitalisation en 2004, soit près de 50%; les épisodes de soins sont moins longs; les consultations à l'urgence, de même que les admissions-réadmissions en courte durée, moins nombreuses. L'enseignement à la clientèle est uniformisé et le suivi des dossiers s'améliore. Il est désormais possible d'évaluer les résultats cliniques et de mesurer les habiletés du client en matière d'auto-apprentissage et d'autosoins sécuritaires.

Le Centre de santé et de services sociaux de La Matapédia prévoit, dans un avenir rapproché, transposer cette approche aux autres membres de l'équipe interdisciplinaire de soutien à domicile. Il compte même l'étendre aux infirmières en soins de courte durée, en leur proposant les outils déjà créés. Enfin, il souhaite faire profiter d'autres centres de ces nouveaux outils et de l'expertise acquise. ●

Programme de suivi intégré du diabète

Louise Rockburn, inf. — Guylaine Brien, nutritionniste

Vydas Gurekas, M.D. — Carole Lahaie, porte-parole, directrice des soins infirmiers et des programmes
CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa

Le suivi intégré du diabète, une plus-value



Louise Rockburn (au centre) et Guylaine Brien (debout à gauche) donnent un enseignement à un groupe de personnes inscrites au Programme de suivi intégré du diabète.

Au début des années 2000, des professionnels de la santé du CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa s'inquiètent car le suivi de la clientèle diabétique n'est pas optimal. En effet, on note une augmentation des risques de complications; les consultations à l'urgence et les hospitalisations se multiplient, tandis que leur durée s'allonge. Cela est d'autant plus préoccupant que l'incidence de cette maladie est en croissance dans la région. Pour redresser la situation, l'équipe compte sur l'infirmière et sur la nutritionniste, qui entreprennent de développer des modèles de suivi intégré à long terme en tenant compte des besoins particuliers de la personne atteinte.

Le leadership de l'infirmière est essentiel dans la réalisation et la coordination des activités, car elle joue un rôle pivot dans la relation qui unit le client, le médecin traitant et les autres membres de l'équipe interdisciplinaire: psychologue, infirmière à domicile, infirmière en soins de courte durée, ophtalmologue, etc.

D'abord, l'infirmière procède à l'évaluation globale de la santé du client. Après avoir établi un plan de soins adapté à la personne, elle lui enseigne comment réaliser les autosoins et insiste sur l'importance d'être suivi par d'autres professionnels, telle la nutritionniste. Le client est ensuite inscrit au programme de suivi continu à long terme, ce qui signifie que son état de santé sera périodiquement réévalué.

Le client a le choix entre deux modèles en tous points semblables, si ce n'est que le premier consiste en des ren-

contres de groupe, tandis que le second se résume à un suivi téléphonique. Le suivi à distance s'adresse surtout aux personnes qui préfèrent ne pas participer à des rencontres de groupe ou qui sont dans l'impossibilité d'y assister. Dans un cas comme dans l'autre, l'essentiel est que le client soit suivi à long terme et de façon continue.

Les deux modèles prévoient trois rendez-vous par année, soit à l'automne, en hiver et au printemps. Quelques semaines avant chaque rendez-vous, le client subit une série de tests: prises de sang, analyse d'urine, profil lipidique, etc. L'infirmière examine les résultats et, au besoin, elle consulte le médecin. La réunion de groupe, à laquelle participe aussi la nutritionniste, est l'occasion de faire de l'enseignement et de revoir chaque client. L'infirmière évalue alors l'état général de la personne, procède à un examen des pieds, et lui transmet les résultats de ses tests. Le cas échéant — par exemple si un client a du mal à comprendre le plan de soins ou s'il présente des complications —, elle lui donne un enseignement d'appoint. Comme l'infirmière, la nutritionniste rencontre individuellement les personnes qui ont besoin de conseils en matière d'alimentation.

Les chiffres sont éloquentes: pour la période de 2001 à 2004, le CSSS de Témiscaming-et-de-Kipawa affichait, pour le diabète, un taux brut d'hospitalisation selon le diagnostic¹ de 26 par 100 000 habitants, contre 112 pour l'Abitibi-Témiscamingue et 71 pour tout le Québec. La durée moyenne de séjour en soins de courte durée était de 1,25 jour, par rapport à 8,26 jours à l'échelle régionale.

On peut certes conclure, à la lumière de ces résultats, que le programme de suivi intégré du diabète a atteint ses objectifs. L'équipe se dit par ailleurs convaincue que les modèles mis au point pourraient être appliqués à d'autres clientèles, les personnes atteintes de maladies chroniques, de maladies respiratoires ou cardiovasculaires, par exemple. ●

Résultats pour 2003-2004

- 61 % des clients contrôlaient leur diabète de façon optimale, par rapport à 48,6 % l'année précédente
- 36 % exerçaient un contrôle sous-optimal, par rapport à 31 % l'année précédente
- 8 % seulement ont vu leur santé compromise, par rapport à 30 % avant la mise en place du programme

1. Source: Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

Démarche de suivi systématique – Services intégrés pour les jeunes présentant des troubles de comportement ou d'apprentissage

Serge Bélisle, inf., chargé de projet

Louise Blais, inf., B.A.

Le bon intervenant au bon moment



Un an à peine après le début de la démarche, la prise en charge des enfants est rapide et structurée.

Pour répondre aux besoins des jeunes présentant un trouble de déficit d'attention/hyperactivité (TDAH), des troubles de comportement ou des troubles d'apprentissage, l'ancien modèle d'intervention était devenu dysfonctionnel dans la région Mauricie-Centre-du-Québec. En effet, les services étaient discontinus et cloisonnés et le manque de communication entre les différents milieux occasionnait de fréquentes duplications des interventions. Forcément, les listes d'attente étaient de plus en plus longues.

Les promoteurs du projet, Louise Blais et Serge Bélisle, soutenus par de nombreux partenaires des milieux de la santé et de l'éducation, ont relevé le défi d'implanter un modèle de suivi systématique qui favorise l'accessibilité aux services et permet d'agir de façon concertée et en continuité.

Dès le début, l'équipe de pédopsychiatrie a accepté de s'associer au projet. Puis, en mettant en évidence le caractère interdépendant des actions, les infirmières ont obtenu l'adhésion des autres intervenants. Elles ont ensuite instauré de nouvelles pratiques de communication : outils, aide à la décision, algorithmes, tests ciblés, etc. La tâche des infirmières consistait en effet à créer des liens au sein des équipes

interdisciplinaires à l'étape de l'élaboration du modèle de suivi systématique comme à celle de la mise en application.

Le nouveau modèle fait appel au bon intervenant au bon moment à chaque stade de la démarche : dépistage, diagnostic, évaluation, intervention et traitement. Il permet de préciser le continuum de services, allant de la première ligne (Commission scolaire, CLSC, cabinets privés de médecins) aux services spécialisés (pédopsychiatrie, centres jeunesse), de manière à apporter une aide optimale et cohérente à l'ensemble de la clientèle des jeunes.

Un an à peine après le début de la démarche, la prise en charge des enfants est rapide et structurée ; 127 d'entre eux ont été diagnostiqués. Que ce soit à l'école, dans le cabinet du médecin, au CLSC ou ailleurs à l'intérieur du système, il n'y a plus d'interruption de services. Les intervenants des milieux scolaire et hospitalier appliquent les algorithmes préétablis avec rigueur, ce qui permet à l'équipe de la clinique externe de pédopsychiatrie d'offrir un service plus spécialisé et de mieux servir la clientèle de deuxième ligne. Il en résulte une meilleure utilisation des ressources et une accessibilité accrue aux services. La liste d'attente pour la clinique externe de pédopsychiatrie a diminué de 30 % ; 24 enfants ont reçu des services de pédopsychiatrie, comparativement à 37 l'année précédente. Le taux de satisfaction à la clinique atteint 89 %.

Non seulement le nouveau modèle est-il exportable à d'autres centres, il est transposable à toute clientèle ambulatoire. L'équipe croit en effet que le modèle d'interventions algorithmiques est applicable à des clientèles atypiques, à condition de s'appuyer sur une excellente coordination et sur un suivi systématique judicieux. ●

Ont aussi collaboré à ce projet : Mario Morency, pédopsychiatre, Isabelle Ares, pédopsychiatre, Hôtel-Dieu d'Arthabaska, René Camiré, CLSC-CHSLD de l'Érable, Sylvie Gingras, Commission scolaire des Bois-Francis, Lyane Paquin, Centre jeunesse de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Claudette Boutin, CLSC Suzor-Côté, Daniel Gagnon, Table de concertation enfance/junesse/famille des Bois-Francis.

L'avantage de mieux communiquer

« Les liens établis entre le milieu de la santé et celui de l'éducation ont facilité la communication et contribué à renforcer nos relations professionnelles, le respect et la reconnaissance mutuels. »

Suivi à domicile des grossesses à risque élevé
Dolores Roy, inf., infirmière responsable en clinique GARE
CSSS de Sept-Îles

Réduire le risque d'un accouchement prématuré



Dolores Roy, infirmière responsable de la clinique GARE du CSSS de Sept-Îles et du service périnatal de maintien à domicile.

Dolores Roy, infirmière responsable de la clinique GARE du CSSS de Sept-Îles, maîtrise parfaitement l'interprétation des tracés du monitoring fœtal et l'examen du col utérin, ce qui lui permet de réagir sans délai à toute complication obstétricale : rupture prématurée des membranes, retard de croissance intra-utérin, hypertension et prééclampsie, etc. C'est la santé de la mère qui vit une grossesse à haut risque et celle de l'enfant à naître qui est en jeu !

En 2003, à la demande des gynécologues et des obstétriciens de la Côte-Nord, Dolores Roy accepte d'assurer le suivi périnatal à domicile des femmes présentant une grossesse à risque élevé. L'objectif consiste surtout à éviter les accouchements prématurés de moins de 34 semaines de gestation, ainsi que les naissances de bébés de poids inférieur à 2 500 g.

La prise en charge par l'infirmière comporte de nombreux avantages : en réduisant les déplacements des clientes, on diminue automatiquement le stress qui en découle. Le suivi périnatal à domicile permet d'éviter les hospitalisations successives et de minimiser les risques de complications. Le seul fait de rassurer les parents sur l'état de santé de l'enfant à naître contribue également à réduire certaines répercussions psychologiques, physiques et affectives de la grossesse à haut risque. Et comme l'infirmière encourage la mère à participer aux décisions la concernant, celle-ci devient une partenaire de soins dans la protection de sa santé et de celle de son enfant.

Toutes les interventions de l'infirmière s'appuient sur des lignes directrices et des protocoles de traitement précis. Au

besoin, elle obtient pour ses clientes des consultations médicales plus rapidement et ce, dans les meilleures conditions possible. De plus, elle offre aux membres des familles qu'elle rencontre un enseignement relatif à ce type de grossesse.

Deux ans après l'implantation du service, la preuve est faite et incontestable : les femmes qui vivent une grossesse à risque élevé retirent de réels bénéfices du service périnatal de maintien à domicile. En 2003-2004, ce service a permis de suivre 16 clientes et a entraîné une réduction de 310 jours d'hospitalisation au Centre hospitalier régional de Sept-Îles. Rien qu'en frais d'hospitalisation, cela représente une économie de 124 000 \$!

La continuité des soins étant assurée par une liaison planifiée et harmonieuse entre les divers intervenants du réseau, il va sans dire que ce genre de service pourrait être adapté pour bénéficier à n'importe quelle organisation de périnatalité. ●



Octobre 2005
ISBN 2-89229-359-6 • Code 211
152 pages

Membre : 15 \$ • Non-membre : 18 \$

Pour commander
(514) 935-2501 • cdoc@oiiq.org • www.oiiq.org

Implantation du suivi systématique basé sur l'OÉMC pour notre clientèle en milieu de vie

Caroline Fournier, inf.-chef, Résidence Jeanne-Mance — Doris Garceau, inf.-chef, Résidence du Bon Temps

Marjolaine Côté, inf.-chef, Résidence de la Paix — Denise Bouchard, inf. bachelière en psychogériatrie — Pierrette Jolicœur, conseillère à la DSI
CSSS Domaine-du-Roy

Un bon suivi en milieu de vie



De g. à dr. : Doris Garceau, Denise Bouchard, Marjolaine Côté, Pierrette Jolicœur et Caroline Fournier.

Lors de l'intégration des centres d'accueil du territoire Domaine-du-Roy aux CHSLD reliés à l'Hôtel-Dieu de Roberval en 1996, des lacunes dans l'évaluation du profil des résidents se sont fait jour. Ces faiblesses du système compliquaient le suivi de la qualité des soins et des services et créaient de l'insécurité chez les infirmières, qui souhaitaient acquérir davantage de crédibilité aux yeux des autres professionnels.

En septembre 2001, le comité de suivi de la qualité des soins décide de développer des outils de travail adaptés, uniformisés et harmonisés, sur le modèle de l'outil d'évaluation multiclientèle (OÉMC) du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dès janvier 2002, les infirmières responsables mettent en place un programme de soutien aux familles. Des brochures traitant de situations de santé récurrentes en CHSLD (chutes, fugues, confusion, dépression, dénutrition, troubles du comportement, maladies de Parkinson et d'Alzheimer, etc.) sont mises à la disposition des proches. Elles créent également un guide d'accueil pour les besoins de l'admission des résidents. Les procédures d'admission y sont modifiées, de sorte que le profil évolutif de l'autonomie du client en soins de courte durée facilite son transfert en hébergement de longue durée. D'autres documents, dont le plan d'intervention interdisciplinaire et le plan d'intervention comportementale, viennent enrichir les outils en constante évolution.

Dans chaque centre, l'infirmière responsable joue un rôle pivot. C'est elle qui rédige les notes évolutives et les autres renseignements utiles aux membres de l'équipe inter-

disciplinaire. Elle fait en sorte que le tableau de soins leur soit facilement accessible. Les indications sur les changements qui s'opèrent dans l'état du client éclairent les professionnels, qui adaptent leurs interventions en conséquence.

Grâce au travail concerté des infirmières (toutes accréditées pour l'évaluation OÉMC), la mise en œuvre du suivi systématique a permis de responsabiliser chaque membre de l'équipe soignante en fonction de son rôle et des tâches qui lui sont confiées. La communication est plus fluide depuis l'instauration d'un langage commun entre les intervenants des différents centres (CH-CHSLD-CLSC). L'implication de tous les membres a par ailleurs contribué à créer un climat de respect mutuel.

En plus de répondre aux besoins particuliers des personnes présentant des problèmes de santé complexes et multifactoriels, la démarche a permis d'individualiser les soins. À l'heure actuelle, chacun des 156 résidents du CHSLD bénéficie d'un profil évolutif de son autonomie fonctionnelle, d'un tableau de soins, de notes évolutives trimestrielles inscrites à son dossier, d'un plan d'intervention interdisciplinaire et, au besoin, d'un plan d'intervention comportementale.

D'après l'équipe d'implantation de l'OÉMC, les divers instruments créés dans le cadre de cette démarche pourraient contribuer à assurer le suivi systématique de la clientèle en maintien à domicile. En fait, c'est d'abord et avant tout le fruit d'une décision d'équipe. ●

Quelques réalisations

- Création d'un comité de suivi de la qualité des soins
- Instauration d'un programme de soutien aux familles
- Production d'un guide d'accueil à l'admission
- Modification des procédures d'admission (courte durée/longue durée)
- Formation sur le système de mesure de l'autonomie fonctionnelle (SMAF) pour les infirmières et les professionnels de l'équipe
- Formation sur l'OÉMC pour les infirmières et les professionnels de l'équipe
- Création d'un comité « Milieu de vie »
- Élaboration d'un plan d'intervention interdisciplinaire
- Élaboration d'un plan d'intervention comportementale
- Élaboration d'un programme sur le soulagement de la douleur

La consultation pré-voyage, un must!®

Chantal Lavoie-Dumont, inf., M.Sc. — Joanne Eymard, B.Sc.inf.

Carole Vien, B.Sc.inf.

CSSS du Grand Littoral, secteur Chutes-Chaudière

Vive la consultation pré-voyage!



De g. à dr. : Chantal Lavoie-Dumont, Joanne Eymard et Carole Vien, les trois infirmières à l'origine de «La consultation pré-voyage, un must!®».

Y a-t-il moyen de répondre à toutes les demandes de consultation de la clientèle qui désire voyager à l'étranger? Oui, depuis qu'une équipe de médecins et d'infirmières du Centre de santé et de services sociaux du Grand Littoral a créé un outil interactif d'enseignement intitulé : «La consultation pré-voyage, un must!®»

En 2001, une éclosion de poliomyélite en République dominicaine entraîne une augmentation soudaine de la clientèle santé-voyage. Les infirmières ne peuvent plus, comme par le passé, recevoir individuellement toutes les personnes qui souhaitent se prémunir contre les maladies infectieuses et autres risques liés aux voyages à l'étranger. L'équipe du CSSS doit trouver une solution pour faire face à l'accroissement de la demande, sans pour autant compromettre la qualité des services et, budget oblige, sans ajout de ressources humaines.

Les infirmières songent alors à offrir un enseignement de groupe, mais il y a un hic : les outils existants sont désuets. Qu'à cela ne tienne, elles développent un outil interactif d'enseignement en santé-voyage mettant à profit certains principes d'andragogie. Le nouvel outil doit être non seulement accessible, mais suffisamment convaincant pour amener les voyageurs à adopter des comportements sûrs. Pour éviter de transmettre des informations non pertinentes, les infirmières déterminent à l'avance les sujets à

aborder selon le profil des voyageurs (jeunes, sportifs, retraités, coopérants, vacanciers) et le type de voyages (p. ex., court séjour au bord de la mer, long séjour à la montagne, voyage d'aventure, stage de sensibilisation). Le but visé est de toucher davantage de clients en moins de temps.

En tenant compte de ces exigences, l'équipe réalise une présentation PowerPoint originale qui servira à faire un enseignement de groupe et à réduire ainsi le temps consacré à donner de l'information générale. Le produit fini présente les mesures universelles de prévention : lavage des mains, consommation d'eau potable, protection solaire, protection contre les moustiques, etc. On y trouve des liens hypertextes sur des sujets particuliers (altitude, milieu aquatique, arthropodes). Des liens sortants permettent même d'accéder, en cours de présentation, à des sites de référence comme ceux de Santé Canada et de l'Organisation mondiale de la santé. La présentation à un groupe permet en outre de dégager du temps pour les consultations individuelles, indispensables pour vérifier l'état de santé de la personne, établir son calendrier vaccinal et lui administrer les vaccins recommandés selon sa destination.

En 2004, «La consultation pré-voyage, un must!®» a permis à la clinique d'absorber une augmentation de 40% de sa clientèle. Les infirmières ont noté une meilleure assimilation des notions enseignées et un intérêt soutenu de la part des voyageurs. Dans l'ensemble, les rencontres ont donné lieu à des échanges dynamiques entre les participants. Au total, 1 153 voyageurs ont bénéficié de 1 930 interventions, comparativement à 817 voyageurs et 1 335 interventions l'année précédente. Par ailleurs, les rencontres de groupes et sans rendez-vous ont contribué à réduire les coûts liés à l'ouverture de dossiers et à la prise de rendez-vous.

L'équipe projette maintenant de produire un document écrit qui reprendra sommairement le contenu de la présentation informatique et sera remis à chaque voyageur. De plus, elle se propose de développer des partenariats avec d'autres instances : pharmacies, écoles de tourisme, coopérants étrangers, agences de voyage, cliniques médicales, de manière à offrir un enseignement pertinent au plus grand nombre possible de voyageurs. ●

Ont aussi collaboré à ce projet : Marie-Josée Genest, M.D., Gaétane Mercier, M.D., Jacinthe Rousseau, M.D.

Familles en envol, un coup de main aux familles en détresse

Hélène Bisson, inf., B.Sc.inf.
CSSS de Gatineau

Alléger la détresse des familles



Des familles participantes du programme *Familles en envol* sont réunies à l'occasion d'un barbecue communautaire.

Avec *Familles en envol*, finie la fragmentation des services : place à l'approche multidisciplinaire. En démarrant son projet avec l'aide de sept autres intervenants du milieu de la santé et des services sociaux, Hélène Bisson, infirmière au CSSS de Gatineau, souhaitait avant tout améliorer la santé des familles qui vivent une grande détresse sociale et encourager la « bienveillance » des enfants.

Pour commencer, il fallait créer un partenariat solide entre le CSSS de Gatineau, les centres jeunesse et un organisme communautaire, c'est-à-dire convaincre tous les professionnels travaillant dans ces milieux de mettre leurs expertises en commun. Cette première étape franchie, il restait à coordonner les actions de chaque intervenant. Un rôle pivot qui revenait tout naturellement à l'infirmière, mieux placée que quiconque pour établir un lien significatif avec les familles. C'est elle, en effet, qui veille à l'évaluation de la situation familiale, à la mise en œuvre de moyens d'intervention, à la coordination des soins et à l'amélioration des paramètres de santé.

L'infirmière soutient les familles, les accompagne et les oriente vers les services disponibles dans la collectivité. En plus de procéder à l'évaluation globale du milieu de vie et de l'état de santé des parents et des enfants, elle reste à l'écoute de leurs besoins ponctuels. L'infirmière s'assure que les enfants reçoivent les vaccins appropriés, prend certains rendez-vous médicaux et, le cas échéant, procure aux familles des moyens de transport pour s'y rendre. Son appui est précieux quand vient le temps de les convaincre d'adopter une hygiène de vie, de leur enseigner les soins de base et d'évaluer le développement des enfants.

Aux familles intéressées à participer au programme, l'équipe pose une seule condition : s'engager pour une période d'au moins dix-huit mois. Dès le début, on les encourage à se fixer elles-mêmes un objectif qu'elles jugent prioritaire (p.ex., ne plus recourir aux banques alimentaires, trouver un logement convenable, améliorer la relation avec les enfants). Par la suite, une équipe de professionnels établit un plan d'intervention concerté et adapté à chaque cas. Ce plan a pour but d'aider les familles à atteindre leur objectif. On espère ainsi les amener à vivre une série de succès. Par exemple, le seul fait que leur enfant ne manque de rien pour aller à l'école peut représenter une grande victoire pour des parents en détresse sociale.

Les activités auxquelles ils prennent part, qu'il y soit question des compétences parentales, de stimulation parents-enfant, de guérison des blessures de l'enfance ou d'autres sujets qui les touchent, les amènent à faire des choix éclairés. Dans ces conditions, les parents arrivent à s'approprier des façons de faire (encadrement, discipline, aide aux devoirs) en vue d'augmenter leur autonomie et leur liberté. Pour les parents comme pour les enfants, cela se traduit souvent par une meilleure estime de soi et une plus grande assurance.

Au cours de l'année 2003-2004, dix familles comprenant vingt enfants ont bénéficié du programme *Familles en envol*. Intensif, hebdomadaire et multidisciplinaire, le suivi leur procure le sentiment d'avoir enfin un certain contrôle sur leur vie et la stabilité dont elles ont tant besoin. D'après un rapport d'évaluation réalisé par des chercheurs de l'Université du Québec en Outaouais en juin 2004, 100 % des parents participants disent entretenir de meilleures relations avec leur entourage, tandis que 63 % ont noté une amélioration dans leur relation avec leurs enfants.

Familles en envol se poursuit. D'autres familles vivant une grande détresse sociale voient poindre l'espoir de sortir de leur isolement et d'améliorer leur qualité de vie. Pour leur part, Hélène Bisson et son équipe sont convaincues que l'approche multidisciplinaire sera une source d'inspiration pour les professionnels qui interviennent auprès de cette clientèle. ●

Ont aussi collaboré à ce projet : Louise Champagne et Jean Léandre Lévesque, agents de relations humaines du Centre jeunesse de l'Outaouais, Josée Caron et Andrée Bélanger, psychoéducatrices du CSSS de Gatineau, Amélie Provost et Denise Boudreau, intervenantes de Solidarité Gatineau-Ouest, Réal Cloutier, psychologue.

« Amis des bébés dans la communauté d'Argenteuil »

Diane Choquet, inf., B.Sc.inf.

Monique Thérien, chef de service, Enfance, famille, jeunesse/adulte
CSSS d'Argenteuil

Un gage d'excellence



Les infirmières Thérèse Legault et Diane Choquet, en compagnie d'une marraine d'allaitement.

En novembre 2004, le Centre de santé et de services sociaux d'Argenteuil devenait le premier en Amérique à recevoir l'appellation internationale « Amis des bébés dans la communauté »¹, qui reflète l'excellence des pratiques de soins et du soutien apporté aux mères et à leur bébé en milieu communautaire. Un exploit, si l'on songe que cette réussite s'inscrit dans un contexte où une forte proportion de la clientèle est défavorisée et isolée géographiquement.

Les deux conceptrices, Diane Choquet et Monique Thérien, respectivement infirmière et chef de service au CSSS d'Argenteuil, ont fait des pieds et des mains afin de promouvoir et d'instaurer des pratiques de soins et de services qui auront eu pour effet d'augmenter le taux d'allaitement maternel chez les mamans de la MRC d'Argenteuil. Après avoir démontré à tous les membres de l'équipe multidisciplinaire l'importance de promouvoir, de soutenir et de protéger l'allaitement maternel, elles conçoivent un programme intégré en allaitement maternel où chaque professionnelle a un rôle à jouer. En effet, pour assurer la continuité des soins, les infirmières interviennent au moment de

l'annonce de la grossesse, au cours des rencontres prénatales, dans le suivi postnatal, voire dans les haltes-allaitement. Et, cela va de soi, elles participent aux activités de promotion de l'allaitement maternel.

C'est l'infirmière responsable du dossier qui assure la liaison entre l'établissement et les mairaines d'allaitement et participe aux réunions trimestrielles des infirmières de liaison. Avec les collègues des CSSS environnants, elle participe à des comités visant à harmoniser les pratiques prénatales et postnatales de soins et services reliés à l'allaitement maternel.

Une fois que la structure du programme promotionnel est établie, il reste à mesurer la qualité des soins et services en allaitement maternel dans la communauté. Les deux conceptrices élaborent alors un plan d'action pour se conformer au *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel* et obtenir la désignation officielle de l'« Initiative des amis des bébés dans la communauté ». Les progrès (voir encadré) enregistrés sont si impressionnants que la certification est accordée au CSSS d'Argenteuil en novembre 2004, avec une note de 99,6 %. ●

Ont aussi collaboré à ce projet : Danielle Giroux, Carole Gravel, Chantal Morissette, Thérèse Paré-Legault, infirmières; Dominique Laroche, travailleuse sociale; Carole Angers, psychologue; Sylvie Ferland, nutritionniste; Martine Ayotte, organisatrice communautaire; Hélène Boyer, responsable Nourri-Source; Nicole Lapointe, responsable dossier allaitement, Direction de santé publique.

D'impressionnants résultats

- Le taux d'allaitement dans la MRC est passé de 54 % en 1998 à 77 % en 2004.
- L'équipe touche 90 % de la clientèle défavorisée en suivi postnatal. Le taux d'allaitement de ces mères atteint 64 %.
- Plus de 35 mères fréquentent les deux haltes-allaitement chaque semaine, comparativement à 3 en 1998.
- Le service compte 22 mairaines d'allaitement de Nourri-Source. Il en comptait 3 en 1998.

1. La certification « Amis des bébés^{MC} », habituellement attribuée aux hôpitaux, existe depuis 1991. Elle relève d'un programme international axé sur les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel lancé par l'UNICEF et l'OMS dans le cadre d'une stratégie internationale de nutrition.