

Chez nous

LE BULLETIN DES EMPLOYÉS DE L'HME

Publié par les Relations publiques et communications | www.hopitalpourenfants.com

24 mars 2015

Trouver la lumière après une perte

— Page 2

Également dans ce numéro:

La formation par simulation au site Glen — Page 9

Série de photos « avant et après » — Page 12

Hôpital de Montréal
pour enfants

Centre universitaire
de santé McGill



Montreal Children's
Hospital

McGill University
Health Centre

Photo : Owen Egan





Trouver la lumière

La force de continuer après le décès de leur fillette

— Par *Stephanie Tsirgiotis*

Certaines histoires sont terriblement difficiles à mettre en mots. Elles sont difficiles à écrire, et en parler est encore plus difficile. Mais, elles doivent tout de même être racontées. Ophélie Fournier avait 16 mois quand elle est décédée paisiblement dans le lit de ses parents, blottie contre sa mère. Avant qu'elle s'endorme, ses parents Stéphanie et David ont passé des heures à la serrer dans leurs bras, à l'embrasser et à lui dire au revoir. Ils savaient qu'elle allait bientôt mourir. Son corps ne pouvait plus tenir.

Stéphanie était enceinte de six mois quand elle a perdu sa fille. À ce moment-là, son fils aîné Jacob n'avait que trois ans. Quand elle lui a expliqué qu'Ophélie était maintenant une étoile dans le ciel, il s'est précipité à la fenêtre pour essayer de la trouver. Les jours qui ont suivi lui ont semblé bien vides. Tout ce qu'elle

voulait, c'était tenir sa fille dans ses bras encore une fois, sentir la chaleur de ses joues sur les siennes. Personne ne savait pas trop quoi dire. Certains n'osaient pas leur parler, à elle et David, tandis que d'autres se comportaient comme s'il n'était rien arrivé – comme si leur vie n'avait pas basculé à jamais. « Perdre un enfant, c'est comme perdre une partie de soi. Avec le temps, vous apprendrez à vivre, mais plus rien ne sera jamais pareil », dit Stéphanie. Heureusement ils ont eu la chance d'être bien entourés par famille et amis.

Ophélie avait à peine deux mois quand elle a commencé à souffrir de crises d'épilepsie. Chaque épisode se terminait par une visite au département d'urgence de l'Hôpital de Montréal pour enfants. Elle a fini par être hospitalisée, puis a subi plusieurs examens. C'est le 6 octobre 2010 que ses parents ont



(g. à d.) Stéphanie est assise avec ses deux fils, Jacob et Adam, tandis que David et elle parcourent un livre qu'elle a imprimé pour préparer Jacob à la mort d'Ophélie. Elle a imprimé trois versions différentes pour lui. Elle lui a donné le premier et le deuxième livre avant et après le décès d'Ophélie, puis elle en a imprimé un troisième quand il a eu 4 ans et qu'il a commencé à poser plus de questions sur sa mort.



Stéphanie et ses fils fouillent dans un coffret de bois rempli de souvenirs d'Ophélie.

reçu la pire des nouvelles. Leur fille allait mourir et on ne pouvait rien faire. « Les images de l'IRM parlaient d'elles-mêmes. On nous a dit que le cerveau d'Ophélie était trop petit et qu'il n'arrivait pas à répondre aux demandes de son corps en croissance », explique Stéphanie. « Il n'y avait ni traitement ni remède. Ni encore moins de miracles. »

Après avoir reçu cette nouvelle dévastatrice, les membres de la famille Fournier ont décidé de rentrer à la maison, entourés de leurs parents et amis, et de profiter au maximum de la courte vie d'Ophélie. Ils n'avaient aucun contrôle sur cette horrible situation, mais ils avaient le choix de se lever chaque jour et d'en tirer le meilleur parti. « Nous voulions vraiment lui offrir une vie de bonheur absolu », raconte Stéphanie. En travaillant avec l'équipe des soins palliatifs de l'HME, Stéphanie et David ont examiné toutes les options et tous les services qui étaient à leur disposition. Jour après jour, ils ont appris à s'adapter à ses besoins.

Ophélie dormait beaucoup. Elle avait un grave retard de développement et souffrait de raideur dans les jambes et les bras ainsi que de douleurs neurologiques. Mais ses parents ont choisi de ne pas se concentrer sur les choses qu'elle ne pouvait pas faire; ils ont plutôt mis toute leur énergie à lui offrir la vie la plus paisible et la plus heureuse possible. Ophélie ne réagissait pas au son, mais elle réagissait au toucher, c'est pourquoi ses parents la prenaient aussi souvent que possible. Ils lui caressaient les joues et se blottissaient contre elle dans leur lit. Elle adorait aussi l'eau, alors ses parents lui préparaient des bains où elle pouvait passer des heures assise calmement.



« C'est très important pour nous de garder son héritage vivant », dit Stéphanie.

Suite >>>

CHEZ NOUS est publié par le bureau des Relations publiques et communications de L'HME

Rédactrice : Stéphanie Tsirgiotis
Collaboratrice : Gilda Salomone
Design : Vincenzo Comm Design
Photographie : Owen Egan

Pour soumettre des témoignages ou des idées pour le *Chez nous*, communiquez avec le bureau des Relations publiques et communications au poste 24307 ou à l'adresse info@hopitalpourenfants.com.

La production du *Chez nous* est rendue possible grâce au financement de la Fondation de l'Hôpital de Montréal pour enfants.



Rejoignez-nous sur Facebook!

Saviez-vous que vous lisez un magazine primé?

Le Chez nous a pris la deuxième position dans la catégorie du meilleur bulletin d'information interne en soins de santé au Canada! Ce prix a été décerné par l'Association des relations publiques des organismes de santé du Canada. L'an prochain, nous visons l'or!



Trouver la lumière (suite)

Stéphanie a commencé à tenir un blogue pour raconter l'expérience vécue par sa famille. Ça l'a aidé à mettre de l'ordre dans ses idées et ses émotions, et elle a commencé à prendre contact avec d'autres familles qui vivaient la même épreuve. C'était aussi une façon de s'assurer de garder bien vivant l'héritage d'Ophélie une fois qu'elle serait partie. Stéphanie a essayé de terminer chacun de ses billets sur une note positive, mais après le décès d'Ophélie, c'est devenu de plus en plus difficile. « Quand Ophélie était vivante, nous avons tenté de profiter de chaque moment. Nous avons véritablement célébré sa vie, mais après son départ, tout semblait simplement trop lourd, dit-elle. Le vide était immense. »

Une autre chose rongait littéralement Stéphanie et David, et c'était le diagnostic officiel d'Ophélie. En fait, il n'y en avait aucun. Des généticiens avaient découvert une mutation génétique dans son ADN mitochondrial, mais ils n'avaient jamais rien vu de tel. Ils ne pouvaient pas dire si cette mutation était responsable de la maladie, ni si Jacob et leur nouveau-né Adam étaient à risque. Ils ne savaient même pas si la mutation était apparue dans le corps d'Ophélie ou si elle avait été transmise par Stéphanie et David. Puis, le 16 octobre 2014, quatre ans après avoir appris que leur fille allait mourir, ils ont enfin eu la nouvelle qu'ils attendaient.

Ophélie est décédée d'une maladie neurodégénérative appelée « déficit du complexe pyruvate déshydrogénase ». En fait, une mutation s'est produite dans le code mitochondrial d'Ophélie, faisant en sorte que ses mitochondries, aussi appelées « centrales électriques des cellules », ne pouvaient pas fournir suffisamment d'énergie à ses cellules. « Au moment où le cerveau commandait une dose d'énergie à ses cellules responsables de le créer... oups la réserve était vide et la cellule n'était pas en mesure de charger ses batteries », écrit Stéphanie dans le dernier billet de son blogue. « Cela explique pourquoi son cerveau était si petit. » Le diagnostic a permis de dissiper d'autres inquiétudes de la famille. La conseillère en génétique a confirmé que la maladie était apparue dans le corps d'Ophélie après sa conception, et qu'elle n'avait pas été transmise par Stéphanie ou David. Il n'y avait aucun risque pour Jacob et Adam. La famille avait maintenant l'impression de pouvoir tourner la page.



Ophélie Fournier

« Ophélie est née comme ça. Elle était celle qu'elle était, et elle sera à jamais dans nos cœurs. Elle nous a appris la vie et c'est son héritage. Nous vivons aujourd'hui une minute à la fois, une larme à la fois, un sourire à la fois », dit Stéphanie. « Notre histoire en est une de vie, d'amour et de résilience, et tout cela grâce à elle. » •

Le programme de soins palliatifs pédiatriques

de l'HME offre un ensemble complet de soins aux enfants atteints de maladies incurables ou en fin de vie à l'hôpital, et à domicile. L'équipe s'occupe de diverses questions cliniques : la prise en charge de la douleur et des symptômes; la communication relative aux soins de fin de vie; le soutien aux frères et sœurs; la planification préalable des soins; les options et les préférences quant au lieu où sont donnés les soins; l'évaluation psychologique et spirituelle; les solutions de traitement sur le plan de la qualité de vie; et le soutien aux personnes en deuil. « Notre objectif est le même : maximiser les bons moments et minimiser les mauvais », explique Marie-Claude Proulx, infirmière clinicienne spécialisée au programme de soins palliatifs pédiatriques de l'HME. « Nous discutons souvent de l'objectif principal des familles, et nous les aidons à trouver des traitements qui cadrent avec cet objectif. » L'équipe travaille en étroite collaboration avec des partenaires de la communauté et offre des services 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Plains feux sur nos pharmaciens :

mars est le mois de la sensibilisation au travail du pharmacien

Les pharmaciens sont nos alliés pour prodiguer des soins en toute sécurité et trouver les meilleurs traitements pour nos jeunes patients. Saviez-vous que l'HME compte au sein de son personnel 15 pharmaciens qui travaillent dans différents départements et unités de l'hôpital? Dans le cadre du mois de la sensibilisation au travail du pharmacien, nous allons vous présenter quelques-uns de ces sympathiques collègues.

Catherine Sicard

*Pharmacienne en pédiatrie générale à
l'Hôpital de Montréal pour enfants
Début : 2010*

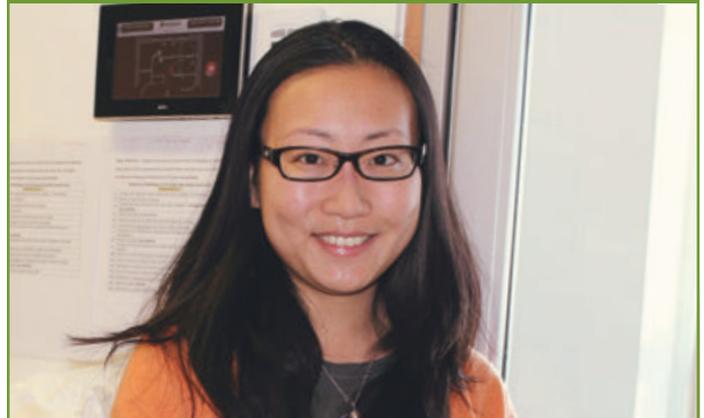


« Je trouvais que devenir pharmacienne était une bonne façon d'être près des gens, de les aider et de les soigner, » dit Catherine Sicard, pharmacienne en pédiatrie générale. Catherine raconte qu'elle s'est tournée vers la pédiatrie, car elle trouve que les enfants, même malades, ont une force incroyable. « Les enfants répondent aux traitements et se rétablissent beaucoup plus rapidement, et je trouve cela très gratifiant, » dit-elle.

Catherine voit l'hospitalisation comme un bon moment de réévaluer les médicaments que les patients prennent à la maison. Catherine doit souvent donner des explications et rassurer les parents sur les médicaments qui sont prescrits à leurs enfants, surtout lors du congé d'hôpital. Les enfants ne réagissent pas aux médicaments de la même façon que les adultes; parfois, ils peuvent même refuser d'avaler un médicament. Elle doit donc prendre tous ces éléments en considération quand elle prépare une ordonnance.

Nora Ruo

*Pharmacienne en soins intensifs à
l'Hôpital de Montréal pour enfants
Début : 2011*



« Les enfants sont toujours heureux. Même malades, vous ne les entendez jamais se plaindre. Tout ce qu'ils veulent, c'est jouer; ils sont vraiment positifs et optimistes! C'est cela, et leurs visages souriants, qui me motivent à venir travailler chaque matin », dit Nora Ruo, pharmacienne en soins intensifs pédiatriques.

Lors de ses études, Nora a fait plusieurs stages dans des départements de pharmacie en milieu hospitalier; c'est ce qui l'a menée à l'HME une fois ses études terminées. « J'aime les défis rattachés à mon travail; il n'y a jamais deux journées pareilles. En fait, j'apprends quelque chose de nouveau tous les jours », dit Nora.



En tête-à-tête avec une de nos chercheurs étoiles

— Par Gilda Salomone



La D^{re} Rima Rozen

Les recherches de la D^{re} Rima Rozen sont axées sur la génétique et les carences nutritionnelles en acide folique et leurs répercussions sur diverses maladies. Tout au long de ses 30 ans de carrière, la D^{re} Rozen a produit plus de 200 publications et fait d'importantes découvertes dans son domaine. Elle a récemment décelé des biomarqueurs (ou changements génétiques) qui pourraient faciliter le diagnostic précoce du cancer colorectal. Entrevue avec une chercheuse qui perçoit toujours les défis comme des occasions d'apprendre.

Que trouvez-vous de si fascinant en génétique pour avoir décidé d'y consacrer votre carrière?

R.R.: La génétique a explosé depuis quelques décennies, et j'ai participé à cette évolution. Pendant mon cursus, tout tournait autour de la biochimie et des métabolites. On est ensuite passé aux chromosomes, aux études sur les cellules et au clonage des gènes. On peut maintenant examiner l'ensemble du génome. C'est une aventure passionnante et stimulante.

Depuis 25 ans, vous faites des recherches sur l'acide folique. Pourquoi?

R.R.: Je m'intéresse tout particulièrement aux interactions entre les gènes et le métabolisme. L'acide folique est une vitamine essentielle qui est responsable de nombreux troubles, particulièrement les anomalies du tube neural (système nerveux primitif), mais il contribue également à prévenir le cancer, certaines formes de maladies cardiaques et peut-être même certains troubles neuropsychiatriques. En 1995, mon laboratoire a repéré la première variante génétique qui constituait un facteur de risque d'anomalies du tube neural. Les personnes qui présentent ce changement dans leurs gènes, soit de 10 % à 20 % de la population, ont besoin d'encore plus de folates dans leur régime alimentaire qu'une personne moyenne. Elles peuvent être plus vulnérables aux autres troubles que je viens de vous nommer. De nos jours, des produits alimentaires sont enrichis de folates, et les femmes

Suite >>>

sont invitées à prendre des suppléments de folates avant même de se savoir enceintes, afin d'éviter ce type de problèmes congénitaux. Ces dernières années, nous avons découvert quelques conséquences négatives d'un trop grand apport en folates, y compris des anomalies cardiaques et des lésions hépatiques dans des modèles animaux. Nous nous penchons donc sur les deux extrêmes du spectre de la consommation de folates.

En 1985, vous avez créé le premier service de diagnostic en génétique moléculaire agréé au Québec, situé à L'Hôpital de Montréal pour enfants. Comment c'est arrivé?

R.R.: J'ai fait des tests d'ADN pendant ma formation, alors que ce type de service en était à ses balbutiements. L'activité diagnostique n'avait rien à voir avec mes recherches, mais j'ai adoré ça. Lorsqu'on fait de la recherche, il faut parfois attendre de dix à vingt ans avant d'en voir les résultats. À la direction de ce service pendant 17 ans, mon travail m'apportait une satisfaction instantanée! C'est très enrichissant de savoir que certains gestes posés en laboratoire pourraient un jour être profitables aux patients.

Comment percevez-vous l'importante transformation que subit le CUSM, avec le déménagement au site Glen?

R.R.: Je suis optimiste. À L'HME, nous sommes un groupe de chercheurs relativement restreint. C'est enthousiasmant de penser côtoyer nos collègues en recherche pour les adultes. Selon mon expérience, la plupart des collaborations commencent par des interactions directes, lors de congrès ou simplement à la cafétéria! Au site Glen, ce sera plus facile. Il y aura des gens aux talents différents au bout du corridor. Aussi, c'est formidable que nos principales installations soient regroupées dans un même bâtiment.

Comment vous préparez-vous à ce grand jour?

R.R.: J'ai accumulé 30 ans d'articles, de reliures, etc. Pas seulement les miens, mais ceux que m'ont laissé mes docteurs. Lorsque nous les avons comptés, il y en avait plus de 300 au laboratoire. J'ai dû en parcourir 200 jusqu'à maintenant! •

**SOIRÉE
CHAMPAGNE
DE L'HME**

**VENDREDI 17 AVRIL
2015 18 H**

**ENTREPÔTS DOMINION
3968 ST-AMBROISE
MONTREAL H4C 2C7**

**VENEZ TRINQUER
POUR LE HME
DANS UNE AMBIANCE
GLAMOUR!**

**BOUCHÉES GOURMET
CHAMPAGNE
CÉLÈBRE DJ VITO V
VIDÉO SOUVENIR
ET PLUS ENCORE...**

**CUSM
♥ MTL ♥
MUHC**

BILLETS 25\$ TERESA DI BARTOLO 22349 T105 ANGELA LUCIA 71341 1400-2155 GUY

♥ **COMMANDITAIRES** ♥ Les Auxiliaires de l'Hôpital de Montréal pour enfants ♥ Mme Manon Sévigny et M. Greg Rokos, ESI Technologies ♥ Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de l'Hôpital de Montréal pour enfants ♥ Locations BRAVO ♥



Travailleuses et travailleurs sociaux de l'HME : des membres clés de nos équipes de soins

Mars est le Mois national du travail social, et pour souligner l'événement, nous avons demandé à certains de nos travailleurs sociaux de nous en dire plus sur leur travail et de nous expliquer pourquoi ils ont choisi la pédiatrie. Voici ce qu'ils avaient à dire.

Matthew Park

Travailleur social à l'unité de soins intensifs pédiatriques (USIP) de l'Hôpital de Montréal pour enfants



Matthew Park fait sa marque comme travailleur social à l'unité de soins intensifs pédiatriques (USIP) de l'Hôpital de Montréal pour enfants en aidant les patients et les familles à faire face à la maladie grave d'un enfant. « À l'USIP, les choses évoluent de minute en minute, et nous sommes là pour aider à prendre soin non seulement de l'enfant, mais aussi de ses parents », dit-il.

« La vie à l'extérieur de l'hôpital se poursuit, mais pour ces familles qui traversent ce qui est probablement la période la plus dévastatrice et vulnérable de leur vie, le temps est comme suspendu », explique-t-il. « Pouvoir travailler avec les familles qui sont en crise et sentir que vous avez une influence en les encourageant... ça donne l'impression de vraiment faire une différence. » Un grand merci à Matthew pour le soutien incroyable qu'il offre jour après jour!

Patricia Gauthier

Coordonnatrice professionnelle du département de services sociaux à l'Hôpital de Montréal pour enfants



« Les enfants ont une incroyable capacité à faire face à des choses que nous, comme adultes, avons parfois du mal à cerner. Ils sont si souples et adaptables, et ils arrivent toujours à trouver quelque chose pour avancer », explique Patricia Gauthier, coordonnatrice professionnelle du département de services sociaux à l'Hôpital de Montréal pour enfants.

Ayant travaillé dans plusieurs départements et cliniques de l'hôpital avant de prendre ses nouvelles fonctions, elle croit que les travailleurs sociaux ont un grand rôle à jouer au sein des équipes médicales en se consacrant à offrir les meilleurs soins aux patients et à leur famille. Un grand merci à Patricia pour le soutien incroyable qu'elle offre à son équipe ainsi qu'aux patients et familles!

Prêt à soigner nos petits patients

L'unité de soins intensifs néonataux commence la formation par simulation au site Glen

— Par Stephanie Tsirgiotis

Le changement n'est jamais facile, en particulier quand vous devez changer votre façon de travailler et votre lieu de travail. Depuis novembre 2013, le D^r Richard Gosselin, néonatalogiste à l'Hôpital de Montréal pour enfants (HME), et une équipe d'infirmières, de médecins et d'inhalothérapeutes rattachés aux unités de soins intensifs néonataux (USIN) de l'Hôpital Royal Victoria (HRV) et de l'HME se rencontrent une fois par mois pour élaborer un plan d'action afin de mieux préparer leur personnel pour le site Glen. « Nous avons pensé que la meilleure manière de tester notre nouvel environnement de travail et, subséquemment de former et d'orienter le personnel, serait de simuler une journée normale de travail », explique le D^r Gosselin.

Planifier une simulation exige du savoir-faire

Pour l'aider à élaborer ce plan, l'équipe a travaillé en étroite collaboration avec le D^r Jesse Bender, directeur adjoint en simulation néonatale au Rhode Island Hospital Medical Simulation Center. « Le D^r Bender a beaucoup écrit sur les simulations après avoir lui-même vécu le déménagement d'une unité de soins intensifs néonataux, et il nous a guidés pour créer notre propre pilote de test pour la simulation », explique le D^r Gosselin. « Les membres de l'équipe ont aussi eu la chance de visiter son hôpital et de voir comment le personnel travaillait dans des chambres individuelles. »

Puis, le groupe de planification a fait un sondage auprès des membres du personnel et leur a demandé quelles étaient leurs plus grandes préoccupations à l'égard du déménagement

de la nouvelle USIN au site Glen. Après analyse des résultats, l'équipe a fait un résumé des principales inquiétudes rapportées par différents groupes professionnels, puis a développé un plan d'action sur les thèmes à explorer en simulation. L'une des principales préoccupations était la communication. Par exemple en cas d'urgence, comment un membre du personnel peut-il demander de l'aide? Comment le travail sera-t-il réparti dans un si grand espace? Avec 52 chambres individuelles à couvrir, comment les membres du personnel pourront-ils communiquer avec l'ensemble de l'équipe?

Le D^r Gosselin et son groupe ont ensuite réfléchi à la meilleure façon d'utiliser la simulation pour aborder les principales préoccupations révélées par le sondage, tout en testant leur nouvel environnement de travail, incluant les méthodes de travail. Ils ont décidé d'élaborer neuf différents scénarios



(g. à d.) L'infirmière Lorraine Dubeau travaille avec le D^r Richard Gosselin sur un mannequin lors d'une des simulations.

Suite >>>

Prêt à soigner (suite)

de la vie courante et de les mettre à l'essai avec les « early activators » de l'USIN lors d'une première phase de formation par simulation. Ensemble, ils pourraient alors déterminer ce qui fonctionnait et ce qui ne fonctionnait pas dans le nouvel environnement. Ça leur donnerait aussi l'occasion d'identifier d'éventuels problèmes ou dangers et de trouver des solutions avant l'arrivée des patients et familles.

Lancement des simulations : une approche en deux phases

Pendant huit jours consécutifs, deux séances de simulation d'une heure ont eu lieu chaque jour au site Glen. Chaque demi-journée commençait par une réunion de 30 minutes au cours de laquelle les membres de l'équipe étaient initiés au processus de simulation et recevaient le résumé clinique sur les patients simulés. Chaque membre se voyait ensuite attribuer un rôle (correspondant à son rôle professionnel habituel) et devait jouer la scène aux côtés de ses collègues, tandis qu'un ou deux autres membres agissaient comme narrateurs pour guider l'équipe à travers différents scénarios simultanés.

Lors d'une séance d'après-midi, Andréane Pharand, coordonnatrice des soins infirmiers à l'USIN du CUSM, agissait comme modératrice pour la simulation et posait à l'occasion des questions surprises pour voir comment l'équipe réagissait. Elle pouvait dire : « Une mère très émotive vous barre le chemin et



(g. à d.) L'infirmière Émilie Brisebois-Tremblay et l'inhalothérapeute Natasha Daniel participent à la première simulation de la journée.

veut savoir pourquoi son fils a un CCIP » ou « votre comité multidisciplinaire vient d'arriver et personne ne sait où est la salle de conférence. » Chaque membre de l'équipe devait prendre en note les problèmes qui survenaient pendant la simulation. Chaque simulation a été suivie d'une période de débriefage de deux heures au cours de laquelle on discutait de chacune des observations des membres de l'équipe, après quoi les solutions aux problèmes soulevés ont fait l'objet de longues discussions.

La deuxième phase de simulation aura lieu d'avril à mai et elle sera liée à la séance d'orientation et à la formation spécifique à l'unité pour le reste du personnel de l'USIN. Sur une période de cinq semaines, 200 employés de l'USIN de l'HRV et de l'HME seront formés dans leur nouvel environnement. « Chaque personne aura droit à une journée complète de formation. La matinée sera consacrée à l'orientation, et l'après-midi, la formation se poursuivra avec la simulation de différents scénarios. »

Les « early activators » de l'USIN seront aussi sur place après le déménagement de nos deux USIN, d'abord l'HRV, puis l'HME, pour soutenir les employés qui pourraient se sentir dépassés ou désorientés dans leur nouvel espace de travail ou par les méthodes de travail. « À ce jour, les commentaires ont été très positifs. Nous sommes très contents d'avoir décidé de tester notre nouvel environnement avant de déménager. Ça aide notre personnel à se sentir mieux préparé, souligne le Dr Gosselin. Et on y est presque! » •



(g. à d.) L'infirmière-chef adjointe Sophie Fournier parcourt les résultats d'examen avec l'infirmière praticienne en néonatalogie Margarida Ribeiro-DaSilva. Elles prenaient soin d'un couple de « jumeaux » pendant la simulation.

Vos questions, nos réponses!

Réponses aux questions fréquentes sur le Glen

JE SUIS INFIRMIÈRE DANS LES UNITÉS DE SOINS ET JE ME DEMANDE QUAND ET COMMENT NOUS DEVONS COMMENCER À PARLER DU DÉMÉNAGEMENT À NOS PATIENTS. EST-CE DE MA RESPONSABILITÉ?

Tous les patients hospitalisés et les familles seront informés de leur déménagement dans le nouvel hôpital par écrit et verbalement. Les membres des services éducatifs en milieu pédiatrique et des services sociaux distribueront des brochures bilingues à tous les patients de longue durée un mois avant le déménagement. Les brochures indiqueront :

- La date du déménagement;
- Le moment auquel les patients doivent emballer les effets personnels;
- Les étapes ou changements auxquels un patient peut s'attendre jusqu'au déménagement;
- Le nom des personnes à qui parler s'ils ont des questions ou des inquiétudes au sujet du déménagement;
- La façon dont ils seront transportés dans le nouvel hôpital;
- La façon dont la routine et les repas des patients seront gérés le jour du déménagement;
- Le rôle des parents le jour du déménagement;
- Le lieu où les parents pourront attendre l'arrivée de leur enfant au nouvel hôpital;
- Les détails concernant le stationnement et les navettes entre les deux hôpitaux;
- La façon pour une famille d'obtenir le nouveau numéro de chambre de leur enfant.

Une semaine avant le déménagement, tous les patients hospitalisés et tous les patients nouvellement admis recevront la même brochure bilingue. Des bénévoles, formés pour répondre aux questions des parents, en feront la distribution dans les unités. Les équipes des services sociaux et des services éducatifs en milieu pédiatrique interviendront davantage dans les secteurs critiques, comme l'USIN et l'USIP, où les parents risquent d'avoir plus de questions et d'inquiétudes.

Les membres des services de bénévoles, des services sociaux et des services éducatifs en milieu pédiatrique se réuniront tous les jours

pour parcourir la liste des patients hospitalisés et déterminer quelles familles ont le plus besoin de soutien. Ils feront des vérifications pour s'assurer que tous les patients hospitalisés et leurs familles, en particulier les patients plus récemment admis, ont reçu leur brochure.

J'AI ENTENDU DIFFÉRENTES HISTOIRES AU SUJET DE LA COUVERTURE LIMITÉE DU TÉLÉPHONE CELLULAIRE AU GLEN. QU'EST-CE QUE ÇA SIGNIFIE POUR LE PERSONNEL?

Le réseau cellulaire existant ne fournit pas encore une pleine couverture au site Glen, mais les Services de l'information ont mis en œuvre des solutions temporaires jusqu'à ce que des mesures permanentes puissent être pleinement déployées. Le problème, c'est que les signaux des téléphones cellulaires ne traversent pas la pellicule spéciale qui a été placée sur toutes les fenêtres; cette pellicule est utilisée pour la certification LEED de l'hôpital accordée pour ses pratiques de conception responsables sur le plan de l'énergie et de l'environnement.

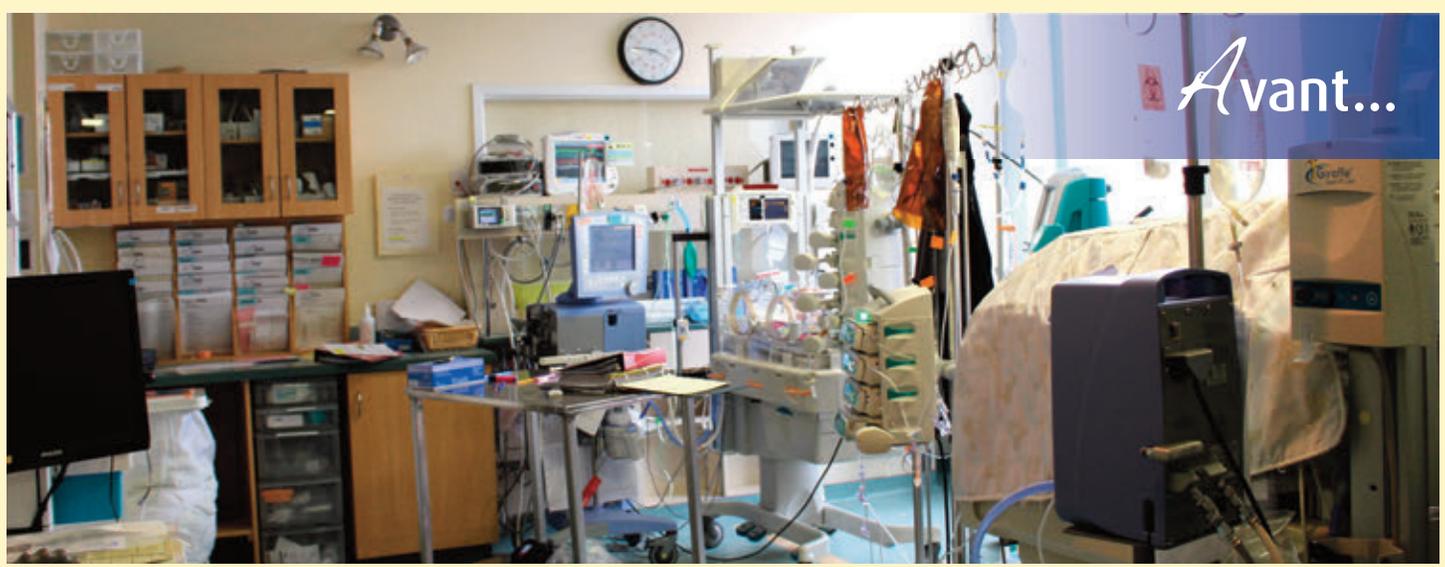
Le site Glen dispose de plusieurs systèmes de communication complémentaires qui vous permettent d'être entièrement opérationnel dans votre nouvel environnement et de rester en lien avec vos collègues. Dès votre déménagement au site Glen, vous aurez accès à un vaste réseau WiFi et à de multiples options de téléphonie : 5 500 nouveaux téléphones de bureau IP, plus de 600 téléphones WiFi (pour remplacer les téléphones Spectralink) et 200 téléphones d'urgence verts situés dans des endroits critiques, sans oublier 500 imprimantes tout-en-un. En outre, des antennes additionnelles ont été installées pour renforcer les signaux des téléavertisseurs.

Les plans de mise en œuvre d'un système réseau d'antennes distribuées (DAS) sont en voie d'être finalisés. Progressivement, 700 autres antennes seront installées ce printemps pour fournir des signaux cellulaires (voix et SMS) sur l'ensemble du site. D'ici là, les applications V Sign, BBM et iMessage pour les iPhone sont entièrement opérationnelles par le biais du réseau sans fil, et des téléavertisseurs seront fournis aux employés qui ont besoin de la fonction de localisation ou d'une communication pair-à-pair. Les usagers verront les signaux cellulaires s'améliorer de semaine en semaine, au fur et à mesure que le DAS sera implanté. •

Nouveautés en images!

Afin de mettre en lumière certains lieux aussi fascinants qu'ingénieux du nouvel Hôpital de Montréal pour enfants, et de montrer ce à quoi nos patients et le personnel peuvent s'attendre, nous partageons dans les prochains numéros du *Chez nous* la rubrique « Avant/Après ». Des photos des

« anciens » et des « nouveaux » lieux sont aussi affichées sur la page Facebook de l'HME pour que le public puisse découvrir les nouveaux espaces qui aideront à améliorer les soins aux patients et l'expérience des familles. Voici un aperçu de trois secteurs clés :



L'UNITÉ DE SOINS INTENSIFS NÉONATAUX (USIN)

Minuscules patients, tout nouvel espace grandiose! Avec ses 52 chambres individuelles, la disposition de l'unité de soins intensifs néonataux (USIN) du nouvel Hôpital de Montréal pour enfants est très fortement axée sur les patients. L'USIN étant située à proximité du Centre des naissances et de l'unité de soins postnatals, les nouveau-nés qui ont besoin de soins intensifs seront beaucoup plus près de leurs parents, une mesure qui réduit le stress et favorise la guérison. Des chambres spéciales ont été conçues pour les grossesses multiples, de sorte que les parents de jumeaux ou de triplets pourront bénéficier d'une chambre particulière pour leurs enfants qui ont besoin de soins intensifs.

Suite >>>



SALLES D'OPÉRATION

Nous avons prêté une attention particulière à chacun des aspects de la conception de nos nouvelles salles d'opération, qu'il s'agisse de leur emplacement central proche des principaux départements ou de la logistique. Les services périopératoires pour les patients pédiatriques du site Glen comprennent un accès à 6 salles d'opération (dont 3 seront nommées en l'honneur de la fondation « Pour enfants seulement »), 5 salles d'intervention (incluant la suite d'IRM et le laboratoire de cathétérisme cardiaque) et 4 salles de traitement, toutes pourvues d'équipements à la fine pointe de la technologie.

Suite >>>



LABORATOIRE DU SOMMEIL

Les inhalothérapeutes du laboratoire du sommeil de L'Hôpital de Montréal pour enfants mettent à profit l'espace restreint qui leur est alloué au cinquième étage de l'aile C, mais ils sont à l'étroit. Conçu avant tout pour le confort des patients, le nouveau laboratoire du sommeil du site Glen sera non seulement plus spacieux, mais les salles de repos seront insonorisées et dotées de planchers coussinés, et chacune sera pourvue de son propre système de régulation de la température.

On s'installe!

Nos chercheurs ont été parmi les premiers à quitter la place Toulon, à quelques pas de L'Hôpital de Montréal pour enfants, pour s'installer dans leur nouvel établissement de recherche du site Glen. Le Centre de biologie translationnelle de l'Institut de recherche du CUSM, doté de 105 modules de laboratoire, est situé dans un édifice de cinq étages tout près du complexe hospitalier, ce qui favorisera la collaboration et donnera un accès direct aux cliniciens et aux patients. •



L'équipe a souligné ce grand déménagement par ce délicieux biscuit géant!

Service commémoratif...

Le mardi 14 avril à 14 h, dans l'Amphithéâtre (D-182), il y aura un service commémoratif pour rendre hommage aux enfants (patients) de l'HME qui sont décédés récemment. Par la même occasion, nous allons commémorer les enfants décédés du syndrome de la mort subite du nourrisson. Tous les membres du personnel de l'HME sont cordialement invités.