Prix de conférence à la mémoire de Helene Hudson 2004

16^e conférence annuelle de l'ACIO - Parrainée par Amgen Canada

L'histoire du SRAS : des soins en oncologie empreints de compassion face à une crise futuriste de la santé

Janice Stewart, Pamela Savage,
J. Colleen Johnson et Carolyn Saunders

Introduction

(présentée par Pamela Savage)

Au nom de mes collègues, Janice Stewart, Colleen Johnson et Carolyn Saunders, et en mon nom personnel, je tiens à remercier l'ACIO pour cette occasion qui nous est donnée de partager notre expérience sur le rôle essentiel que les infirmières en oncologie peuvent jouer en temps de crise. Nous voudrions également exprimer nos remerciements à Amgen, pour son parrainage du prix de conférence Helene Hudson.

L'hôpital Princess Margaret (HPM) est situé dans le centre-ville de Toronto, Ontario. Avec l'Institut du cancer de l'Ontario, le HPM fait partie du Réseau universitaire de santé, qui réunit également l'Hôpital général de Toronto et le Toronto Western Hospital. C'est le seul établissement hospitalier du Canada qui se consacre exclusivement à la recherche et à l'éducation sur le cancer et à son traitement.

Au HPM, le volume des patients est très élevé. L'hôpital reçoit environ 10 000 nouveaux patients chaque année et dispose de 130 lits de soins pour les greffes allogéniques et autologues de moelle osseuse. Il dispense quotidiennement 500 séances de radiothérapie, 130 chimiothérapies ambulatoires et 30 transfusions de produits sanguins en clinique externe. Au total, 190 000 patients sont reçus en consultations externes pour le diagnostic, le traitement ou le suivi.

La crise de la santé

Le 26 mars 2003, la province de l'Ontario a déclaré l'état d'urgence, en raison de l'éruption du syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS). Le SRAS est une maladie respiratoire d'origine virale due à un coronavirus. Les premiers cas ont été rapportés en Asie en février 2003. L'épidémie s'est ensuite étendue à plus d'une vingtaine de pays en Amérique du Nord, en Europe et en Asie, avant d'être endiguée. Les signes et

symptômes du SRAS comprennent les suivants : fièvre supérieure à 38,0 °C, maux de tête, sensation de malaise général, symptômes respiratoires bénins, diarrhée, toux sèche. De plus, la plupart des patients développent une pneumonie. Comme vous le savez, de nombreux patients dans nos services d'oncologie présentent des symptômes semblables ou identiques.

Le 30 mars 2003 au plus tard, tous les hôpitaux de l'Ontario avaient reçu l'ordre de déclencher les plans d'intervention d'urgence prévus par le Code orange. Le Code orange indique une catastrophe extérieure. Il définit la marche à suivre pour établir une chaîne de commandement et de contrôle, mobiliser les ressources et permettre à de nombreux établissements affectés de réduire ou de suspendre leurs services non essentiels. Hélas, le déclenchement du Code orange a également paralysé la plupart des services de santé de l'Ontario.

La première disposition du Code orange a été de restreindre l'accès de l'hôpital aux seuls employés considérés indispensables, c'est-à-dire ceux qui étaient en mesure d'assurer les services jugés essentiels. Étant donnée la complexité de notre organisation, comprenant le département de la recherche et le personnel d'Action Cancer Ontario, il était difficile de désigner ceux dont on pouvait se passer. Malgré tous nos efforts pour identifier le personnel non essentiel, nous continuions à dépister plus de 2000 employés par jour, ce qui entraînait de nouveaux besoins en personnel pour aider au dépistage, tant à l'entrée des employés qu'à l'entrée des patients. Comme l'hôpital n'avait plus qu'une seule porte d'entrée ouverte pour les employés, les chercheurs et le personnel d'Action Cancer Ontario étaient priés d'arriver après 10h du matin, de manière à pouvoir dépister d'abord le personnel soignant.

À la fin mai, nous procédions à près de 4000 dépistages d'employés, de patients et de visiteurs, car à ce moment-là, les patients suivis en soins externes avaient le droit à un accompagnateur et les patients hospitalisés pouvaient recevoir un visiteur par jour.

Nous nous sommes très vite aperçues que beaucoup de gens qui pénétraient dans l'hôpital n'étaient ni des employés, ni des patients, ni des livreurs. C'étaient des clients des cafés-restaurants, des gens

Helene Hudson - 1945-1993

Janice Stewart RN, BScN, CSIO(C), Pamela Savage RN, MEd, CSIO(C), J. Colleen Johnson, RN, MN, CSIO(C), et Carolyn Saunders, RN, BScN sont toutes infirmières en oncologie à l'hôpital Princess Margaret, Réseau universitaire de santé.

qui utilisaient les guichets automatiques, qui achetaient des billets de loterie de l'hôpital, etc. Il fallait mettre fin à cette situation et trouver des alternatives pour satisfaire certains de ces besoins, en attendant que les restrictions imposées par le Code orange soient levées.

Pour attraper le SRAS, vous devez avoir été en contact étroit avec une personne atteinte de cette maladie. C'est évidemment ce qui expose les soignants à un risque aussi élevé, particulièrement les médecins de famille et le personnel des services des urgences et des cliniques sans rendez-vous. Pour cette raison, les entrées et sorties du personnel de l'hôpital se faisaient par une seule porte, séparée de l'entrée des patients. Le personnel devait se soumettre à un dépistage quotidien des symptômes du SRAS et, selon les critères de dépistage, il pouvait se voir interdire l'accès de l'hôpital. Si un employé présentait un des symptômes, tel qu'une température supérieure à 38,0 °C, il était escorté au service d'hygiène du travail, où l'on étudiait l'opportunité d'une quarantaine à domicile, à moins qu'un examen plus approfondi ne conclue à une admission dans une « unité de SRAS ».

Par mesure de précaution supplémentaire, toute personne pénétrant dans l'hôpital avait l'obligation de porter un masque. Le personnel devait systématiquement porter des blouses, des gants et des lunettes à coques dans les secteurs de soins aux patients hospitalisés. Les employés chargés du dépistage devaient porter une tenue de protection complète en permanence. Il était interdit aux membres du personnel de se retrouver pour des réunions, des repas ou des fêtes à l'intérieur comme à l'extérieur de l'hôpital, et ils devaient limiter leur activité professionnelle à un seul établissement. Cette restriction fut financièrement préjudiciable à de nombreuses personnes.

Pour beaucoup de patients, les conséquences ont été dévastatrices. Les rendez-vous jugés non essentiels étaient annulés. Ainsi, toutes les nouvelles consultations, consultations de suivi, visites à l'hôpital pour des prises de sang et tests d'évaluation diagnostique étaient supprimés. Les recommandations de médecins qui n'étaient pas jugées urgentes ou d'importance vitale étaient reportées à une date indéterminée. Les répercussions étaient énormes pour tous les patients des hôpitaux de l'Ontario, mais pour les patients des services aux patients atteints de cancer, elles constituaient potentiellement un danger de mort dans bien des cas. En conséquence, les traitements de chimiothérapie et de radiothérapie devaient se poursuivre malgré le SRAS. La crise a été durement ressentie par les patients qui avaient effectivement accès à l'hôpital. Les familles n'ayant pas le droit de pénétrer dans l'établissement, le fait de devoir entrer seuls à l'hôpital était souvent très mal vécu par de nombreux patients qui se sentaient dépassés et intimidés. Tous les patients devaient être dépistés avant leur admission. Dans les premiers temps du Code orange, il n'y avait pas de service de restauration, pas d'accès aux distributeurs, etc. C'était moins que satisfaisant, d'autant plus que les patients étaient obligés de consacrer plusieurs heures par jour à leur traitement. Le fait de ne pas avoir accès à la nourriture et aux boissons leur était difficilement supportable.

Les patients dans l'hôpital se sentaient très isolés. Les restrictions imposées par la crise exigeaient que la porte de leur chambre soit maintenue fermée, ils devaient mettre un masque lorsque quelqu'un entrerait dans la chambre, et ils n'avaient droit à aucune visite. À un moment, ils n'étaient même pas autorisés à recevoir des paquets de leur famille. Une

fois renvoyés chez eux, les patients étaient placés en quarantaine et s'ils tombaient malades, ils étaient souvent réticents à retourner à l'hôpital.

Mais comment le SRAS est-il arrivé à Toronto? (voir photo un)

Il n'aura pas échappé à la plupart d'entre vous que le SRAS est arrivé au Canada avec un voyageur. Le patient « de référence », un professeur venant de la province chinoise de Guangdong (anciennement Canton), a séjourné au Metropole Hotel de Hong Kong et a contaminé onze personnes de six pays différents. L'une des personnes infectées était une habitante de Toronto, en visite à Hong Kong pour une fête de famille, qui avait eu le malheur de descendre au Metropole Hotel. Cette femme est devenue la patiente de référence pour Toronto. Elle allait rentrer chez elle très malade et décéder quelques jours après son retour de Hong Kong. Le 7 mars 2003, le fils de la patiente de référence a développé les mêmes symptômes et cherché une assistance médicale à la division Grace du Scarborough Hospital, un établissement de santé de la banlieue de Toronto. Pendant qu'on essayait de déterminer ce qui n'allait pas chez le fils, le virus s'est propagé à la famille de ce dernier et à son médecin, ainsi qu'à deux patients mâles du Scarborough Grace Hospital. Le fils a malheureusement succombé à la maladie, et trois membres de sa famille ont été hospitalisés le 16 mars pour cette même affection respiratoire inconnue. Les deux hommes qui avaient été en contact avec le fils ont transmis le virus à beaucoup de gens avant qu'il puisse être détecté, ce qui a causé la large propagation de l'épidémie à Toronto.

Les habitants de Toronto et le système de santé se remettaient à peine de la première vague de SRAS, que le 28 avril 2003, un mois environ après l'apparition du premier cas de référence connu, nous avons dû faire face au SRAS 2 (voir image 2). Le second patient « de référence » avait été admis à l'Hôpital général de North York, un hôpital communautaire polyvalent des faubourgs nord de Toronto. On ne sait pas précisément comment et où cette personne a été initialement exposée au SRAS, mais le 20 mai (soit 23 jours plus tard), le SRAS a infecté des patients et des soignants de six hôpitaux de Toronto, dont l'Hôpital général de Toronto (TGH), l'un des trois hôpitaux du Réseau universitaire de santé. Il a été nécessaire de fermer le service des urgences du TGH pendant à peu près deux semaines, en raison

Photo un

du nombre important de soignants qui avaient dû être placés en quarantaine à cause d'un contact vérifié avec un patient porteur du SRAS. En juillet 2003 – approximativement quatre mois après l'apparition de l'épidémie – 23 000 personnes avaient été mises en quarantaine à Toronto, plus de 2000 faisaient l'objet d'une surveillance particulière avec un soupçon de SRAS, 358 patients avaient un diagnostic confirmé de SRAS, et l'infection par le coronavirus avait causé la mort de 42 personnes.

La compassion pendant la crise : défis et solutions

(présenté par Janice Stewart)

L'hôpital Princess Margaret (HPM) n'avait pas officiellement fermé ses portes au traitement et n'avait refusé les nouveaux patients que pendant les deux premières semaines du SRAS. Quels ont été les défis posés par cette crise et les solutions apportées dans l'exercice de soins empreints de compassion? Imaginez que vous arriviez à l'hôpital, accueilli par des panneaux ARR T géants, recouvrant les baies vitrées de l'entrée. C'était la peur et le doute. L'admission à l'hôpital se passait dans le bruit, la confusion et l'effroi, tout cela venant s'ajouter à l'angoisse des patients, qui venaient juste d'apprendre qu'ils avaient le cancer.

Venir au HPM pendant l'épidémie était un véritable défi pour tous les patients. À leur arrivée, on leur demandait de mettre un masque, de se laver les mains et de laisser leur famille et leurs proches dehors, dans le froid. Rappelez-vous, ça s'est passé de mars à mai, et c'était un printemps frileux. Le personnel qui les accueillait était vêtu d'un masque, d'une blouse, de lunettes à coques et de gants. Parfois, même si des patients connaissaient certains soignants, ils n'arrivaient pas à savoir qui leur adressait la parole. Une fois dans les locaux, ils étaient confrontés à un environnement bouillant d'activité. En moyenne, 150 patients par heure subissaient le dépistage dans les premiers jours et jusqu'à 300 vers la fin de la crise.

Durant l'été 2003, un groupe d'étudiants engagés pour dépister le SRAS a effectué une étude intitulée Addressing patient concerns about visitor restrictions during SARS: what can hospitals do? [Répondre aux inquiétudes des patients sur la politique de restriction des visites durant le SRAS : que peuvent faire les hôpitaux?], sous la direction de la Dre Joyce-

Nyhof-Young du programme d'enseignement aux patients du HPM. Ils interrogeaient des patients et des membres de leur famille dans le cadre de cette étude; voici un exemple de réponse :

« J'étais nouveau et je ne savais rien. Je ne savais rien faire du tout, et pendant les cinq semaines que j'ai passées là, les gens ont été formidables. Et je savais qu'à cause du SRAS, il y avait beaucoup de problèmes, beaucoup de choses qui se passaient. Et ils m'ont mis à l'aise. Et je n'avais pas peur d'y retourner chaque jour. Alors, c'était bien. » (Dre Joyce Nyhof-Young, 2003)

Humaniser le travail à la chaîne

À leur arrivée au HPM, les patients devaient prendre congé de leur famille, mettre un masque et se laver les mains, avant de pénétrer dans l'établissement. Une fois à l'intérieur, ils devaient remplir un formulaire, se faire prendre leur température et être vus par une infirmière ou un docteur. (La présence de personnel médical et infirmier au dépistage était unique au HPM).

La procédure de dépistage voulait que l'on demande aux patients s'ils ressentait des douleurs musculaires, une grande fatigue, ou s'ils éprouvaient une sensation de malaise, des maux de tête violents, de la toux, un essoufflement ou de la fièvre. Imaginez combien de malades du cancer répondraient oui à ces questions. Un large pourcentage de patients en soins externes auraient ainsi été « recalés » au questionnaire, ce qui signifie qu'ils n'auraient pas été admis à l'hôpital. Par exemple, un patient avec un cancer du poumon et une toux, ou un patient avec de la fièvre, se serait vu techniquement refuser l'entrée et aurait été envoyé dans une clinique du SRAS – après quoi, il aurait été examiné et placé en quarantaine, et bien qu'on ait établi qu'il n'était pas atteint du SRAS, il n'aurait pas pu accéder au système de soins en oncologie pendant 10 à 14 jours. Le personnel hospitalier se voyait donc imposer la tâche délicate de déterminer l'étiologie des symptômes du patient. Cela nécessitait l'emploi de compétences poussées en matière d'évaluation.

La coordination du processus de dépistage par un membre désigné du personnel infirmier comprenait la gestion du calendrier des équipes soignantes, les interprètes et la détermination des effectifs de médecins, d'infirmières, de travailleurs sociaux et de bénévoles. La coordinatrice réalisait le triage des patients et devait faire face à des situations uniques, comme le fait d'aider un patient confus, atteint d'une tumeur au cerveau, à trouver son chemin dans l'hôpital et de calmer l'angoisse d'un père qui s'était présenté comme un docteur pour accompagner son fils, récemment diagnostiqué, à son premier rendez-vous. Elle a également dû refuser à un patient mâle l'accès à un gynécologue qu'il insistait de devoir consulter pour un traitement.

Nous devons aussi être très attentives à l'interprétation par le patient du sens des mots « accepté/recalé ». Beaucoup craignaient que la désignation « recalé » signifie qu'on ne les soignerait pas. Aussi, chaque fois que c'était possible, le personnel employait une autre terminologie. Par exemple, si un patient était « refusé », cela impliquait une évaluation supplémentaire et non pas un refus d'admission. Les agents de sécurité et le personnel des Relations publiques protégeaient les patients, leur famille et le personnel soignant des médias qui assiégeaient l'entrée de l'hôpital.

Le département des soins infirmiers réclamait activement l'abandon des masques pour les patients sans symptômes respiratoires. La pression était importante car le HPM est l'un des trois hôpitaux du Réseau universitaire de santé, et il paraissait difficile qu'un hôpital adopte une telle mesure sans l'adhésion des deux autres.

Photo deux

Cette revendication s'expliquait par le fait que tous les soignants qui utilisaient des masques N95 bénéficiaient d'une protection efficace, alors que de nombreux patients ne portaient pas leur masque correctement. De même, beaucoup de patients se plaignaient que les masques aggravaient leurs sensations de nausée et leur gêne respiratoire.

Apaiser la peur dans ces temps effroyables

Les patients entendaient dans les médias qu'il ne fallait pas qu'ils aillent à l'hôpital s'ils avaient de la toux ou de la fièvre, mais où devaient-ils aller alors? Les patients hésitaient à s'adresser aux urgences ou à leur médecin de famille, et par conséquent ils ne se rendaient ou ne téléphonaient au HPM qu'une fois qu'ils étaient très malades avec des symptômes. Lorsqu'ils arrivaient à l'hôpital avec de la fièvre ou de la toux, leurs symptômes suscitaient l'inquiétude des autres patients et du personnel. Les patients et les soignants ont vigoureusement exprimé leurs craintes à maintes reprises, car ils avaient réellement peur pour leur santé.

« C'était vraiment dur au début... Mon père ne comprend pas du tout l'anglais. Alors il avait très peur de ne pas trouver sa chambre, de ne pas comprendre ce qu'on lui disait. » (Dre Joyce Nyhof-Young, 2003)

Ce témoignage rend bien compte du niveau de peur et d'anxiété des patients et des familles, dont la langue première ou maternelle n'était pas l'anglais.

Des feuillets d'information sur le SRAS étaient disponibles dans de nombreuses langues pour tenter d'apaiser la crainte de l'inconnu que vivaient les patients et leur famille. De nombreux soignants internes à l'hôpital servaient d'interprètes et de surcroît, nous avons aussi mis à contribution les membres des familles, qui étaient souvent appelés au téléphone à leur travail ou à leur domicile afin de traduire pour leur parent. Nous nous sommes aperçues que le fait de communiquer avec les patients dans leur propre langue contribuait à calmer les peurs engendrées par ce processus difficile et inédit. Bien qu'accueilli avec soulagement par le plus grand nombre, l'abandon des masques laissa quelques patients anxieux devant le risque d'être contaminés s'ils n'en portaient plus. Des masques ont donc été mis à la disposition des patients qui en faisaient la demande et demeuraient à leur disposition. Le lavage des mains était très strict et a été maintenu depuis. Ces mesures ont permis de diminuer les craintes d'attraper le SRAS.

Communiquer en dépit des barrières de communication

« C'est mieux sans masque,... parce que je regarde ses lèvres quand elle parle, parce que c'est plus facile pour moi de comprendre. » (Dre Joyce Nyhof-Young, 2003)

Nous communiquions avec les patients et leur famille de différentes manières. Lorsque des parents ne pouvaient pas entrer dans l'hôpital, on utilisait un émetteur-récepteur portatif ou un téléphone portable pour faciliter la communication entre l'équipe soignante et les patients et leur famille. Les émetteurs-récepteurs portatifs manquaient de confidentialité mais fonctionnaient, faute de mieux. Les téléphones portables rencontraient souvent des problèmes de réception à cause des immeubles environnants.

La ligne linguistique était un service mis en place pendant le SRAS au HPM, qui nous donnait accès immédiatement à des interprètes professionnels par téléphone. C'était efficace et rapide. Avant l'ouverture de la ligne linguistique, on avait

imaginé d'autres stratégies, comme de faire appel à des associations ou à des organismes qui pouvaient interpréter. Par exemple, il y avait eu cette situation où une femme originaire d'Éthiopie était entrée à l'hôpital, mais on n'arrivait pas à savoir exactement quelle langue elle parlait. Elle avait besoin d'une biopsie du sein et il nous fallait non seulement la dépister contre le SRAS, mais encore essayer de comprendre pourquoi elle venait à l'hôpital et obtenir un consentement éclairé. Elle était venue toute seule d'un foyer de femmes et, au terme d'une longue recherche, le personnel était parvenu à dénicher un jeune interprète en mesure de traduire.

« Ils m'ont dit, à ce moment-là, vous l'amenez jusqu'à la porte mais vous ne pouvez pas entrer. Mais ne vous inquiétez pas, parce qu'il y a beaucoup d'employés à l'intérieur pour s'occuper de lui. Et il y a du café et des boissons à l'extérieur et il y a une caravane où vous pouvez rester... Je suis resté dehors... Le personnel a fait tout ce qui était possible pour répondre à nos besoins... » (Dre Joyce Nyhof-Young, 2003)

Naviguer avec de vieilles cartes

Les restrictions du Code Orange nous ont contraintes à inaugurer de nouvelles manières d'aider les patients à naviguer dans le système de soins. Le triage à la porte nous permettait d'assurer les patients et les soignants que toutes les précautions étaient prises pour protéger les gens contre un désastre potentiel. Cela permettait aussi au personnel de l'hôpital d'identifier les patients malades et de rationaliser leur accès aux services médicaux. Le hall a été réorganisé plusieurs fois dans un effort de préserver la confidentialité et de faciliter le flux. L'un des faits marquants de cette crise était que nous devions continuer d'accueillir dans notre service d'oncologie des patients d'autres hôpitaux, ce qui était en principe strictement interdit par le Code orange. Les transports en ambulance soulevaient d'importantes inquiétudes, car les ambulances faisaient la navette entre de nombreux établissements de soins et, de ce fait, pouvaient facilement infecter plusieurs hôpitaux si toutes les précautions et restrictions n'étaient pas rigoureusement observées.

L'importance des visites en temps de restrictions

Le Code orange a imposé des restrictions de visites qui n'étaient ni conçues pour les personnes atteintes de cancer ni compatissantes envers cette population. Les restrictions de visites ont été accueillies avec beaucoup de réticence et de tristesse.

Politique de restriction des visites – la réponse d'un parent :

« J'étais vraiment furieuse! Je veux dire, je sais que c'était pour des raisons de sécurité, je comprends tout ça, mais vous savez, quand quelqu'un de votre famille est tout seul là-bas, vous vous sentez en colère à un moment donné... vous attendez dehors, et vous ne savez pas ce qu'on lui fait là-dedans... » (Dre Joyce Nyhof-Young, 2003)

Politique de restriction des visites – fourniture d'informations :

« Je n'y comprenais rien. Je n'ai reçu aucune information parce que j'étais simplement trop stressée moi-même... [Mon mari est] tellement impliqué dans mes soins... Il est là à toutes les consultations. Il connaît toutes les réponses et il a des questions... Je voulais qu'il soit là. Je voulais tant qu'il soit là! » (Dre Joyce Nyhof-Young, 2003)

La directive du Code orange instaurant une politique de restriction des visites a été en place pendant plus de six semaines. Après l'allègement de la restriction, les patients hospitalisés avaient droit à un visiteur par jour entre 17 h et 19 h. Fin mai, deux visiteurs par jour étaient autorisés pour les hospitalisés.

Comment nous avons fait la différence

Contourner le règlement sans compromettre la sécurité était un thème récurrent, alors que nous nous efforcions de rendre la situation moins pénible pour les patients et leur famille. Dans les premiers temps de la crise, les patients étaient censés entrer seuls dans le bâtiment, mais le HPM a toujours permis aux patients de pédiatrie d'être accompagnés d'un parent. Pour des raisons de compassion, les patients de l'unité de soins palliatifs avaient droit à deux visiteurs à tout moment du jour et de la nuit. Dans le souci de faciliter la communication, les médecins et les infirmières n'hésitaient pas à sortir de l'hôpital pour parler avec les familles. Un préfabriqué avait été installé dehors pour abriter les familles des intempéries. Il a fini par devenir un lieu où se tenaient les consultations à propos du choix de perruques, les garderies d'enfants et les réunions de famille. Certaines technologies comme la télésanté et les caméras Web étaient également utilisées. La fondation du HPM a appuyé financièrement les « sites Web des patients », créés à l'intention des patients et restés depuis à la disposition de ceux d'entre eux qui désirent développer leur propre site pour communiquer avec leurs parents et leurs amis.

Soignants tranquilles = patients tranquilles

La mise à la disposition des soignants d'équipements de protection en nombre suffisant était un important facteur d'apaisement. La quantité d'équipements à pourvoir était ahurissante. Par exemple, pour un jour ordinaire, 10 000 à 15 000 masques, 15 000 à 20 000 paires de gants et 3000 blouses étaient nécessaires. Plus de 6000 lunettes à coques ont été commandées et utilisées, ainsi que d'innombrables cartons de gel désinfectant pour les mains sans rinçage et de lingettes Virox.

Alors que beaucoup avaient à cœur d'utiliser les équipements de protection, le port de masques faciaux provoquait des rougeurs au menton et au nez, ainsi que des éruptions cutanées au visage dans certains cas. À cause des lavages de mains répétés, de nombreux soignants avaient les mains sèches et abîmées et attrapaient des dermatites de contact. Pour atténuer les effets indésirables et l'irritation causés par les équipements de protection, des pauses fréquentes étaient recommandées et bien acceptées. Si des soignants prenaient un repas ensemble ou faisaient une pause en même temps sans porter d'équipement de protection, ils devaient rester à un mètre de distance les uns des autres. Il n'y avait pas de cafétéria ni aucun magasin ouvert dans l'hôpital, mais le service de nutrition fournissait au personnel de l'eau et des jus de fruits. Même le service des achats devait faire preuve d'imagination dans ses commandes. Du matériel, tel que du nettoyeur antibuée et des autocollants grossissants pour la lecture à placer à l'intérieur des lunettes à coques, suscitait l'intérêt de nombreux gestionnaires.

Des essais de masques avaient été introduits, pour permettre aux soignants de choisir celui qui se prêtait le mieux à leur visage et leur offrait la meilleure protection. Pour alléger le fardeau des professionnels des soins de santé, les gestionnaires avaient été encouragés à augmenter leurs effectifs journaliers. Un centre de commandement était à la disposition des soignants 24h/24, 7 jours sur 7, pour répondre à toutes les questions. Il est bien connu et prouvé que si les soignants sont bien informés, les patients sont mieux soignés. Notre vice-président des Affaires professionnelles et notre directrice des soins infirmiers ont adopté une stratégie novatrice pour communiquer avec tout le personnel par le réseau intranet, en utilisant des caméras plutôt que le courrier électronique.

C'est fini!

Au final, nous avions besoin de fêter et de reconnaître notre réussite et notre dur labeur. L'une des choses que nous nous sommes empressées de faire une fois l'alerte du Code orange levée a été un barbecue avec le personnel. Des messages et des courriels de remerciement ont été envoyés. De nombreux soignants ont reçu des certificats cadeau, ainsi que des billets pour des matchs de baseball et des bons de réduction pour les hôtels, les théâtres et les restaurants locaux. L'hôpital a également récompensé les soignants et les bénévoles avec une épinglette en or en forme d'étoile, en reconnaissance de leurs contributions durant la crise du SRAS. La ville a organisé le concert du SRAS en hommage aux quarante-deux victimes qui a aussi permis de lever des fonds et de sensibiliser les gens à l'incidence de l'épidémie sur les communautés et le secteur des affaires.

Les compétences uniques des infirmières en oncologie se sont avérées d'une grande utilité durant le SRAS. Les infirmières en oncologie concilient toujours les besoins des patients et la sécurité des patients. Elles sont constamment à l'affût d'infections mettant la vie en danger. Les infirmières en oncologie ont une grande expertise pour enseigner à leurs patients comment gérer l'incertitude. 🍀

Remerciements

Les auteures voudraient exprimer leur gratitude à tous les soignants et bénévoles du HPM pour le courage et la compassion dont ils ont fait preuve en aidant leurs collègues, les patients et les familles à surmonter la crise du SRAS. Nous tenons également à remercier les nombreux patients et leurs familles qui n'ont pas douté un instant que nous continuerions de leur dispenser des soins optimaux.

Dre Allison McGeer
Dr Donald Low
Dre Joyce Nyhof-Young
Campbell Commission
Rotman School of Business, J.D'Cruz
UHN Photo Graphics
Relations publiques
Site Web de la brasserie Molson

Références

- McGeer, Allison – communication personnelle
Nyhof-Young, J., Jusko Friedman, A., Wiljer, D., & Catton, P. (2005). Addressing patient concerns about visitor restrictions during SARS: What can hospitals do? *Longwoods Review*, 2(4), 9.
Svoboda, T., Henry, B., Shulman, L., Kennedy, E., Rea, E., Ng, W., et al. (2004). Public Health Measures to control the spread of severe acute respiratory syndrome during the outbreak in Toronto. *New England Journal of Medicine*, 350(23), 2352-2361.

<http://www.cdc.gov/ncidod/sars/factsheet.htm>
<http://www.bieneger.mil.ar/sanidid/img/corona.jpg>
<http://www.optotherm.com/Corona-Virus.jpg>
<http://www.uhn.ca/index.asp>