

UETMIS

Unité d'évaluation des
technologies et des modes
d'intervention en santé

GUIDE OPÉRATIONNEL
Implication de la famille
dans les unités de soins intensifs pédiatriques



CHU Sainte-Justine

*Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant*

Pour l'amour des enfants

Université
de Montréal

GUIDE OPÉRATIONNEL

IMPLICATION DE LA FAMILLE DANS

DANS LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS PÉDIATRIQUES

Guide préparé par l'UETMIS du CHU Sainte-Justine

par

Nina N'Diaye
Mariève Simoncelli
Johanne Samson

Septembre 2014

Remerciements

Sylvie Charrette, cadre-conseil à la Direction des soins infirmiers, CHU Sainte-Justine

Expert consulté

Michel Lemay, directeur qualité, sécurité et risques et coordonnateur Planetree

ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

AIDET	<i>Acknowledge – Introduce – Duration – Explanation – Thank you</i>
BUS	Bâtiment des unités de soins spécialisés
CHUSJ	Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine
CU	Comité des usagers
HEART	<i>Hear the story; Empathize Apologize; Respond to the problem; Thank them</i>
IPFCC	<i>Institute for patient- and family-centered care</i>
NTR	Nom, Titre, Rôle
PiC	<i>Partners in Care Family Advisory</i>
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
SBAR	<i>Situation, Background, Assessment, Recommendation</i>
SCPF	Soins centrés sur le patient et la famille
UETMIS	Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
UPMC	<i>University of Pittsburgh Medical Center</i>
USIP	Unité des soins intensifs pédiatriques

INTRODUCTION

La mise en place d'une culture de soins centrés sur le patient et la famille (SCPF) au sein d'une unité est un long processus qui ne peut s'envisager comme un projet circonscrit dans le temps. En effet, cela requiert un changement d'état d'esprit de la part de tous les intervenants impliqués qu'il s'agisse des professionnels de la santé, du personnel administratif ou technique.¹ Ce changement de philosophie de soins présuppose l'établissement d'une vision et de buts communs définissant un cadre de référence sur les SCPF adapté à la réalité de chaque unité de soins ciblée.

CONTEXTE

Dans le cadre de la transition vers le bâtiment des unités de soins spécialisés (BUS) au CHU Sainte-Justine (CHUSJ), plusieurs processus de l'Unité des soins intensifs pédiatriques (USIP) seront revus dont les principes d'intégration de la famille. Ainsi, dans la nouvelle unité, la cohabitation des parents dans la chambre sera possible 24 heures sur 24 et plusieurs commodités seront mises à leur disposition. Ce changement organisationnel majeur ouvrira la porte à une plus grande participation des familles aux soins.

Un groupe de travail sur l'humanisation des soins a été formé à l'USIP. Il est engagé depuis plusieurs mois dans une réflexion sur l'intégration des familles dans le continuum de soins. Un processus de consultation de plusieurs groupes professionnels des soins critiques (médecins, infirmières, etc.) est en cours afin de recueillir leurs perceptions sur l'implication des familles dans les tournées médicales. Jusqu'à présent, les infirmières et les médecins ont été rencontrés séparément lors de groupes de discussion (*focus groups*) animés par un cadre-conseil de la Direction des soins infirmiers. Les résultats d'un premier questionnaire destinés aux professionnels sont en cours d'analyse. Un second questionnaire à l'intention des parents a également été élaboré sur le même thème.

Bien qu'il y ait une volonté d'intégrer les parents dans le parcours de soins, il est important de réfléchir à la façon de le faire, à la définition des règles pour l'encadrement de cette pratique et aux outils qui doivent être développés à l'intention des soignants et des familles.

Pour soutenir l'adoption de cette nouvelle philosophie des soins, l'Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (UETMIS) propose un **guide** complémentaire à la revue de littérature déjà réalisée.ⁱ Le présent document n'a pas pour but de faire une revue exhaustive de la littérature sur les stratégies d'implantation des SCPF. Il s'agit plutôt de relever quelques expériences pertinentes afin d'alimenter la réflexion du comité de travail sur la méthodologie et les outils nécessaires à la mise en place d'une culture de SCPF à l'USIP du CHUSJ.

ⁱ UETMIS du CHUSJ. Implication de la famille dans le continuum de soins aux patients dans les unités de soins intensifs pédiatriques, Août 2014, 46 p.

CADRE GÉNÉRAL

Au niveau de l'institution

L'*Institute for patient- and family-centered care* (IPFCC) a défini 8 étapes principales pour guider le processus d'implantation des SCPF **au niveau d'une institution**.ⁱⁱ Il s'agit de :

1. Mettre en place un processus permettant aux gestionnaires de se **familiariser** avec les SCPF;
2. Former un **comité directeur** impliquant des patients, des familles, des leaders de fait (informels) au sein de l'institution, des médecins et autres cliniciens issus de diverses spécialités;
3. **Évaluer** le niveau d'adoption de la philosophie des SCPF au sein de l'institution;
4. Identifier les **priorités** et établir un **plan d'action** en fonction des résultats de l'évaluation;
5. **Intégrer** les concepts des SCPF au niveau des priorités stratégiques de l'institution (mission, philosophie de soins, objectifs de qualité) en s'appuyant sur le plan d'action préalablement défini;
6. **Consulter** les patients et les familles de diverses manières. Désigner certains d'entre eux pour faire partie des comités clés et de certaines tables de travail;
7. **Former** les patients, les familles et les équipes de soins sur les SCPF; les amener à collaborer efficacement en vue de l'amélioration de la qualité des soins et de la réorganisation des services de santé. Donner par exemple, l'opportunité aux gestionnaires et aux cliniciens d'entendre des **témoignages de patients et de familles** sur leur expérience de soins lors de programmes de formation continue;
8. **Suivre** les changements, **évaluer** les processus, **mesurer** les impacts, faire évoluer la pratique des SCPF et souligner les succès.

Quelques exemples d'initiatives

En 2011, le *Centre for Innovation and Excellence in Child and Family-Centred Care* a été établi au *SickKids*. Ce centre travaille avec les enfants, les parents et le personnel afin d'évaluer des approches novatrices et d'instaurer les meilleures pratiques favorisant la progression des soins centrés sur l'enfant et sur la famille.

Dans la même optique, le *Partners in Care Family Advisory* (PiC) a été créé afin de promouvoir les meilleures pratiques de soins centrés sur la famille au sein du *BC Children's Hospital*. Ce groupe inclut des membres du personnel et des familles. Il permet entre autres d'impliquer ces dernières dans les décisions qui affectent leurs expériences ainsi que les soins des patients.

ⁱⁱ <http://www.ipfcc.org/get-started/>

Au niveau d'une unité de soins

Le succès de l'adoption des SCPF **au niveau d'une unité de soins** repose autant sur des approches qui émanent de la haute direction (*top-down*) que l'inverse (*bottom-up*). Les étapes d'implantation sont similaires à celles précédemment citées avec quelques nuances : ¹

- Mettre en place un processus permettant à tout le personnel de l'unité de se familiariser avec les SCPF et de se former. Il est important d'impliquer dans ce processus des représentants des patients et des familles;
- Évaluer le niveau d'adoption de la philosophie des SCPF au sein de l'unité (situation actuelle);
- Identifier les priorités et établir un plan d'action en fonction des résultats de l'évaluation (situation future);
- Intégrer les principes des SCPF à la culture de l'unité en s'appuyant sur le plan d'action préalablement défini;
- Suivre les changements, évaluer les processus, mesurer les impacts, faire évoluer la pratique des SCFP et souligner les succès.

L'*Institute for patient- and family-centered care* (IPFCC) a développé plusieurs **outils** disponibles en ligne pour faciliter la réalisation de ces étapes (outil d'auto-évaluation, exemple de plan d'action, outils pour recruter des représentants des patients et des familles, etc.).ⁱⁱⁱ Évaluer la situation actuelle est une étape essentielle. La méthode consistant à **suivre la trajectoire de soins du patient et de sa famille** (*patient and family shadowing*) permet de capturer le point de vue de ces derniers par l'intermédiaire d'un observateur naïf (étudiant d'été, étudiant en soins infirmiers ou en médecine, bénévole). Des améliorations peuvent ensuite être proposées afin de les intégrer au plan d'action. Le *University of Pittsburgh Medical Center* (UPMC) a utilisé cette stratégie pour améliorer l'expérience de soins des patients et des familles. ² Des outils spécifiques ont été développés pour guider les équipes sur les éléments importants à considérer lors de l'exercice d'observation (*shadowing*) tels que :

- les premières impressions de l'observateur;
- les trajectoires de soins actuelles;
- les étapes redondantes;
- les processus de travail au sein des équipes;
- certains indicateurs comme le temps d'attente, le nombre et le type d'interactions et de communication entre le patient, sa famille et l'équipe de soins;
- les réactions du patient et de sa famille.

Selon l'expérience de l'UPMC, le recours à cette stratégie a permis d'identifier des pistes d'amélioration et des solutions provenant des patients, des familles, des observateurs ainsi que des soignants. Ce **processus participatif** a eu l'avantage de diminuer le niveau de résistance du personnel vis-à-vis des SCPF. De plus, cette approche basée sur l'analyse des processus permet d'éviter que le blâme ne soit jeté sur les professionnels, diminuant ainsi le risque de provoquer une attitude défensive chez le personnel. ² Quelques outils pour la réalisation d'un

ⁱⁱⁱ <http://www.ipfcc.org/>

exercice d'observation sont présentés en annexe (cf. Annexe A). La **formation** des équipes sur les SCPF constitue également un élément clé favorisant **l'adhésion des acteurs**. Il peut s'avérer gagnant de consacrer chaque année une journée pour la formation du personnel, des représentants des patients et des familles sous forme d'ateliers ou de retraite (formation SCPF).¹

Au CHUSJ, l'exercice d'observation pourrait relever de la Direction de la qualité, de la sécurité et des risques qui a développé une expertise sur l'évaluation de l'expérience patient (Bureau de l'expérience client) en collaboration avec le comité des usagers (CU).

Attitudes et comportements pro-SCPF

L'IPFCC a identifié plusieurs attitudes et comportements qui facilitent l'intégration des SCPF à la pratique clinique.^{iv} Ils concernent tous les niveaux d'une institution.

Au niveau de l'institution :

- " Valoriser l'apport des patients et de leur famille entre collègues;
- Croire en l'importance de leur implication dans la planification et les prises de décision au niveau des politiques de l'institution;
- Croire en l'apport unique des patients et de leur famille à la réalisation d'un projet;
- Croire qu'ils peuvent aller au-delà de leurs propres expériences et problèmes;
- Croire que leurs perspectives et opinions et celles des soignants sont toutes aussi valides les unes que les autres pour la planification et les prises de décision au niveau des politiques de l'institution. "

Au niveau des équipes de soins :

- " Croire que les patients et leur famille apportent une perspective et une expertise uniques à la relation clinique;
- Les encourager à parler librement;
- Écouter avec respect les opinions qu'ils expriment;
- Les encourager à participer au processus de prise de décision thérapeutique. "

Au niveau des représentants des patients et des familles :

- " Comprendre ce qui est exigé des représentants des patients et des familles au niveau de leur travail avec les équipes de soins et les comités;
- Les aider à se fixer des objectifs clairs par rapport à leur rôle;
- Ne pas hésiter à leur déléguer des responsabilités;
- Comprendre qu'ils peuvent être amenés à se désengager de leurs responsabilités de représentants pour répondre à leurs obligations familiales."

^{iv} <http://www.ipfcc.org/>

QUELQUES PRATIQUES EXEMPLAIRES PRO-SCPF

Plusieurs établissements de soins de santé canadiens et américains se sont engagés dans une démarche d'humanisation des soins. Certains hôpitaux ont d'ailleurs reçu l'accréditation *Planetree* (cf. Annexe B). Les normes d'Agrément Canada reprennent également certains points du programme *Planetree* (cf. Annexe C). Voici quelques exemples de pratiques pro-SCPF mises en place en milieu hospitalier. Elles concernent 2 thèmes principaux, soit la communication avec les familles et la création d'un partenariat entre le patient, sa famille et les soignants.

AMÉLIORER LA COMMUNICATION AVEC LES PATIENTS ET LEUR FAMILLE

Outils pour les professionnels de la santé

La communication entre les professionnels de la santé et les familles est essentielle pour assurer la sécurité des patients et pour réduire leur niveau d'anxiété et de stress, surtout en pédiatrie. Un outil de communication simple à mettre en place a été adopté par plusieurs hôpitaux à travers le monde : l'**outil NTR** (Nom, Titre, Rôle). Les établissements de santé de la région de Saskatoon ont commencé à l'utiliser en 2010. Ainsi, chaque membre du personnel est enjoint à porter un badge avec son nom, à se présenter et à expliquer son rôle aux patients dont il a la charge. ¹ Cela permet de mettre les soignants, les patients et leur famille sur un pied d'égalité, facilitant de ce fait la communication entre les parties. Cet outil peut facilement être utilisé dans n'importe quel milieu de soins. Il pourrait également s'avérer utile d'inscrire les noms et rôles des membres de l'équipe avec photos à l'appui sur un tableau installé à l'entrée de l'unité.

Dans le même ordre d'idée, le *Studer Group* a développé l'outil **AIDET** intégrant les 5 aspects fondamentaux liés au service aux patients. ³ L'acronyme AIDET (*Acknowledge – Introduce – Duration – Explanation – Thank you*) rappelle aux soignants les points importants à ne pas oublier pour améliorer l'expérience de soins des patients et de leur famille :

- **Acknowledge** – reconnaître que le patient est important en l'appelant par son nom, en établissant un contact visuel et en étant poli et respectueux;
- **Introduce** – se présenter en précisant son nom, son rôle et son champ d'expertise;
- **Duration** – gérer les attentes du patient et de sa famille concernant le temps (temps d'attente pour les examens, pour une admission ou pour avoir un résultat);
- **Explanation** – donner des précisions sur ce qui est en train de se faire, sur ce à quoi s'attendre, répondre aux questions;
- **Thank** – remercier le patient et sa famille pour leur coopération et leur patience.

Un autre outil a été créé pour aider les professionnels à **gérer les plaintes et les préoccupations** des patients et de leur famille (**H.E.A.R.T** – *Hear the story; Empathize Apologize; Respond to the problem; Thank them* – ou **outil des 5 E**). Il précise les 5 bonnes attitudes à adopter en pareille situation, à savoir :

- **Écouter** le patient et sa famille;
- Faire preuve d'**empathie** à leur rencontre;

- S'**excuser** de la situation;
- S'**engager** à trouver une solution;
- Les **encourager** tout en les remerciant.

Outils pour les patients et leur famille

Dans la région de Régina, la campagne "**Vous avez le droit de poser des questions**" a été lancée dans le but d'accroître la sécurité des patients et la qualité des soins. La place du patient et de sa famille comme partenaires de soins y est reconnue. Ainsi, l'outil développé (**outil des 4P**) les invite :¹

- à **parler** et à exprimer toutes leurs préoccupations ou inquiétudes;
- à **poser des questions** pour s'assurer qu'ils comprennent bien les informations données;
- à s'entourer de leurs **proches** (membres de la famille et amis) et à bénéficier de leur soutien;
- à être **proactifs** par rapport au traitement et à s'informer sur la maladie en sachant par exemple :
 - ✓ quelles sont les options de traitement possibles;
 - ✓ comment améliorer leur état de santé;
 - ✓ le nom des médicaments prescrits (en obtenir la liste);
 - ✓ le nom du médecin traitant et de son remplaçant.

Pour soutenir les patients et leur famille dans ce processus, un **carnet** peut être laissé à leur intention dans chaque chambre afin de pouvoir noter leurs questions. Le personnel peut les inviter à le faire en leur précisant à quel endroit ils doivent placer leurs notes pour que le médecin en prenne connaissance.

Soulignons que quel que soit l'outil adopté, une bonne communication entre professionnels de la santé et patients repose d'abord et avant tout sur l'utilisation d'un langage simple et clair qui **bannit le jargon médical**.

Prendre en compte les aspects culturels

Dans la perspective d'humanisation des soins, il est essentiel de sensibiliser et de former le personnel sur les différentes normes culturelles pour une meilleure compréhension des besoins et des attentes d'une clientèle multi-ethnique. Cela inclut aussi bien les normes reliées aux religions, les croyances relatives aux soins de santé que l'implication des familles, les habitudes alimentaires, etc. Des outils de référence facilement consultables peuvent être mis à la disposition du personnel. Considérant l'approche des soins personnalisés, il est important de ne pas faire de généralisations sur la base de l'appartenance à une culture et de plutôt considérer chaque patient comme étant unique.

ÉTABLIR UN PARTENARIAT AVEC LE PATIENT ET SA FAMILLE

Plusieurs approches complémentaires permettent de favoriser l'établissement d'un partenariat entre les soignants, le patient et sa famille ce qui facilite de beaucoup l'implantation d'une

culture de sécurité partagée et offre une opportunité de mieux soutenir la famille. Elles peuvent toucher, par exemple, les politiques concernant :

- l'accès des familles au dossier médical;
- l'organisation des soins selon les besoins et les choix des patients;
- l'implication des familles dans les processus de prise de décisions;
- la présence des familles durant les changements de quart, les tournées médicales, les procédures invasives ou la réanimation cardiorespiratoire.

Politique d'accès au dossier médical

Les patients et leur famille devraient être encouragés à lire le dossier médical. Selon la philosophie d'humanisation des soins, il s'agit d'une des conditions facilitant la participation active des patients et de leur famille au continuum de soins.⁴ Les infirmières passent en revue les informations avec eux, répondent aux questions et expliquent les termes spécifiques au jargon médical. Cet exercice permet de valider les informations présentes dans le dossier et de s'assurer qu'il n'en manque pas (par exemple, allergies). Cette démarche peut s'avérer gagnante sur le plan de la prévention des erreurs médicales. Elle doit être encadrée par une politique et une procédure qui en déterminent les modalités d'application (identification des personnes qui ont l'autorisation d'accéder au dossier, requête pour lire le dossier, requête pour y apporter des corrections, etc.).⁴

Adaptation de l'organisation des soins

Trop souvent, les routines de dispensation des soins au sein d'une unité sont conçues selon les préférences et les besoins du personnel. C'est le cas, entre autres, pour les prélèvements sanguins ou la surveillance des signes vitaux. Le fait d'avoir un horaire plus flexible adapté, dans la mesure du possible, aux préférences des patients leur permet d'avoir un certain contrôle sur le déroulement de la journée.¹ Certains hôpitaux ont d'ailleurs adopté le concept de **nuit sans procédures** pour maximiser les bienfaits du sommeil chez les patients. Il est possible d'adapter cette philosophie aux exigences de certains secteurs de soins tels que les soins intensifs pédiatriques en réduisant sensiblement le nombre de procédures réalisées durant la nuit selon la condition des patients.

Prise de décisions partagée

La prise de décision partagée est une pratique pro-SCPF adoptée par plusieurs centres hospitaliers à travers le monde (le *National Health Services* au Royaume-Uni, le *Dartmouth-Hitchcock Medical Centre* aux États-Unis ou l'*Ottawa Hospital Research Institute*). Cette pratique se définit comme un processus de décision impliquant les professionnels, les patients et leur famille de sorte qu'ils sont engagés dans un mode de **communication interactive**. L'*Ottawa Hospital Research Institute* a développé de nombreux outils et tutoriels pour la prise de décision partagée dont un guide d'aide à la décision.^v Ces outils peuvent facilement être adaptés aux besoins d'une USIP.

^v Patient Decision Aids Research Group (2012). Ottawa Personal Decision Guide.
<http://decisionaid.ohri.ca/decguide.html>

Rapport de changement de quart de travail

Lors des changements de quart de travail, il y a une importante transition durant laquelle s'opère un transfert de la responsabilité des soins des patients d'une infirmière à une autre. Ces dernières s'échangent des informations importantes. Le rapport de changement de quart est habituellement effectué à l'extérieur de la chambre du patient. Les risques de mauvaise compréhension ou de mauvaise communication sont non négligeables lors de ces transitions. La présence des familles faciliterait leur implication dans le processus de transfert d'informations et leur participation aux discussions sur le plan de traitement, l'évolution du patient ou sur toute autre problème survenu au cours de la journée. ¹

La technique **SAER** peut être utilisée lors de changement de quart (exemple du *Riverside Methodist Hospital in Columbus* aux Etats-Unis). ¹ Elle permet de s'attendre à ce que des renseignements précis, pertinents et essentiels soient communiqués au cours de la conversation chaque fois que le cas d'un patient fait l'objet d'une discussion. SAER est l'acronyme de "**S**ituation, **A**ntécédents, **É**valuation, **R**ecommandation" (ou **SBAR** en anglais pour *Situation, Background, Assessment, Recommendation*). ⁵ Le processus se fait de la manière suivante :

- la **situation** est communiquée par l'infirmière qui termine son quart de travail; elle détermine le sujet à aborder;
- les **antécédents** comprennent tous les renseignements nécessaires à la prise d'une décision éclairée à l'intention du patient, comme la liste des médicaments actuels, ou les données récentes sur les signes vitaux;
- au cours de l'**évaluation**, l'infirmière rend compte de la situation et de l'état du patient;
- en dernier lieu, l'infirmière qui termine son quart de travail donne ses **recommandations** sur les mesures qui devraient être prises.

Ce modèle de communication développe la culture du travail d'équipe et de sécurité du patient. ⁵ Les familles et les soignants sont mieux informés, le processus plus individualisé, ce qui augmente le niveau de satisfaction des patients. ⁶

Tournées médicales

Expérience du SickKids

Dans la section du site Internet du *SickKids* à l'intention des familles, il est spécifié que les parents peuvent participer aux tournées médicales à l'unité des soins intensifs pédiatriques, mais qu'il peut leur être demandé de sortir de la chambre lorsque l'équipe discute des soins des autres enfants dans la même chambre. Il est notamment expliqué que l'objectif des tournées n'est pas de transmettre de l'information aux familles et que les décisions portant sur les soins qui ont été prises lors des tournées seront discutées avec les parents par le médecin et l'infirmière après les tournées. C'est à ce moment que les questions des parents et les problématiques pourront être soulevées.

Expérience du Cincinnati Children's Hospital

L'hôpital *Cincinnati Children's* a adopté la philosophie des SCPF depuis plusieurs années. Ils ont développé leur expertise notamment en ce qui concerne les **tournées médicales en présence des familles** et proposent un modèle d'implantation de cette nouvelle pratique en 8 étapes (cf. Annexe D). Les étapes clés sont les suivantes :

1. **Identifier des "champions"** de divers groupes professionnels qui sont favorables et à l'aise avec la tournée en présence des familles et les déployer;
2. **Créer un groupe de travail interdisciplinaire** sur les tournées en présence des parents;
3. **Inviter les patients et leur familles** à participer aux tournées en faisant la promotion de cette nouvelle pratique au sein de l'unité;
4. **Préparer** le personnel, les résidents et les étudiants aux tournées en présence des familles (information et tutoriels);
5. **Effectuer un *debriefing*** après la tournée pour favoriser la réflexion sur cette pratique (pratique réflexive);
6. **Évaluer le comportement** des étudiants, des résidents et du médecin traitant durant la tournée;
7. **Évaluer le processus** de la tournée et mesurer certains indicateurs;
8. **Transférer** cette nouvelle pratique vers d'autres secteurs de soins.

Un **guide d'implantation** des tournées en présence des familles et de nombreux **outils** ont également été développés par cet hôpital :

Guide d'implantation

<http://www.cincinnatichildrens.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=85933&libID=85621>

Tutoriels

<http://www.cincinnatichildrens.org/professional/referrals/patient-family-rounds/videos/>

Autres sources d'information

<http://www.cincinnatichildrens.org/professional/referrals/patient-family-rounds/default/>

Les **leçons tirées** de l'expérience du *Cincinnati Children's* sont nombreuses. Il est clair que la pratique des tournées en présence des familles constitue un défi pour les professionnels de la santé, car il s'agit d'une approche totalement novatrice qui requiert la constante gestion d'un certain **niveau d'incertitude** émanant aussi bien des soignants que des familles.

Les familles apprécient néanmoins d'avoir le choix de participer aux tournées. Le fait qu'elles soient consultées sur leurs préférences sur le déroulement de la tournée favorise l'établissement d'un véritable partenariat. Il peut s'agir, par exemple, d'offrir la possibilité aux familles de discuter de certains sujets en dehors de la présence de leur enfant ou d'avoir un temps de rencontre avec l'un des professionnels après la tournée pour obtenir de plus amples informations. Les familles souhaitent également que le langage employé par les soignants soit simple pour faciliter leur compréhension et leur participation aux discussions. Quant aux étudiants et résidents, ils sont peu familiers avec cette pratique, mais il ressort qu'ils développent une certaine expérience et se sentent plus à l'aise avec le temps.

Présence des parents lors de la réanimation cardiorespiratoire

En 2007, une réflexion sur la place des parents lors de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) de leur enfant a été réalisée à l'USIP du **CHU Sainte-Justine**. La revue de la littérature effectuée par les auteurs montre que de plus en plus de parents souhaitent rester auprès de leur enfant lors de la RCR alors que cette demande serait associée à un inconfort au sein de l'équipe de soins.⁷ À partir d'entrevues individuelles menées auprès de **5 parents** (dont 2 ont été témoins de la RCR de leur enfant et 3 ont été invités à se retirer), les besoins suivants des parents ont été identifiés :

- **Être auprès de leur enfant** (avoir un contact visuel en étant à proximité de leur enfant et pouvoir le toucher; s'assurer que tout a été fait pour la survie de leur enfant);
- **Être informé régulièrement de l'état de santé** de leur enfant pendant la RCR (raisons du choix du traitement, réponse de l'enfant aux manœuvres, etc.);
- **Être assisté et soutenu durant la RCR** par un professionnel de la santé assigné (réponse à leurs questions, encadrement des échanges avec leur enfant, etc.)
- **Avoir un suivi post-RCR.** Un compte rendu systématique entre les soignants favorise l'amélioration du processus d'intervention, l'amélioration de la pratique, la gestion de l'environnement immédiat, dont la place des familles et permet d'échanger sur les bons coups.

La perspective des **soignants** a aussi été analysée *via* des groupes de discussion auxquels 11 infirmières des soins intensifs pédiatriques du CHUSJ ont participé. Ces dernières ont soulevé certaines barrières à la présence des parents lors de la RCR dont le fait que d'être témoin de cet événement pouvait représenter un traumatisme pour les parents, le risque d'augmentation du niveau de stress des membres de l'équipe et les contraintes aux niveaux des espaces physiques restreints. D'autres facteurs sont cependant perçus comme pouvant faciliter la présence parentale lors de la RCR. Ainsi, ceci permettrait aux parents de maintenir le contact avec leur enfant et de continuer à exercer leur rôle de parent. La désignation d'une infirmière responsable de soutenir les parents est perçue comme étant nécessaire lors de la RCR.⁷

Ce travail d'analyse n'a malheureusement pas mené à un changement de pratique concret au sein de l'USIP du CHUSJ. Cette expérience démontre l'**importance d'une bonne préparation du terrain**. Par ailleurs, une stratégie d'implantation graduelle des SCPF basée sur l'**intégration successive des éléments de base de cette philosophie de soins** (analyse systématique des besoins des familles et mise en place d'un mode de communication efficace) favoriserait l'enracinement du changement.

Outils pour l'accompagnement des soignants

Cette réflexion menée à l'USIP du CHUSJ a permis d'identifier les interventions réalisées par les infirmières pour soutenir les parents lors d'une RCR. Elles sont présentées au **tableau 1**. Elles ont lieu lors des 4 temps suivants :

- à l'admission;
- lorsque le risque d'une RCR se présente;
- durant la RCR;
- après la RCR.

Tableau 1. Exemples d'interventions infirmières concrètes à privilégier

ADMISSION DE L'ENFANT AUX SIP
<p>Questionner les parents sur leurs besoins</p> <ul style="list-style-type: none">- S'intéresser aux besoins des parents sur le sujet- Utiliser les questions systémiques proposées par l'approche familiale en soins infirmiers
<p>1. Expliquer le contexte propre aux SIP</p> <ul style="list-style-type: none">- Discuter avec les parents du fonctionnement de l'unité- Offrir aux parents une visite guidée des lieux- Informer les parents des divers sons et alarmes- Encourager la participation des parents aux soins de leur enfant- Informer les parents de la disponibilité des infirmières pour répondre aux questions <p>2. Préparer les parents au risque potentiel d'une RCR</p> <ul style="list-style-type: none">- Aborder le sujet- Discuter de cette éventualité à l'occasion des rencontres familiales- Répondre aux questions des parents à ce sujet
PENDANT LA RCR
<p>3a. Offrir aux parents l'option d'être présents ou non auprès de leur enfant</p> <ul style="list-style-type: none">- Évaluer le besoin des parents d'être auprès de leur enfant- Préparer les parents à ce qu'ils risquent de voir et d'entendre (nombre de professionnels présents, ajout de matériel)- Évaluer avec l'équipe soignante le moment opportun pour inviter les parents au chevet de leur enfant- Discuter des modalités avec la famille (durée allouée, conditions définies pour quitter le chevet)- Encourager les parents à parler, toucher et réconforter leur enfant. <p>3b. Donner de l'information</p> <ul style="list-style-type: none">- Informer les parents de l'état de santé de leur enfant- Informer les parents du pronostic de la RCR, une fois connu- Discuter des traitements en cours (langage simple)- Aborder l'intensité des manœuvres de la RCR <p>3c. Assister et soutenir les parents en cas de RCR</p> <ul style="list-style-type: none">- Affecter une infirmière au soutien des parents- Questionner fréquemment les parents sur leurs besoins- Répondre aux besoins exprimés par les parents- Répondre aux questions des parents- Guider les parents dans leurs échanges avec leur enfant- Aider les parents à communiquer avec leurs proches
APRÈS LA RCR
<p>4. Assurer un suivi</p> <ul style="list-style-type: none">- Inviter les parents à verbaliser leurs émotions- Être à l'écoute et offrir un retour sur l'expérience vécue- Répondre aux questions des parents et donner des compléments d'information au besoin- Assurer un suivi téléphonique après la survenue de la RCR- Envoyer une carte à la famille si le décès survient.

Source : Houle, 2009⁷

Expérience de l'hôpital Necker

Le service de réanimation pédiatrique de l'**hôpital Necker** de Paris a mis en place une démarche commune d'accueil de la famille. La présence des parents est possible lors d'une réanimation cardiovasculaire, mais aucun protocole formel n'est instauré au sein de ce service sur la prise en charge des parents durant cette pratique.

Lorsque les parents souhaitent être présents durant la RCR, une personne de l'équipe est assignée pour les soutenir et leur donner les explications. Les infirmières soulignent que la présence parentale lors de la réanimation fait l'objet de débats au sein de leur équipe et doit être mieux encadrée puisqu'il s'agit d'une approche novatrice autant dans ce centre que dans le reste de la France. Lors d'un décès, un temps est alloué aux parents pour se recueillir auprès de leur enfant dans sa chambre et ils peuvent participer à la toilette et aux soins *post-mortem*. Un livret de deuil réalisé en collaboration avec une association de soutien aux parents leur est remis. Les auteurs concluent qu'ils doivent poursuivre leur réflexion en équipe sur une méthode commune d'accompagnement des parents.⁸

Expérience de l'hôpital Reine Fabiola

À l'USIP de l'**hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola** situé à Bruxelles, des groupes de parole post décès sont organisés à la demande des soignants. Ceci permet, entre autres, aux personnes qui ont participé aux soins d'échanger entre eux sur le patient décédé et s'inscrit dans les rituels.⁹

RESSOURCES UTILES

Site *Planetree* proposant un guide complet d'implantation des soins centrés sur le patient et la famille :

<http://planetree.org/wp-content/uploads/2012/01/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10-28-09-Final.pdf>

Site de l'*Institute for patient- and family-centered care* (IPFCC): <http://www.ipfcc.org/>

Site du *Cincinnati Children's Hospital* présentant des outils pour l'implantation des tournées en présence des familles :

<http://www.cincinnatichildrens.org/professional/referrals/patient-family-rounds/default/>

Site de l'*Ottawa hospital Research Institute* présentant un outil d'aide à la décision :

<http://decisionaid.ohri.ca/decguide.html>

CONCLUSION

L'étendue de l'implication des patients et de leur famille dans le continuum de soins doit être bien définie et pouvoir se concrétiser à tous les niveaux de soins et ce dès le début de l'hospitalisation (soit à l'accueil) jusqu'à la sortie.

Des pistes de réflexion sont proposées. Ainsi, à **court terme**, il faut d'abord évaluer la situation actuelle de l'unité (niveau d'adoption de la philosophie des SCPF) afin de servir de point de référence). Il faut ensuite définir l'implication des familles dans l'élaboration du guide de vie de

l'USIP (heures de visites, place des pratiques adjuvantes, place de la famille au chevet, présence de la fratrie) et les règles encadrant cette implication. Il faut également élaborer un guide de soutien en cours d'hospitalisation ou lors d'un décès. Toutes les parties prenantes devraient participer à cet exercice soit les intervenants, les patients et leur famille. Il est important de former les soignants et de leur fournir des outils afin de favoriser l'intégration des familles dans le parcours de soins. Notons que le point de vue des patients et de leur famille est requis dans tout processus de transformation des pratiques. À ce chapitre, la DQSR pourrait recueillir de l'information utile. La définition d'objectifs mesurables et d'un plan de développement de la démarche d'humanisation des soins pourra servir de guide pour les pratiques de soins et la gestion de l'environnement.

À **moyen terme**, la présence des parents lors des tournées médicales ainsi que durant les procédures invasives et la réanimation mérite une attention particulière. La préparation du terrain et l'importance d'assigner une infirmière au soutien des familles doivent être considérées. Suite à l'expérience développée à court terme, il sera plus facile de baliser les situations critiques. Les objectifs établis au départ devraient être évalués tout au long de la mise en place de la démarche.

Une évaluation des approches adoptées pour favoriser l'implication des familles dans tout le continuum de soins aux patients à l'USIP devrait permettre de réajuster le tir au besoin et d'offrir un environnement adapté aux intervenants, aux patients et à leur famille.

À plus **long terme**, la formation des équipes ainsi que des représentants des patients et des familles sur la philosophie des SCPF devraient se faire de façon continue.

ANNEXE A. OUTILS POUR UN EXERCICE D'OBSERVATION (*SHADOWING*)

a. Qualités d'un observateur

- Attitude positive
- Empathie, compassion
- Souci du détail
- Pensée critique
- Polyvalence
- Fiabilité
- Crédibilité
- Aptitude relationnelle avec les patients et les familles/ avec les équipes de soins

b. Éléments à considérer lors d'un exercice d'observation

Données d'identification

- Date
- Nom du projet/scénario
- Lieu
- Heure de début
- Heure de fin

Premières impressions

Comment vous sentiriez-vous en tant que patient ou membre de sa famille si vous expérimentiez pour la première fois ce que vous êtes en train d'observer?

Observations des flux

Flux du patient, de sa famille et de l'équipe de soins.

Par exemple, indiquer l'heure de chaque événement, noter qui entre et sort, où ils vont et combien de temps ils sont partis, quand ils reviennent, ce qu'ils font, etc...

Observation directe

Commentaires du patient, de sa famille et/ou du personnel en lien direct avec l'expérience patient

Description de l'expérience patient idéale

Que changeriez-vous et de quelle façon pour mener à l'expérience patient idéale?

Conclusion

Résumé de toutes les impressions perçues au cours de l'observation

ANNEXE B. PROGRAMME DE RECONNAISSANCE PLANETREE



PROGRAMME DE RECONNAISSANCE DES PROGRÈS D'IMPLANTATION DU MODÈLE PLANETREE

Demande de reconnaissance

Outil d'auto-évaluation pour les reconnaissances Bronze et Argent

Le Programme de reconnaissance Planetree a été conçu dans le but de compléter le programme de Désignation. Le Programme de reconnaissance offre l'occasion aux établissements d'atteindre une reconnaissance externe pour les efforts et le progrès vécu dans l'organisation en lien avec tout le processus de changement de culture organisationnelle qu'amène le modèle Planetree. La création du programme de reconnaissance, avec ses niveaux bronze et argent, se veut une façon de rendre la Désignation plus accessible. Il crée des jalons entre l'affiliation au Réseau et la Désignation comme établissement d'excellence. L'atteinte de ces jalons constitue pour l'organisation qui les reçoit, une occasion de célébrer ses réussites sur le parcours vers la Désignation.

Les niveaux Bronze et Argent sont une prolongation du Programme de Désignation. **Les critères de Désignation n'ont pas changé.**

En conséquence, cette application est pour les sites qui ne demandent que la reconnaissance de niveau Bronze ou Argent. Les établissements qui souhaitent effectuer une demande de Désignation continueront d'utiliser l'outil d'auto-évaluation pour la Désignation. Notez cependant que, dans un effort d'optimisation de l'efficacité des organisations qui s'inscrivent à l'un ou l'autre des niveaux du programme de reconnaissance, l'outil d'auto-évaluation a été conçu pour permettre aux établissements de bâtir leurs dossiers à partir du niveau précédent sans avoir à tout recommencer.

Les organisations qui sont intéressées par les niveaux Bronze ou Argent doivent remplir le questionnaire qui suit en vue d'effectuer un état de situation de l'organisation qui permettra de déterminer le niveau pour lequel l'établissement devrait appliquer. **Les conseillères Planetree demeurent à votre disposition et sont les mieux placées pour vous accompagner dans ce processus.** Au moment de soumettre votre dossier, le questionnaire et les pièces justificatives seront requises. Vous devrez soumettre le tout par voie électronique au Réseau Planetree Québec, le tout accompagné du formulaire d'inscription, dans lequel vous aurez pris soin de bien indiquer le niveau pour lequel vous appliquez.

Instructions concernant le formatage des documents :

- Veuillez répondre à même le document d'application. Si des documents sont annexés, veuillez les nommer en fonction du numéro de la question à laquelle ils font référence...
- Commencez par répondre aux critères requis. Procédez ensuite aux critères optionnels.

Un mot sur les critères

Les critères de désignation Planetree sont conçus pour être applicables à tous les prestataires de soins de santé. Dans certains cas, toutefois, des critères spécifiques peuvent s'appliquer différemment selon votre mission d'établissement. En cas de doute, référez-vous aux conseils de mise en œuvre des Critères de Désignation internationale.



Inscription BRONZE ou ARGENT

Section I: Informations requises sur l'organisation

Date d'inscription: _____

Nom de l'organisation: _____

Designation Site Visit Coordinator (Name & Title): _____

Téléphone : _____ Courriel: _____ Télécopieur: _____

Type d'organisation:

CSSS

CHUS

CHSLD

CR

CJ

Autre, décrire svp : _____

Date de la dernière évaluation ou évaluation de progrès: _____

Si applicable, date de la dernière reconnaissance Planetree reçue : _____

Niveau obtenu : Bronze Argent Or (Désignation Planetree)

Niveau de reconnaissance souhaité* :

Bronze

Argent

**Le niveau que vous identifiez est celui qui vous sera attribué. Par exemple, une organisation qui s'inscrit pour un niveau de reconnaissance n'aura pas l'option de recevoir le niveau supérieur ou inférieur en fonction de la documentation fournie. Une demande pour la reconnaissance Or doit être complétée sur le formulaire spécifique à ce niveau.*

ANNEXE C. NORMES D'AGRÉMENT CANADA



Sécurité



7.7

PRATIQUE ORGANISATIONNELLE REQUISE : De concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas), l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et l'utilise pour faire le bilan comparatif des médicaments aux points de transition des soins.

Conseils

La recherche démontre que chez plus de 50 % des usagers, il y a au moins une contradiction entre la liste de médicaments de la maison et les médicaments prescrits à l'admission à l'hôpital. Un bon nombre de ces écarts sont susceptibles de causer des événements indésirables liés aux médicaments – un problème reconnu pour nuire à la sécurité des patients. Dresser le bilan comparatif des médicaments diminue les risques d'omission, de double prescription et d'erreur de prescription aux points de transition des soins. C'est aussi une façon rentable de réduire les erreurs liées aux médicaments et les remaniements associés à la gestion des médicaments de l'utilisateur.

Le bilan comparatif des médicaments est un processus structuré qui sert à communiquer des renseignements exacts et complets sur les médicaments d'un usager aux points de transition des soins. Il devient une responsabilité partagée dont il faut discuter avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (selon le cas). Le bilan comparatif des médicaments exige une approche collaborative entre les divers professionnels de la santé de la communauté (tels que les prestataires de soins primaires, les prestataires de soins et services à domicile et les pharmaciens communautaires).

Une trousse de départ destinée aux équipes de soins de courte durée est disponible dans le site Web de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant! à l'adresse suivante : www.saferhealthcarenow.ca.

Le bilan comparatif des médicaments commence par la production du meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) pour chaque usager. Le MSTP est une liste complète et à jour des médicaments pris par l'utilisateur, y compris les médicaments d'ordonnance et en vente libre, les remèdes traditionnels, holistiques et à base de plantes médicinales, ainsi que les vitamines et les suppléments. Le nom, la dose, la fréquence et la voie d'administration de chaque médicament y sont notés. Pour le produire, il faut poser des questions à l'utilisateur, à la famille ou au soignant (selon le cas) et consulter au moins une autre source d'information comme le dossier médical de l'utilisateur, son profil pharmaceutique de la pharmacie communautaire ou le profil médicamenteux disponible dans une base de données provinciale. Le MSTP, une fois produit, doit accompagner l'utilisateur tout au long de son cheminement dans les services de soins de santé. C'est un outil de référence important pour établir le bilan comparatif des médicaments à chaque point de transition des soins. Dans les cas où un usager reçoit des soins dans un

organisme de soins de santé pendant une période prolongée et qu'il est transféré dans un autre établissement de soins ou un autre service, la liste complète et à jour de ses médicaments (profil médicamenteux) peut servir de MSTP. La politique de l'organisme doit préciser ce qui constitue une « période prolongée ». Le site Web de la campagne Des soins de santé plus sécuritaires maintenant!, qui héberge un réseau d'échange de pratiques relatives à l'établissement du bilan comparatif des médicaments, contient un certain nombre d'outils et de formulaires sur le MSTP (<http://tools.patientsafetyinstitute.ca>).

Le bilan comparatif des médicaments à l'admission peut être établi selon deux modèles. Selon le modèle proactif, le prescripteur utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission. Selon le modèle rétroactif, l'équipe produit le MSTP après la rédaction des ordonnances de médicaments à l'admission et compare en temps opportun le MSTP et les médicaments prescrits à l'admission. Peu importe le modèle utilisé, il est important de déceler, de résoudre et de consigner les écarts entre les deux (MSTP et ordonnance de médicaments).

Il faut répéter ce processus à chaque point de transition des soins s'il y a un changement de médicaments ou si les médicaments sont prescrits de nouveau, y compris en cas de transfert interne vers un autre niveau de soins (p. ex., de l'unité des soins intensifs à une unité de médecine, ou d'un établissement à un autre dans un même organisme). Il n'est pas nécessaire de dresser le bilan comparatif des médicaments lors d'un transfert de lit. L'objectif du bilan comparatif au moment d'un transfert à l'interne, tout comme à l'admission, est de comparer les médicaments que l'utilisateur prenait dans l'unité avant son transfert ou son acheminement, à ceux qu'il prenait à la maison, afin de déterminer s'il est approprié de continuer ou d'arrêter de les prendre, de recommencer à les prendre, ou de les modifier.

Le dossier de l'utilisateur doit toujours contenir la liste la plus à jour des médicaments (souvent nommée registre d'administration des médicaments ou profil médicamenteux). Une fois que les écarts sont cernés et réglés, le bilan comparatif des médicaments est mis à jour et la version corrigée est versée au dossier.

La fin des services est un point de transition crucial dans les soins, car l'utilisateur risque de subir des événements indésirables liés aux médicaments. Ce point de transition comprend le congé en vue du retour à la maison ou le transfert vers un autre milieu de soins. Il peut par exemple s'agir d'un transfert d'un milieu de soins de courte durée à un milieu de soins de longue durée ou de soins de fin de vie, d'un service de réadaptation à un service de soins à domicile ou d'un milieu de soins de courte durée au domicile de l'utilisateur, où il n'y aura aucun service. L'objectif du bilan comparatif des médicaments à la fin des services est de cerner les écarts entre la liste des médicaments que l'utilisateur prenait avant son admission, les médicaments qui ont été prescrits en courte durée et qu'il devrait prendre à la fin des services.

Le bilan comparatif des médicaments à la fin des services permet de dresser une liste complète des médicaments que l'utilisateur devra prendre ainsi que de l'information sur les médicaments qu'il doit cesser de prendre. Un processus systématique doit être suivi pour s'assurer que les renseignements sur les médicaments soient consignés et remis à l'utilisateur, à la famille et aux prochains prestataires de soins (p. ex., le prestataire de soins primaires, la pharmacie communautaire, le prestataire de soins de longue durée, le prestataire de soins à domicile, s'il y a lieu). Idéalement, les renseignements sur les médicaments de l'utilisateur font partie du meilleur schéma thérapeutique possible au congé (MSTP au congé). Le MSTP au congé devrait aussi comprendre une lettre de transfert comportant ces renseignements pour le prochain prestataire de soins, une ordonnance de congé structurée pour le prochain prestataire de soins ou le pharmacien communautaire, ainsi que des renseignements clairs à l'intention de l'utilisateur sur les médicaments qu'il devrait prendre (dans un langage simple qu'il peut comprendre).

Nota : Dans un service d'urgence, il faut établir le bilan comparatif des médicaments seulement pour les usagers qui sont ou seront admis. On peut ainsi le commencer à l'urgence et le terminer après l'admission dans une unité de soins.

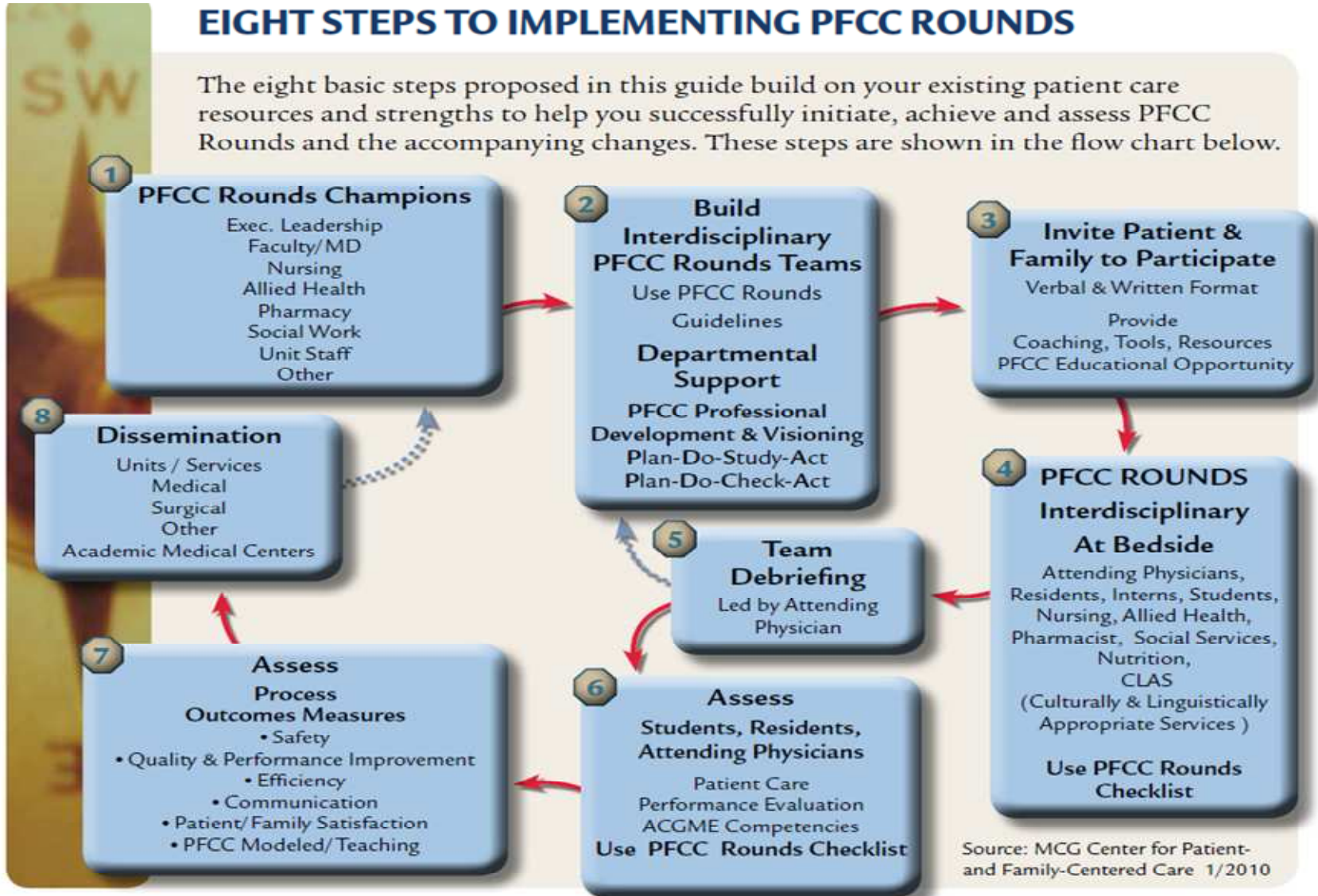
Test(s) de conformité

Principal	7.7.1	Au moment de l'admission ou avant celle-ci, l'équipe produit un meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) de concert avec l'utilisateur, la famille ou le soignant (et d'autres personnes, selon le cas) et le consigne.
Principal	7.7.2	L'équipe utilise le MSTP pour prescrire les ordonnances de médicaments à l'admission OU pour comparer le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) aux ordonnances de médicaments les plus à jour et décide, résout et consigne tout écart entre les sources d'information.
Principal	7.7.3	Une liste de médicaments à jour est conservée dans le dossier de l'utilisateur.
Principal	7.7.4	Le prescripteur utilise le meilleur schéma thérapeutique possible (MSTP) et les ordonnances de médicaments les plus à jour pour rédiger des ordonnances de médicaments au moment du transfert ou du congé.
Principal	7.7.5	L'équipe remet à l'utilisateur, au prestataire de soins de santé de la communauté et au pharmacien communautaire (selon le cas), une liste complète des médicaments que l'utilisateur devrait prendre après son congé.

ANNEXE D. MODÈLE D'IMPLANTATION DES TOURNÉES MÉDICALES EN PRÉSENCE DES FAMILLES

EIGHT STEPS TO IMPLEMENTING PFCC ROUNDS

The eight basic steps proposed in this guide build on your existing patient care resources and strengths to help you successfully initiate, achieve and assess PFCC Rounds and the accompanying changes. These steps are shown in the flow chart below.



Source : <http://www.cincinnatichildrens.org/WorkArea/linkit.aspx?LinkIdentifier=id&ItemID=85933&libID=85621>

BIBLIOGRAPHIE

1. Saskatchewan Ministry of health (2011). Patient- and family-centred care resources et tools, 33 p.
2. DiGioia A and Greenhouse PK (2011). Patient and family shadowing. Creating urgency for change. **JONA** 41:23-28.
3. Studer Group (2005). Hardwire the five fundamentals of service. **Hardwired Results** 1:8.
4. Planetree Inc. and Picker Institute (2008). Patient-centered care improvement guide, 247 p.
5. Groupe de travail sur le travail d'équipe et les communications (2011). Le travail d'équipe et la communication dans les soins de santé : Une analyse documentaire. Institut canadien pour la sécurité des patients, 78 p.
6. Anderson CD and Mangino RR (2006). Nurse shift report. Who can say you can't talk in front of the patient? **Nurs Admin Q** 30:112-122.
7. Houle K et Noiseux S (2009). RCR d'un enfant. Où sont les parents? **Perspective Infirmière** juillet /août:34-41.
8. Bourliataux E, Cedrati O, Le Floch C (2013). Conduire une réanimation en présence des parents en réanimation pédiatrique. **Congrès de la Société Française de Réanimation**, 41^{ème} édition.
9. Van Pevenage C, Fonteyne C et al. (2011). La présence des familles lors d'une réanimation cardiopulmonaire et/ou d'actes invasifs. **Congrès de la Société Française de Médecine d'Urgence**, chapitre 106:1191-1200.

NOS COORDONNÉES

CHU Sainte-Justine
3175 Côte Sainte-Catherine
Montréal, Québec
H3T 1C5

UETMIS

Unité d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.
Porte 8906

Téléphone: (514) 345-4931 poste 3251



CHU Sainte-Justine
*Le centre hospitalier
universitaire méro-ouest*

Pour l'amour des enfants

