

perspective infirmière

septembre / octobre / 2017 / vol. 14 / n° 4



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

20 ET 21 NOVEMBRE
CONGRÈS **OIIQ**
2017

► Découvrez le
programme p. 34-35



ACFA

Prise en charge des
nausées et vomissements
de la grossesse

Allergies aux arachides :
nouvelles directives

Anorexie mentale
réfractaire

SOIRÉE
FLORENCE
2017

DURÉE
D'UTILISATION PROLONGÉE



FIBRISTAL^{MD}

POUR LA PRISE EN CHARGE MÉDICALE DES FIBROMES UTÉRINS

Indication :

FIBRISTAL^{MD} est indiqué pour le traitement intermittent des signes et symptômes modérés à graves des fibromes utérins chez les femmes adultes en âge de procréer. La durée de chaque cycle de traitement est de trois mois¹.

Contre-indications :

- Pendant la grossesse et chez les femmes qui allaitent.
- Chez les femmes ayant des saignements génitaux d'étiologie inconnue ou pour des raisons autres que des fibromes utérins.
- Chez les femmes atteintes d'un cancer de l'utérus, du col utérin, de l'ovaire ou du sein.

Mises en garde et précautions pertinentes :

- L'utilisation concomitante de contraceptifs hormonaux n'est pas recommandée.
- Emploi chez les patientes présentant une insuffisance hépatique grave, sauf si la patiente est suivie de près.
- Emploi chez les patientes souffrant d'insuffisance rénale modérée ou grave.
- Emploi chez les patientes atteintes d'asthme grave insuffisamment maîtrisé par des glucocorticoïdes oraux.
- Des changements histologiques de l'endomètre peuvent être observés chez les patientes. Ces changements sont désignés comme « Changements endométriaux associés à l'administration d'un modulateur du récepteur de la progestérone » (Progesterone Receptor Modulator Associated Endometrial Changes – PAEC) et sont réversibles après l'arrêt du traitement. Investiguer

si l'épaississement de l'endomètre persiste encore 3 mois après la fin du traitement. L'épaississement de l'endomètre a fait l'objet d'étude dans au plus 4 cycles de traitements intermittents.

- Emploi concomitant d'inhibiteurs modérés ou puissants du CYP3A4, d'inducteurs modérés ou puissants du CYP3A4 et de puissants inducteurs enzymatiques.
- Si les saignements excessifs persistent après les premiers 10 jours de traitement, les patientes devraient en informer leur médecin.
- Si une modification des saignements à caractère persistant ou inattendu est observée pendant le traitement, un examen de l'endomètre comprenant une biopsie de l'endomètre doit être réalisé pour exclure d'autres affections sous-jacentes.

Pour de plus amples renseignements :

Pour de plus amples renseignements concernant les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie, veuillez consulter la monographie de produit à l'adresse http://fibrystal.ca/docs/Fibrystal_Product_Monograph_F.pdf. Vous pouvez également obtenir la monographie de produit en nous téléphonant au 1-800-668-6424.

RÉFÉRENCE : 1. Monographie de produit de FIBRISTAL^{MD}, Allergan Pharma Co., novembre 2016.

ÉDITORIAL

7 **Réflexion sur la formation continue**

PORTRAIT

9 **Myriam Ménard**
Infirmière en santé mentale

EN BREF

12 **« La valeur d'une personne ne tient pas à son apparence physique »**
Vidéo du CHU Sainte-Justine13 **De la naissance et des pères**

Rôle du père pendant l'accouchement depuis 1950

13 **STAT Cigarette obsessive**15 **Projet STEP**

La peur de devenir parent quand on a été maltraité pendant son enfance

16 **Quel domaine de la profession Jeanne Mance choisirait-elle aujourd'hui?**

Conférence « Montréal se souvient... »

17 **Faisons-nous les bons choix dans les services aux aînés?**

Colloque Jean-Yves-Rivard

20 **Congrès 2017 de l'OIIQ**
« Profession infirmière, profession affirmée »

MYTHES ET RÉALITÉS

À propos du **consentement aux soins**

21 Questions

69 Réponses

INNOVATION CLINIQUE

Prix régionaux 2016

22 **Laurentides/Lanaudière**

Hypertension artérielle : un projet qui s'appuie sur une solution infirmière

22 **Montréal**

Service téléphonique pour patients atteints de sclérose en plaques

23 **Outaouais**

Pour une meilleure autogestion de la continence

FONDATION DE L'OIIQ

24 **Petits patients, grands besoins**

Subvention Pour mieux soigner aux unités de soins intensifs néonataux du Québec



ÉVÉNEMENT

26 **Soirée Florence 2017**

L'expertise infirmière sous les projecteurs



PRATIQUE CLINIQUE

31 **Allergies aux arachides**

Nouvelles directives pour la prévention

42 **Périnatalité**

Mieux comprendre les comportements du nouveau-né

46 **Services d'injection supervisée**

Des infirmières expliquent leur rôle

VOS DEUX ARTICLES DE DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

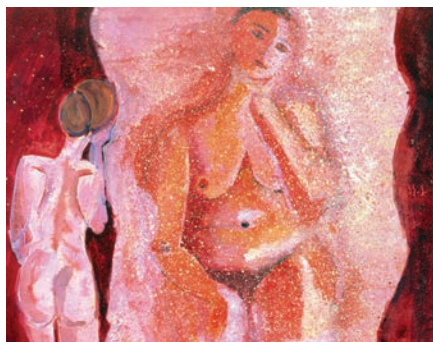
36 **Prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse**53 **La capnographie**

PHARMACOTHÉRAPIE

- 48 Ivabradine**
Dans le traitement de
l'insuffisance cardiaque

SANTÉ MENTALE

- 59 L'anorexie mentale
réfractaire**
Que faire quand les traitements
échouent?



PHARMACOVIGILANCE

- 66 Analgésiques topiques
en vente libre contenant
du menthol**
Risque de brûlures graves

- 67 Combinaison de
dabigatran et de statines**
Possibilité d'hémorragie

SANTÉ FINANCIÈRE

- 68 Quatre idées fûtées pour
investir 1 000 \$**

LE SERVICE DE
CONSULTATION
PROFESSIONNELLE DE
L'OIIQ VOUS RÉPOND

- 70 La vaccination**

- 67 LISTE DES ANNONCEURS**

perspective
infirmière

Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

POUR NOUS JOINDRE

4200, rue Molson
Montréal Qc H1Y 4V4
revue@oiiq.org

POLITIQUE ÉDITORIALE

Perspective infirmière est publiée cinq fois par année par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Les opinions et points de vue qui y sont exprimés n'engagent que leurs auteurs. L'acceptation d'un annonceur ne constitue en rien une reconnaissance des produits et services de l'annonceur et ne correspond pas à un endossement par l'OIIQ de ceux-ci ni de l'annonceur. Aucune reproduction n'est permise sans autorisation. Afin de faciliter la lecture des textes, *Perspective infirmière* utilise de façon générale le terme « infirmière ». Cette désignation n'est nullement restrictive et englobe les infirmiers. L'éditeur tient à préciser que cela ne constitue en aucune façon une négation des privilèges et des droits des infirmiers du Québec.

PUBLICITÉ

CPS Média inc.

Mélanie Crouzatier, conseillère
publicitaire
43 avenue Filion, Saint-Sauveur
Qc J0R 1R0
Tél. : 1 866 227-8414, poste 304
mcrouzatier@cpsmedia.ca

ABONNEMENT

Anne-Marie Gagnon

Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télec. : 514 935-3770

www.oiiq.org

TARIFS pour 1 an – Canada : 16,28 \$ taxes
applicables comprises, autres pays : 73 \$
Payable par carte de crédit ou mandat-
poste émis et adressé à l'Ordre des
infirmières et infirmiers du Québec.

Les membres de l'OIIQ, les étudiantes
immatriculées ayant terminé leur
deuxième année d'études et les
personnes inscrites au « Programme
Appartenance » reçoivent un
abonnement.

DIFFUSION

80 515 copies (CCAB/BPA : mars 2017)



DÉPÔT LÉGAL 2017

Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1708-1890

Répertorié dans *Repère*, *PubMed*,
Cinahl et *BDSP Pascal*

N° d'enregistrement 9790

Parution : septembre 2017

Convention de la Poste-publications
N° 40062569

Présidente de l'OIIQ

Lucie Tremblay

Directrice, Communications
et affaires publiques
Colette Ouellet

RÉDACTRICE EN CHEF

Caroline Baril

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION

Nathalie Boëls

COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ

**Direction Développement
et soutien professionnel**

Joël Brodeur, infirmier, Directeur

Chantale Desbiens, infirmière,
Directrice adjointe à la pratique infirmière

Marie-Eve Arsenault, infirmière,
Conseillère à la consultation professionnelle

Barbara Harvey, infirmière,
Conseillère à la qualité de la pratique

Martine Lafleur, infirmière,
Conseillère à la qualité de la pratique

Jérôme Ouellet, infirmier,
Conseiller à la qualité de la pratique

Maud Papin, Coordinatrice au programme
de formation continue

RÉVISEUR LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Mariène Lavoie

CONCEPTION DE LA GRILLE GRAPHIQUE

Oblik Communication-Design

GRAPHISME ET MISE EN PAGES

Gaëtan Venne

IMPRIMEUR

Norecob

COLLABORATEURS

Dominique Beaulieu, inf., Ph. D.
Dailia Benhaberou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

Nathalie Bizier, inf. clinicienne

Andrée-Anne Boivin-Cyr, M. Sc., IPSPL

Fethi Boudebza, inf., B. Sc., M. Sc. (c.)

Olivier Champion

Karine Cloutier, B. Pharm, M. Sc., Pharm. D., BCPPS

Kathleen Couillard

Frédéric Douville, inf., Ph. D.

Francine Fiore

Jacinthe Leclerc, B. Sc. inf, M. Sc., Ph. D. (c.)

Yves Lessard, inf. (STAT)

Marie-Josée Martel, inf., Ph. D.

Isabelle Millette, inf., IPSNN

Daniel Milhomme, inf., Ph. D.

Frédérique Morier

François Paquet, md (STAT)

Denyse Perreault

Jean-Dominic Rioux, IPS en cardiologie

Louis Rochette, M. Sc.

Guy Sabourin

Alexandre Sanctuaire, B. Sc. (kin.), DESS

kinésiologie clinique, CCEP-ACSM, Pharm. D. (c.)

Lyse Savard

Emilie St-Pierre, inf., IPSNN

PAGE COUVERTURE

© Africa Studio / Shutterstock.com

Logo FSC

Le nouveau CHUM ouvrira ses portes en octobre 2017

**DE NOMBREUX POSTES PERMANENTS À COMBLER
À L'ÉQUIPE VOLANTE DÈS MAINTENANT!**

- Postes à temps complet
- Postes à temps partiel jusqu'à 9 jours/quinzaine, à votre choix
- Quart de rotation (50% jour - 50% soir ou nuit)

Mylène, infirmière
Nouveau CHUM

**Certains craignent la nouveauté
Moi, j'aime innover**

William, infirmier
Nouveau CHUM

**Certains craignent les défis
Moi, j'y consacre ma vie**

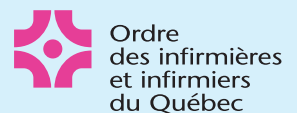
Viens travailler avec nous!

Forfait exclusif pour les infirmier(ère)s



Économisez jusqu'à **1300 \$***
annuellement en adhérant
au forfait adapté aux infirmier(ère)s.

Fière partenaire



bnc.ca/infirmier

* Certaines conditions s'appliquent. Calculé sur une économie annuelle d'une valeur de 299 \$ sur les transactions au comptoir et électroniques incluses dans le forfait Le Virtuose^{MD}; un rabais annuel de 844 \$ calculé sur une réduction pouvant atteindre jusqu'à 6,25 % pour une marge de crédit personnelle moyenne de 13 500 \$ (taux pouvant varier selon le dossier de crédit); un rabais annuel de 375 \$ calculé sur une réduction pouvant atteindre jusqu'à 0,25 % pour une marge de crédit Tout-En-Un Banque Nationale^{MD} volume moyen de 150 000 \$ dans le forfait Infirmier(ère)s. Vous devez être détenteur de la carte de crédit Platine, World ou World Elite Mastercard^{MD} pour être éligible au forfait pour les infirmier(ère)s. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, elle varie selon votre situation financière. ^{MD} Le Virtuose et Tout-En-Un Banque Nationale sont des marques déposées de la Banque Nationale du Canada. Mastercard est une marque déposée de Mastercard International inc., utilisée sous licence. © 2017 BANQUE NATIONALE DU CANADA. Tous droits réservés. ^{MC} RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada.

Réflexion sur la formation continue



Le mois de septembre apporte son lot d'espoir qui se concrétise souvent sur le plan professionnel par de nouveaux projets ou par l'acquisition de nouvelles connaissances afin de mieux soigner. Cela m'amène à vous parler de formation continue.

Une norme récente et essentielle

Depuis de nombreuses années, la formation continue occupe une place importante autant pour nous, les 74 000 infirmières et infirmiers du Québec, que pour les membres des autres ordres professionnels. Pourquoi? Parce qu'elle est l'un des importants leviers qui permettent d'améliorer la qualité des soins et des services offerts à la population et de maintenir la confiance du public.

Nous en sommes venus à la conclusion qu'il devenait nécessaire d'encadrer la formation continue par une norme afin d'affronter les nouvelles réalités : vieillissement de la population; augmentation du nombre de personnes atteintes de maladies chroniques; complexification des soins; évolution de notre pratique, des savoirs et de la technologie; étendue croissante de notre champ d'exercice; et développement de la pratique interdisciplinaire. En fait, la formation continue nous permet d'être en adéquation avec les besoins de la population.

Cette constante évolution des besoins des patients, et par conséquent de notre pratique professionnelle, nous a amenés à adopter en janvier 2012 une norme professionnelle de formation continue que je préfère désormais appeler « culture de développement professionnel infirmier ».

La formation continue et le développement professionnel infirmier

La formation continue est l'une des composantes du développement professionnel infirmier. Ce dernier fait référence à une myriade de moyens qui nous permettent de développer nos compétences par des apprentissages riches basés sur des résultats probants. Le développement professionnel comprend entre autres la formation générale, la pratique clinique quotidienne, les formations et les échanges avec des experts chevronnés dans un domaine spécifique. Plus concrètement, les stratégies de développement professionnel infirmier contribuent au développement du raisonnement et du leadership cliniques afin de mieux évaluer les patients et d'intervenir plus efficacement au quotidien, auprès d'eux et de leurs familles, en tenant compte de la complexité de leur situation de santé et de vie.

Une norme déjà adoptée

Aujourd'hui, des statistiques montrent que nous pouvons être fiers, car la norme professionnelle fait d'ores et déjà partie de nos habitudes. Plus de 80 % d'entre vous affirment avoir suivi 20 heures de formation continue au cours de la dernière année, dont sept heures accréditées, ce qui correspond aux exigences de la norme. Nous nous rapprochons des données des pays anglo-saxons (Australie, Grande-Bretagne, Nouvelle-Zélande) qui font figure de référence en matière de santé.

Poursuivons nos efforts vers l'objectif de 100 % de formation continue

Loin de nous satisfaire, ces chiffres démontrent que nous sommes sur la bonne voie, mais ils nous invitent cependant à poursuivre nos efforts afin d'atteindre 100 % du nombre d'heures exigé par 100 % d'entre vous. Il convient aussi de nous assurer que les formations suivies correspondent à nos besoins et qu'elles sont pertinentes pour notre pratique.

L'Ordre est là avec vous

Pour vous accompagner dans votre développement professionnel infirmier, l'Ordre met à votre disposition différentes formules comme un outil pour développer son portfolio professionnel de formation continue, des formations accessibles, diverses et variées, des outils cliniques et un service de consultation professionnelle. Et depuis trois ans, l'OIIQ réalise chaque année un sondage pour mieux évaluer vos besoins. Vous avez été plus de 8 000 à y répondre cette année. Le but est simple : être à votre écoute. Sachez aussi qu'à compter de ce numéro, votre revue *Perspective infirmière* vous propose, non pas un, mais deux articles-questionnaires.

Chers collègues, continuons ensemble à façonner les soins infirmiers de l'avenir par notre engagement à nous développer professionnellement. C'est en faisant de nos milieux de soins et de travail des organisations apprenantes et tournées vers l'avenir que le développement professionnel infirmier contribuera à sa juste part à la qualité des soins... pour une population en santé.

Bonne rentrée et bon développement professionnel!

Lucie Tremblay, inf., M. Sc., Adm. A., CHE

Présidente de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Myriam Ménard, infirmière en santé mentale

Croire en ses patients et en leur rétablissement

Par Lyse Savard

« L'espoir est la plus belle chose que nous puissions donner à un patient et à sa famille. Et quand il s'agit d'espoir et de confiance en eux-mêmes, notre réussite est encore plus grande », affirme Myriam Ménard, l'une des quelque vingt infirmières cliniciennes du Québec qui détiennent une attestation pour évaluer les troubles mentaux.

Depuis cinq ans, Myriam Ménard travaille à l'Institut Douglas à Montréal. Nommée récemment conseillère à la pratique avancée en santé mentale, elle est en charge, dans le cadre de son travail, d'améliorer la qualité des soins en se basant sur la recherche et de s'assurer du transfert de connaissances.

Pourquoi avoir choisi la santé mentale? « Un concours de circonstances », avoue-t-elle. Avant son premier enfant, elle travaillait aux soins intensifs en cardiologie; des plages horaires de douze heures, de jour ou de nuit, qui ne convenaient plus à une jeune maman. L'Institut Douglas, où elle avait déjà transmis son CV, lui a proposé de mettre en place une unité de convalescence au Refuge de la Maison du Père. « De fil en aiguille, je suis tombée en amour avec le domaine de la santé mentale. Je suis restée au Douglas où on m'a confié plusieurs beaux projets. »

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas est affilié à l'Université McGill. Centre de recherche et d'enseignement, il offre des soins spécialisés et surspécialisés en santé mentale. « Lorsqu'un patient arrive au Douglas, explique Myriam Ménard, plusieurs traitements ont déjà été essayés, sans succès. Le patient et sa famille sont épuisés, découragés. Ils sont persuadés que plus rien ne pourra les aider. Pour eux, c'est le dernier recours. Que ce soit pour un trouble de l'humeur, un problème dépressif ou une psychose, ils n'y croient plus. Il faut alors bâtir une alliance. »

« Pour mesurer leur pression artérielle, on doit les toucher. Au fur et à mesure que se déroule l'examen physique, on leur parle, on se présente, on vérifie si la famille est proche. On obtient beaucoup de renseignements qui serviront à évaluer leur santé mentale. »



© Pierre Longtin

Le bon moment

Peut-on espérer un rétablissement, même dans les cas complexes de santé mentale? Oui, croit la clinicienne. « Mais le rétablissement est propre à chaque personne. Pour l'une, c'est retourner dans une maison de chambres et acquérir une certaine autonomie. Pour l'autre, c'est rétablir des liens avec sa famille. Il ne nous appartient pas de choisir pour un patient quel sera son rétablissement. Nous lui en parlons et nous nous adaptons à ses objectifs. »

Myriam Ménard insiste sur l'importance de choisir le bon moment pour entreprendre cette démarche. « Certainement pas lors de son admission à l'urgence, dit-elle. En santé mentale, nous n'avons pas à nous presser comme en soins critiques. Ça ne sert à rien d'aller plus vite que le patient. Si nous essayons plus que lui, c'est évident que ça ne marchera pas. Il faut plutôt trouver des stratégies pour qu'il soit capable de chasser progressivement les nuages, poursuit-elle. Ça prend du temps et beaucoup de communication. Il y a plusieurs étapes avant d'obtenir un déclic, mais on y arrive à un moment donné. »

La première étape consiste à stabiliser le patient. En crise, il n'est en mesure ni de faire des choix, ni d'accepter un plan de traitement. Sa médication est réévaluée. Une psychothérapie ou encore une thérapie de groupe est envisagée. Ensuite, un plan est établi, dans lequel les priorités sont déterminées. « Ça dépend de chaque problématique et de chaque personne, précise la clinicienne. Si c'est

« La pratique avancée en santé mentale est en développement. Les infirmières en pratique avancée auront beaucoup d'impact sur la qualité des soins. »

un consommateur de drogue, son rétablissement passera peut-être par une cure pour diminuer sa consommation ou réduire les méfaits. »

L'infirmière donne l'exemple d'un patient qui exprime son désir de repartir à sa fille après cinq années de silence. « On voit comment amorcer la démarche. On travaille avec lui pour qu'il puisse atteindre son objectif. » Myriam Ménard rappelle que la relation thérapeutique est toujours sous-jacente aux soins. Elle s'établit non seulement avec le patient, mais aussi avec sa famille s'il a la chance de l'avoir à ses côtés.

Beaucoup d'attention est d'ailleurs accordée aux familles. « On utilise le modèle de soins de McGill, centré sur le patient et sa famille. Une personne seule ne peut pas jouer en équipe, souligne la clinicienne. Elle a besoin d'être entourée de gens qui vont l'aider. Elle aura besoin d'un filet social lors de son rétablissement. Souvent, les personnes souffrant d'un problème psychiatrique ont usé leur réseau. Ceux qui les soutenaient au début sont épuisés et n'ont plus d'attentes. On voit la fatigue de l'aidant et dans certains cas, sa détresse. C'est important de les accompagner. »

Santé globale

Myriam Ménard est bien au fait que la santé mentale peut affecter la santé physique et vice-versa. Ainsi, la prévalence de maladies chroniques est plus élevée chez les personnes souffrant de troubles mentaux (CSBE, 2012). Au Québec, l'espérance de vie des hommes atteints d'une maladie mentale serait inférieure de huit ans à celle des autres hommes. Cet écart serait de cinq ans pour les femmes (MSSS, 2015).

« La santé mentale, c'est vraiment voir la personne dans son entièreté, rappelle l'infirmière. Certes, on travaille en santé mentale, mais il faut aussi se préoccuper de la santé physique de la personne soignée en santé mentale. Si on veut une bonne santé mentale, il faut aussi s'occuper du reste. »

Myriam Ménard attribue cette préoccupation à ses années passées en soins critiques. Elle rappelle que la médication en santé mentale peut provoquer de l'hypertension artérielle

et augmenter les risques de maladies cardiaques. Un suivi est d'autant plus important que, souvent, cette clientèle ne consulte pas de médecin de famille ou d'infirmière praticienne spécialisée.

D'expérience, elle observe que la santé physique est aussi une bonne façon d'établir un lien de confiance avec le patient. Celui-ci retient que l'infirmière prend soin de lui. « Certaines personnes se sentent attaquées quand on aborde leur état mental. C'est compréhensible. Quoi de plus personnel que leurs émotions et la perception qu'elles se font de leur propre vie? Pour elles, qui suis-je pour leur demander si elles sont suicidaires? »

Dans ces cas, la santé physique facilite la relation : « "Il me semble que vos jambes sont enflées, voulez-vous qu'on les regarde ensemble?" Pour mesurer leur pression artérielle, on doit les toucher. Au fur et à mesure que se déroule l'examen physique, on leur parle, on se présente, on vérifie si la famille est proche. On obtient beaucoup de renseignements qui serviront à évaluer leur santé mentale. Mais ce que je décris, c'est simplement prendre soin. La santé ne s'arrête pas aux épaules. »

Préjugés

Avant de travailler en milieu psychiatrique, Myriam Ménard avait une mauvaise conception de ce que représente la santé mentale. « Bon nombre de personnes ont des préjugés sur ce qu'est le trouble de santé mentale et sur ceux qui en sont atteints, observe-t-elle. Quand on demande aux gens d'exprimer leur perception quant à l'état de santé d'une personne qu'elles connaissent souffrant d'un trouble mental, elles le qualifient de paresseux; ils déplorent qu'il ne veuille pas travailler et qu'il refuse de s'aider. »

L'infirmière blâme notamment la télévision pour l'image négative qu'elle projette des personnes touchées par des problèmes de santé mentale. La télé participe à leur stigmatisation en les associant à des personnages sans éducation, dépendants et dépressifs qui ne réussiront pas dans la vie. « La télé montre rarement des gens hyper performants qui font un burnout ou encore des enfants souffrant d'anxiété de performance parce qu'ils sont trop



poussés par leurs parents. Elle présente plutôt une image de perdants. Ceux qui s'éduquent en regardant la télévision sont biaisés », déplore la clinicienne.

Pratique avancée

La pratique avancée en santé mentale est en développement. « Les infirmières en pratique avancée auront beaucoup d'impact sur la qualité des soins et l'arrivée de la spécialisation contribuera à cet apport », croit Myriam Ménard.

En effet, la profession infirmière s'enrichissait récemment de nouvelles spécialités dont celle en santé mentale. Les infirmières détenant une attestation pour évaluer les troubles mentaux et celles étudiant pour l'obtenir se verront offrir un programme passerelle pour devenir infirmière praticienne spécialisée en santé mentale (IPSSM).

Myriam Ménard ne sait pas encore si elle deviendra IPSSM. Elle détient déjà une maîtrise en sciences infirmières et un DESS en santé mentale, et poursuit présentement un MBA en gestion de projets. Elle prendra le temps d'évaluer ce qui lui convient le mieux. Ce qu'elle sait toutefois, c'est qu'elle est fascinée par sa pratique en santé mentale et qu'elle compte bien poursuivre sa carrière dans ce domaine. ■

Sources

Commissaire à la santé et au bien-être (CSBE). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, CSBE, 2012, 232 p. En ligne : http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020. – Faire ensemble et autrement*, Québec, MSSS, 2015, 88 p. En ligne : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf>



PLACEMENT EN SANTÉ

RECRUTEMENT INFIRMIÈRES

partout au Québec

Nous offrons les meilleures
conditions de l'industrie.
Obtenez une prime si vous
changez d'agence ou
si vous référez du personnel.

CODEBLEU.CA

cv@codebleu.ca

Téléphone : 514-523-0415

1-877-343-BLEU

Télécopieur : 514-523-0360



« La valeur d'une personne ne tient pas à son apparence physique »

Vidéo du CHU Sainte-Justine sur l'image corporelle

Inquiets de l'augmentation des taux d'embonpoint et d'obésité chez les jeunes âgés entre 5 et 18 ans, les professionnels du Centre d'intervention en prévention et réadaptation cardiovasculaire pour toute la famille du CHU Sainte-Justine – connu sous l'acronyme CIRCUIT –, créé en 2010, ont depuis évalué des centaines de familles ayant un enfant ou un adolescent présentant au moins un facteur de risque de maladies cardiovasculaires. Ils ont ainsi pu développer une expertise afin d'optimiser la santé des jeunes en misant sur la promotion de saines habitudes de vie.

« La sédentarité figure parmi les facteurs de risque de développer des maladies cardiovasculaires même à un jeune âge, affirme le Dr Jean-Luc Bigras, cardiologue pédiatre et codirecteur du CIRCUIT. Nous avons raffiné notre programme en prévention et réadaptation cardiovasculaire pour la jeune clientèle en nous intéressant à toutes les dimensions des saines habitudes de vie. »

France Biron, kinésiologue et coordonnatrice du CIRCUIT, ajoute que l'attention de l'équipe se porte aussi sur le sommeil, la nutrition, le tabagisme et le temps d'écran, entre autres facteurs. La propension des jeunes à consacrer



Dr Jean-Luc Bigras

Cardiologue pédiatre et codirecteur du CIRCUIT du CHU Sainte-Justine

« La sédentarité figure parmi les facteurs de risque de développer des maladies cardiovasculaires même à un jeune âge. »

beaucoup de temps aux écrans a d'ailleurs incité le CIRCUIT à opter pour la création de capsules vidéo en vue de rejoindre les jeunes. L'une de ces vidéos, intitulée *Ce qui a de la valeur se trouve à l'intérieur*, porte sur l'apparence physique et la sensibilité des jeunes face à leur image corporelle. Elle a été vue 1,5 million de fois au cours du mois suivant son lancement sur le site du CIRCUIT Financière Sun Life en novembre 2016. Son succès a par ailleurs fait l'objet d'un reportage à Radio-Canada.

Avec l'aide d'un scripteur professionnel, l'équipe du CIRCUIT a porté une grande attention à la teneur des messages de la courte capsule vidéo d'une durée d'une minute vingt. Le ton juste a été trouvé pour aborder avec finesse cette délicate question. La valeur d'une personne ne réside pas dans son apparence physique, a-t-on souhaité communiquer aux jeunes.

« Lors des rencontres d'évaluation, on voit souvent pleurer les jeunes à cause de leur image corporelle, parce qu'ils sont aux prises avec de l'embonpoint ou de l'obésité. Cette situation est une source de grande souffrance émotionnelle pour eux, constate le Dr Bigras. Les parents et l'entourage peuvent aussi se sentir dépourvus devant cette souffrance. »

De nouvelles capsules ont été lancées au printemps 2017. Elles constituent autant d'invitations lancées aux jeunes, aux parents et aux professionnels du monde scolaire et de la santé à consulter le site, riche en blogues sur l'hypertension artérielle, l'obésité, le diabète, la nutrition et l'activité physique.

Les professionnels de la santé peuvent diriger les jeunes âgés entre 5 et 18 ans au CIRCUIT. On y évalue leur condition physique, leurs habitudes de vie et leur environnement familial, avant de repérer les activités qui leur plaisent et de bâtir un plan d'action personnalisé, révisé plusieurs fois durant le suivi qui s'échelonne sur deux ans. « Il est toujours conçu en lien avec les ressources du milieu des jeunes, qui se sentent encouragés à persévérer lorsque la famille les accompagne. » ■ **Denyse Perreault**

Sources

CIRCUIT du CHU Sainte-Justine : 514 345-4985. <http://www.centrecircuit.com/fr/>
CIRCUIT. « Ce qui a de la valeur se trouve à l'intérieur » (capsule vidéo).
En ligne : <http://www.centrecircuit.com/fr/Capsules-video-CIRCUIT>
Entrevue téléphonique conjointe avec le Dr Jean-Luc Bigras et la kinésiologue France Biron, le 14 février 2017.
Radio-Canada. « Ces vidéos aident des jeunes en surpoids », 15 déc. 2016.
En ligne : <http://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1006127/capsules-hopital-sainte-justine-surpoids-embonpoint-jeunes-adolescents-estime>

**CET AUTOMNE,
PARTICIPEZ À
NOS FORMATIONS
EN SANTÉ
INTÉGRATIVE.**

**Visitez notre site web
pour découvrir une offre
unique au Canada !**

**formationcontinue.umontreal.ca/
SANTEINTEGRATIVE**

Université 
de Montréal

Faculté de l'éducation permanente
Formation continue

De la naissance et des pères, d'Andrée Rivard

Le rôle du père pendant l'accouchement, des années 1950 à aujourd'hui

Dans son *Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne*, Andrée Rivard, docteure en histoire et chargée de cours à l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR), racontait à partir de l'expérience de mères comment se déroulaient les accouchements dans les hôpitaux du Québec entre les années 1950 et 1980, âge d'or de la médicalisation de la naissance.

Cette fois, avec *De la naissance et des pères* (2016), l'auteure se penche sur l'évolution à travers le temps du rôle des pères pendant l'accouchement, et comble ainsi en partie une lacune de « l'historiographie québécoise [...] peu loquace concernant la question de l'implication particulière des pères au cours de la période périnatale ».

Le père d'aujourd'hui s'inscrit dans un contexte d'enjeu social majeur : celui d'un courant international de prise de conscience autour de l'identité et de la condition masculines, qui a émergé aux États-Unis durant les années 1960. Il n'en a pas toujours été ainsi.

Au fil du 20^e siècle, l'accouchement passe d'acte naturel vécu à domicile à épisode surmédicalisé en milieu hospitalier, où l'homme est confiné

à la salle d'attente. Dans les années 1960 et 1970, des couples revendiquent le droit du père de vivre pleinement cet événement qui transformera leur vie. À l'aide d'anecdotes, Andrée Rivard rappelle que les départements d'obstétrique ne réservent pas toujours un accueil chaleureux au père. La réticence des équipes médicales va jusqu'à se traduire par un recours aux forces de l'ordre pour éjecter l'intrus.

Un cas rapporté par l'Association médicale américaine en janvier 1965 mentionne l'amende de 150 \$ infligée à un père qui avait fait fi des interdictions et pénétré dans la salle d'accouchement sans autorisation. « La scène illustre l'absurdité des règlements hospitaliers de l'époque, écrit Andrée Rivard. Les trois agents dépêchés sur les lieux ont dû revêtir des tenues stériles pour accomplir leur tâche. »

À l'inverse, des hommes qui n'entendent pas se laisser interdire



De la naissance et des pères. Andrée Rivard, en collaboration avec Francine de Montigny, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 2016, 192 p.

l'accès à la pièce où naîtra leur enfant, brandiront la menace de dépôt de poursuites contre les directions d'établissements.

L'ouvrage évoque le rôle déterminant des éducatrices prénatales Trude Sekely et Yvette Pratte-Marchessault qui, dans le Québec des décennies 1960 et 1970, « contribuent à la construction du rôle paternel durant la grossesse et l'accouchement en s'appuyant sur les nouvelles techniques d'accouchement naturel », à domicile, en milieu

hospitalier, dans des chambres de naissance, avec les sages-femmes, etc.

Depuis les années 1980, le milieu de la santé se fait beaucoup plus accueillant envers le nouveau père, dont il faudrait aussi reconnaître « l'anxiété, le stress et les besoins particuliers », suggère Andrée Rivard, en précisant que la présence du père en salle d'accouchement doit découler d'un désir, le sien et celui de la mère, et non de l'obligation de se comporter en fonction d'un modèle.

■ D.P.

CIGARETTE OBSESSIVE



Saviez-vous que derrière le pseudonyme de Stat se trouvent deux professionnels de la santé? Yves Lessard (à gauche) est infirmier clinicien en santé mentale au CIUSSS de la Capitale-Nationale et François Paquet est médecin spécialiste en médecine d'urgence au CISSS de Chaudière-Appalaches, site Hôtel-Dieu de Lévis.

L'authentique formation en rôle élargi



Êtes-vous prêt(e) pour Solutions Nursing?

1. J'aime les défis, ça me stimule. Je suis prêt(e) à sortir de ma zone de confort
2. Je suis ouvert(e) aux différentes cultures
3. J'apprends vite et je veux constamment m'améliorer
4. Je suis à l'aise à travailler dans un milieu anglophone
5. Je suis capable de m'éloigner de mes proches pour des périodes de 4 à 8 semaines
6. J'aime les voyages et les grands espaces
7. Je suis capable de passer du temps seul(e) avec moi-même
8. Je m'adapte facilement à un nouvel environnement
9. Je suis capable d'autonomie et je suis prêt(e) à faire de la garde
10. J'aime le travail d'équipe et je suis capable de cohabiter avec des collègues de travail

OUI NON

☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐
☐	☐

RÉSULTATS : Calculez le nombre de "OUI"

0 à 3 : Le Grand Nord n'est définitivement pas fait pour vous

4 à 5 : Peut-être un peu plus tard?

6 à 7 : Vous y êtes presque, informez-vous sur nos séances interactives d'introduction au rôle élargi

8 à 10 : Vous êtes prêt(e) à passer à un niveau supérieur, envoyez-nous votre CV

Le projet STEP

La peur de devenir parent quand on a été maltraité pendant son enfance

« Pour tout adulte, le fait de devenir parent est associé à des défis, mais les études démontrent que les personnes qui ont été victimes d'abus ou de maltraitance durant leur enfance vivent davantage de détresse au moment où eux-mêmes deviennent parents », explique le chercheur Nicolas Berthelot, psychologue et professeur au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). « Les parents ne souhaitent pas reproduire ce qu'ils ont vécu, mais la période de stress critique autour d'une grossesse et de la naissance d'un enfant peut réactiver le souvenir d'épisodes difficiles de leur histoire personnelle. »

Comment s'effectue la transition vers le rôle de parents chez les adultes exposés à des événements de vie traumatisants durant l'enfance? Comment se fait-il que des parents s'adaptent bien à leur nouveau rôle, même après avoir vécu des expériences difficiles dans l'enfance? À l'opposé, quels sont les mécanismes qui font en sorte que les mauvais traitements reçus dans l'enfance se répercutent sur la génération suivante? Ce sont des questions qui intéressent l'équipe de recherche du projet STEP, placée sous la direction scientifique et clinique de Nicolas Berthelot et de Roxanne Lemieux, également professeur au Département des sciences infirmières de l'UQTR. « Certains futurs parents ayant été maltraités dans leur enfance se sentent inadéquats face à la venue d'un enfant et n'en parlent pas, de crainte que cela soit mal vu. Ils peuvent donner l'impression de ne pas vouloir être aidés, alors que leur attitude est plutôt une manifestation des traumatismes qu'ils ont vécus », explique Nicolas Berthelot.

« Les parents ne souhaitent pas reproduire ce qu'ils ont vécu, mais la période de stress critique autour d'une grossesse et de la naissance d'un enfant peut réactiver le souvenir d'épisodes difficiles de leur histoire personnelle. »

Ce projet de recherche, sous l'égide du Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille (CEIDF) de l'UQTR, a été amorcé en 2015 dans différents sites du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Il a reçu en octobre 2016 une subvention de près d'un million de dollars de l'Agence de la santé publique du Canada, qui permet de soutenir les travaux des chercheurs pendant les cinq prochaines années.

Intervenir de façon préventive auprès des futurs parents à risque

Le projet STEP se déploie en plusieurs étapes : repérage des nouveaux parents susceptibles d'avoir besoin d'aide, identification des facteurs de risque pouvant mener à reproduire les comportements subis dans l'enfance, établissement des facteurs de protection, consultation



Nicolas Berthelot

Psychologue, professeur au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières

« Certains futurs parents ayant été maltraités dans leur enfance se sentent inadéquats face à la venue d'un enfant et n'en parlent pas. Ils peuvent donner l'impression de ne pas vouloir être aidés. »

auprès de parents dont l'enfance a été marquée par des épisodes d'abus ou de maltraitance afin d'identifier les services et les interventions sur lesquels ils auraient aimé pouvoir compter, et entrevues avec le personnel infirmier qui a côtoyé cette clientèle.

La mise sur pied d'un programme d'intervention (en complémentarité avec les programmes et les approches déjà offerts sur le territoire du CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec), de même que la formation des professionnels de la santé et des services sociaux et des organismes communautaires, sont aussi prévus afin d'assurer la pérennité du programme.

Ultimement, les travaux menés dans le cadre du projet STEP visent à outiller les infirmières travaillant dans les programmes prénatals, en périnatalité, en soins à domicile ou auprès des personnes ayant vécu de la maltraitance durant l'enfance. Elles pourront, explique Nicolas Berthelot, intervenir de façon préventive, en favorisant l'adaptation des adultes lors de leur transition vers la parentalité et « intercepter les trajectoires de risque intergénérationnelles ». « Elles aideront ces parents à prendre conscience de leurs zones de fragilité et à mettre l'accent sur leurs forces au lieu de leurs difficultés, précise-t-il, sans qu'elles aient à s'aventurer dans une démarche de nature psychothérapeutique. » ■ D.P.

Source

Soutenir la transition et l'engagement dans la parentalité (STEP). En ligne : https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/gscw031?owa_no_site=1910&owa_no_fiche=124

LE SAVIEZ-VOUS?

Formateur au sein du programme de développement professionnel continu de l'OIIQ, Nicolas Berthelot présente deux formations en salle, d'une durée de sept heures, pour vous permettre de développer vos compétences en santé mentale :

Connaître les différents troubles anxieux

14 septembre 2017 à Sherbrooke

5 octobre et 19 novembre à Montréal

Démystifier les troubles de la personnalité

19 octobre et 18 novembre à Montréal

Pour inscription et information : <http://mistral.oiiq.org/>

Conférence « Montréal se souvient... »

Si Jeanne Mance vivait aujourd'hui, quel domaine de la profession infirmière choisirait-elle?

Le mot qui résume le mieux Jeanne Mance est « habiletés », estime Danielle Fleury. La présidente-directrice générale adjointe du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) s'exprimait, le 19 mai 2017, dans le cadre de l'événement *Montréal se souvient... de sa fondatrice Jeanne Mance*, qui s'est tenu à l'Hôtel-Dieu de Montréal et au cours duquel plusieurs conférenciers ont entraîné l'auditoire sur les pas de Jeanne Mance, cofondatrice de Montréal.

Danielle Fleury, titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières, avait intitulé sa présentation *Jeanne Mance, infirmière et leader : un legs inspirant*. Elle a rappelé certaines des « premières » de Jeanne Mance qui a été, en effet, la première infirmière laïque en Amérique du Nord et la première « directrice des soins infirmiers » et administratrice laïque d'un hôpital en Nouvelle-France.

Jeanne Mance a appris son travail en devant affronter directement les situations les plus diverses, a fait remarquer Danielle Fleury. Les victimes des guerres amérindiennes venaient se faire soigner auprès d'elle, et « elle a dû se montrer créative devant son premier scalp »!



Danielle Fleury

Présidente-directrice générale adjointe, CHUM

« Jeanne Mance analysait bien le cadre dans lequel elle évoluait et parvenait à faire avancer ses idées pour atteindre ses objectifs. »

Tout au long de sa vie, elle apprendra sans cesse tant auprès des Amérindiens que des Augustines de Québec (Jeanne Mance est arrivée d'abord à Québec, en août 1641, où elle passera plusieurs mois, côtoyant les Augustines, avant de se rendre à Montréal, le 17 mai 1642). Colons comme Amérindiens, personne ne se verra refuser des soins de la part de cette femme de cœur et de tête, dotée d'une grande ouverture d'esprit.

Femme d'impact et d'influence

Pragmatique et déterminée, elle a su s'entourer des bonnes personnes pour faire avancer ses idées, a expliqué Danielle Fleury. « Jeanne Mance analysait bien le cadre dans lequel elle évoluait et parvenait à faire avancer ses idées pour atteindre ses objectifs. »

Au 17^e siècle, il fallait du culot à une femme pour partir à l'autre bout du monde et tenir tête aux autorités religieuses et laïques, a souligné Danielle Fleury. « Jeanne Mance a su faire preuve de très grandes habiletés politiques. »

Et si Jeanne Mance était l'une de nos contemporaines, quel visage de la profession infirmière présenterait-elle ? « Je ne doute pas que cette pionnière a vu dans la Nouvelle-France une possibilité de partir à l'aventure, croit Danielle Fleury. Elle aurait pu devenir une infirmière de colonie comme Irène Bergeron Dupont, qui a vécu 40 ans à Parent dans la Haute-Mauricie. Elle serait probablement une Ghislaine Télémaque, infirmière en dispensaire qui visite les malades du Nord-du-Québec, ou une Alice Girard, première doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle serait peut-être une Isabelle Têtu qui, à la Clinique SABSA, soigne des personnes que le système de santé n'atteint pas... Jeanne Mance est une inspiration pour notre ville et pour notre profession à plusieurs égards. »

Née le 12 novembre 1606 à Langres, en France, cette grande figure fondatrice de Montréal y mourra le 18 juin 1673. Son corps est inhumé dans la crypte de la chapelle de l'Hôtel-Dieu. ■ D.P.

Pour en apprendre plus sur Jeanne Mance :

Deroy-Pineau, F. *Jeanne Mance. De Langres à Montréal, la passion de soigner*, Montréal, Fides, 2016, 144 p.

Loyola, A. « Le dernier souffle. Au cœur de l'Hôtel-Dieu de Montréal », 2017. En ligne : <https://hoteldieufilm.com/>

Loyola, A. « La folle entreprise, sur les pas de Jeanne Mance. Présentations et ciné-conférences à venir », 2017. En ligne : <https://jeannemancefilm.wordpress.com/>

Pizelle, J.P. et R. Belleau. *Jeanne Mance. De Langres à Montréal, une femme bâtisseuse*, Chaumont (France), Le Pythagore, 2017, 296 p.

Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava

Une opportunité unique

Apprentissage progressif au travail en rôle élargi

Temps complet ou contrat court terme

Un Centre de Santé où l'on retrouve un Hôpital avec CLSC et six points de service sur la côte de l'Ungava

Prime d'éloignement, de rétention, de vie chère et supplément salarial en points de services

VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS!

www.ungava.info | ressourceshumaines.tulattavik@ssss.gouv.qc.ca

Tél. : 819 964-2905 | Téléc. : 819 964-2071

Faisons-nous les bons choix dans les services aux personnes âgées?

Plus tôt cette année se tenait la 34^e édition du colloque Jean-Yves-Rivard. Ce rendez-vous annuel organisé par l'École de santé publique de l'Université de Montréal (ESPUM) a réuni gestionnaires, décideurs et chercheurs sous le thème de l'organisation des soins pour les personnes âgées.

De 10 % en 1971, les personnes de plus de 60 ans représentent aujourd'hui 25 % de la population selon les données du plus récent recensement (2011), souligne le président du colloque, le Dr Réjean Hébert, ancien ministre de la Santé, aujourd'hui doyen du Département d'administration de la santé de l'ESPUM.

Les CHSLD, des milieux de vie

Sylvie Rey, chargée de cours à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval, a rappelé que les CHSLD sont des milieux de vie qui doivent composer avec les besoins et les désirs de la clientèle. « Lorsqu'une personne est en perte d'autonomie, elle entre dans la dimension des attentes. Elle dépend alors de l'agir des autres », explique-t-elle.

S'assurer que les soins et les services dans les CHSLD sont centrés sur la personne est donc essentiel, affirme-t-elle. « Il faut voir l'autonomie fonctionnelle comme un langage commun qui réunit l'ensemble des personnes dans la discussion. »

Or, les indicateurs évaluant la qualité des services dans les CHSLD ne sont pas toujours adéquats. « Nous disposons d'indicateurs de gestion, mais des indicateurs cliniques permettraient de mieux mesurer les bienfaits de nos pratiques », insiste Sylvie Rey. Par exemple, au lieu de déterminer uniquement la satisfaction de la clientèle, il serait pertinent de s'intéresser aux indicateurs de qualité de vie.

Respect des droits fondamentaux

« Les CHSLD devraient accompagner les gens dans le respect de leur autonomie, ajoute M^e Jean-Pierre



M^e Jean-Pierre Ménard
Avocat, spécialiste en droit des patients

« La personne âgée est titulaire de tous les droits fondamentaux comme le droit à la liberté, à l'intégrité, à la dignité et à la vie privée. »

Ménard, avocat et spécialiste en droit des patients. On note un immense déficit de connaissances des droits de la personne chez les professionnels qui donnent les soins et chez les usagers qui les reçoivent. « Le droit a pourtant une valeur obligatoire et y contrevenir peut générer des poursuites, des sanctions et des recours, rappelle M^e Ménard.

« La personne âgée est titulaire de tous les droits fondamentaux comme le droit à la liberté, à l'intégrité, à la dignité et à la vie privée, souligne-t-il. Les droits fondamentaux ne tombent pas avec l'âge. Ils existent aussi pour les patients et les usagers, insiste l'avocat. La mission d'un CHSLD est d'offrir de façon temporaire ou permanente un milieu de vie substitut. On devrait vivre dans un CHSLD comme on vit chez soi. »

« En CHSLD, nous avons une approche militaire des horaires, admet le Dr Hébert. Pourquoi les personnes âgées ne peuvent-elles pas manger et prendre une douche au moment qui leur convient? Une telle approche demanderait une réorganisation du travail où l'utilisateur serait au cœur des préoccupations, mais elle ne coûterait pas plus cher. »

Serge Séguin, de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, dresse un portrait sombre de l'opinion des aînés sur la qualité des soins de longue durée. « Ils ont peur de se retrouver en hébergement, explique-t-il. Ils craignent de finir leur vie enfermés, loin de leur monde. Ils veulent être stimulés pour rester



Nicole Dubuc
Professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et

directrice du Centre de recherche sur le vieillissement de Sherbrooke

« Il faut s'assurer que les soins à domicile se concentrent sur ce que la personne peut faire pour maintenir son autonomie, plutôt que sur ce qu'elle ne peut pas faire. »

vivants. Pourtant, je ne crois pas qu'en ce moment, au Québec, un seul CHSLD offre du loisir et de la culture. »

Services à domicile imparfaits

Selon le Dr Hébert, il faut parvenir à passer d'un système centré sur le milieu hospitalier à un système centré sur le domicile. « En 1984, donc il y a plus de 30 ans, je constatais que les services à domicile étaient sous-développés au Québec. Je peux répéter la même chose aujourd'hui. »

Dans un témoignage touchant, Nicole Dubuc, professeure titulaire à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et directrice du Centre de recherche sur le vieillissement, a raconté le parcours du combattant qu'elle a dû emprunter en tant que proche aidante lorsque sa mère a nécessité des soins à domicile. « C'est à ce moment que j'ai découvert ma naïveté. J'ai tout essayé pour que ma mère reçoive des services de soutien à domicile, mais on me répondait que la liste était longue. Au fil du temps et des hospitalisations, le retour à la maison était de plus en plus compromis. Les services ne suffisaient pas pour que ma mère puisse vivre seule. »

Michel Raïche, conseiller aux banques de données du Centre d'expertise en santé de Sherbrooke, a d'ailleurs étudié le profil des personnes âgées recevant des services à domicile au Québec. Son analyse révèle que parmi celles qui reçoivent le plus de services à domicile, on trouve des

Dans le cadre de l'étude LIFE, le Dr Marco Pahor, professeur à l'Université de la Floride, a montré que les programmes d'activité physique destinés aux personnes âgées réduisaient de 18 % l'incidence de la mobilité réduite majeure et de 28 % sa persistance.

patients dont la seule atteinte concerne des difficultés avec les tâches domestiques. À l'inverse, des personnes aux prises avec des atteintes mixtes, c'est-à-dire à la fois mentales et motrices, reçoivent moins de services, parfois aussi peu que cinq à six heures dans une année. « Les services à domicile sont-ils une bonne solution pour les usagers ayant une atteinte légère? Ces personnes n'ont pas d'atteintes cognitives et sont mobiles. » Ces heures pourraient être attribuées à des cas plus lourds, considère le chercheur.

Selon le Dr Hébert, une meilleure intégration des services à domicile pourrait faire une différence; le modèle PRISMA, qui a fait l'objet d'un projet pilote dans plusieurs villes de l'Estrie de 1997 à 2000, l'avait d'ailleurs montré. Ce modèle reposait sur un guichet unique comme porte d'entrée pour l'ensemble des services aux personnes âgées. Des gestionnaires de cas procédaient à l'évaluation et à la



Sylvie Rey

Chargée de cours à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval

« En CHSLD, nous avons l'obligation de trouver des façons de faire pertinentes. Nous ne pouvons pas nous contenter d'essayer deux ou trois choses et de n'avoir rien à proposer ensuite si elles ne fonctionnent pas. »

planification des différents services requis. « Ce projet pilote a montré une réduction de 6 % de la prévalence de perte d'autonomie et de 14 % de l'incidence de nouvelle perte d'autonomie. »

Prévention

La prévention de la perte d'autonomie, notamment de la fragilité, a aussi fait l'objet de réflexions. « La fragilité apparaît avant la perte d'autonomie, explique François Béland, professeur au Département de gestion, d'évaluation et de politique de santé de l'EPSUM. Si nous pouvions retarder l'apparition de la fragilité, nous repousserions du coup la perte d'autonomie. » Parmi les indicateurs de fragilité, on note l'épuisement, une faible activité physique, une force musculaire réduite, une vitesse de marche lente et une perte de poids involontaire.

Parmi les approches préventives, l'activité physique semble prometteuse. Dans le cadre de l'étude LIFE, le Dr Marco Pahor, professeur à l'Université de la Floride, a montré que les programmes d'activité physique destinés aux personnes âgées réduisaient de 18 % l'incidence de la mobilité réduite majeure et de 28 % sa persistance. « Les personnes âgées qui tiraient les plus grands bienfaits de ces programmes étaient celles qui étaient les plus compromises physiquement au début de l'étude, ajoute le Dr Pahor. Il n'est donc jamais trop tard pour intervenir auprès des aînés, même les plus fragiles. »

L'impact des visites préventives à domicile, c'est-à-dire des visites pour la personne âgée visant la promotion de la santé et la prévention des problèmes de santé, est toutefois moins clair, selon une revue de la documentation scientifique menée par André Tourigny, chercheur au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ). « Elles ne sont qu'une composante d'une approche plus complexe », explique celui-ci.

Le mot de la fin a été prononcé par le doyen de l'École de santé publique de l'Université de Montréal, le Dr Pierre Fournier : « Nous disposons de beaucoup de données probantes sur les défis que posent les services aux personnes âgées. La difficulté est dans l'application. Ce n'est pas le quoi, ni le pourquoi qui nous interpellent, mais le comment. »

Kathleen Couillard

Sources

CIRANO, 2017. « Répartition de la population du Québec selon l'âge et le sexe, 2016 », 6 oct. 2016. En ligne : <http://qceco.ca/n/1575>

Hébert, R., P.J. Durand, N. Dubuc, A. Tourigny et PRISMA. « PRISMA: a new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada », *International Journal of Integrated Care*, vol. 3, janv./mars 2003, p. e08.

Pahor, M., J.M. Guralnik, W.T. Ambrosius, S. Blair, D.E. Bonds, T.S. Church et al. « Effect of structured physical activity on prevention of major mobility disability in older adults: the LIFE study randomized clinical trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 311, n° 23, 18 juin 2014, p. 2387-2396. En ligne : <http://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/1875328>

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale

Québec



**Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec
offre plus de 100 formations à des prix des plus compétitifs !**

ATELIERS (7 h)

- Examens cliniques de l'aîné
- L'aptitude à consentir à un soin
- Les soins de plaies chez l'aîné
- Le leadership transformationnel
- Les SCPD
- Les troubles de la personnalité
- L'approche adaptée à la personne âgée
- Troubles de la communication suite à une atteinte neurologique
- Le mentorat clinique par les pairs
- Les soins palliatifs en CHSLD

VISIOCONFÉRENCES (3 h 15)

- Maltraitance envers les aînés
- La maladie de Parkinson
- Notes au dossier
- L'histoire biographique et la démence
- Problèmes bucco-dentaires des aînés
- La dysphagie en gériatrie
- Dépression gériatrique et suicide
- Dépister, évaluer et traiter la douleur

Toutes nos formations sont accréditées
par la Faculté des sciences infirmières
de l'Université Laval.

Pour obtenir la liste complète des formations :
www.cevq.ca/formation-continue
cevq.enseignement.ciusssc@ssss.gouv.qc.ca
418 682-7511, poste 84838 ou 84432

Affilié à  UNIVERSITÉ
LAVAL



Utilisation sécuritaire du porte-bébé : les auteurs expliquent leur angle de recherche

L'article « L'utilisation sécuritaire du porte-bébé » de notre numéro de mai/juin 2017 (vol. 14, n° 3) ayant suscité quelques réactions de la part des lectrices et lecteurs, nous aimerions y apporter des précisions.

Nous convenons que l'angle proposé par notre article ait pu ébranler certaines croyances ou pratiques fortement ancrées dans nos habitudes familiales. En tant que professionnels, parents, ou membres d'une famille avec de jeunes enfants, il est possible que le porte-bébé soit largement utilisé dans votre quotidien. Le guide *Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à 2 ans* en fait d'ailleurs la promotion pour les nombreux avantages que son utilisation comporte, et nous sommes tout à fait en accord avec ce fait (INSPQ, 2017). Nous sommes également en faveur de l'allaitement, une pratique dont les preuves scientifiques sont plus que probantes. Toutefois, notre article ne visait pas à faire la promotion du portage ni de l'allaitement.

Le point de départ du travail de recherche ayant précédé l'écriture de cet article était le décès d'un enfant survenu alors qu'il était allaité en porte-bébé. Nous avons fait une revue de littérature sur les différents éléments impliqués dans ce contexte et qui sont des facteurs causaux potentiels, soit l'asphyxie positionnelle, le syndrome de la mort subite du nourrisson, l'utilisation du porte-bébé et la pratique de l'allaitement en porte-bébé. L'objectif de l'article était simplement d'exposer le flou scientifique entourant l'histoire malheureuse de cet enfant et le fait que les recommandations de santé publique ne tiennent pas compte de la pratique de l'allaitement en porte-bébé (INSPQ, 2009). Nous concluons d'ailleurs en soulignant que davantage d'études doivent être faites avant d'émettre des recommandations claires à ce sujet.

Jacinte Leclerc, B. Sc. inf., M. Sc., Ph. D. (c.) et Louis Rochette, M. Sc.

Références

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans : Guide pratique pour les mères et les pères », 2017. En ligne : www.inspq.qc.ca/mieuxvivre (Page consultée le 15 juin 2017.)

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Avis sur l'utilisation sécuritaire des porte-bébés souples et en bandoulière*, Québec, INSPQ, 2009, 31 p. En ligne : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/952_UtilisationPorteBebes.pdf (Page consultée le 15 juin 2017.)

La Coopérative de solidarité SABSA

Dans l'article intitulé « La Coopérative de solidarité SABSA : lauréate du prix Coup de cœur leadership » (de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec) et publié dans le numéro de mai/juin 2017, nous avons écrit que l'avenir de la Coopérative de santé était assuré depuis l'été 2016, alors qu'une entente de partenariat entre SABSA et le CIUSSS de la Capitale-Nationale était intervenue. Cela est inexact. Bien qu'une entente se soit bel et bien concrétisée entre la coopérative et le CIUSSS de la Capitale-Nationale, Emmanuelle Lapointe, coordonnatrice de SABSA, nous précise que « l'avenir n'est pas complètement assuré pour la coopérative, étant donné qu'il reste les deux tiers du financement à aller chercher pour le fonctionnement ». La coopérative devra fort probablement faire d'autres campagnes de financement dans l'avenir, ajoute-t-elle.

Dans ce même article, nous mentionnions que selon cette entente, le CIUSSS était responsable de la gestion de la clinique. Il aurait fallu lire que le CIUSSS n'est pas responsable de la gestion, mais plutôt qu'il fait des prêts de ressources. La coopérative est entièrement autonome dans sa gestion, laquelle est assurée par son conseil d'administration.



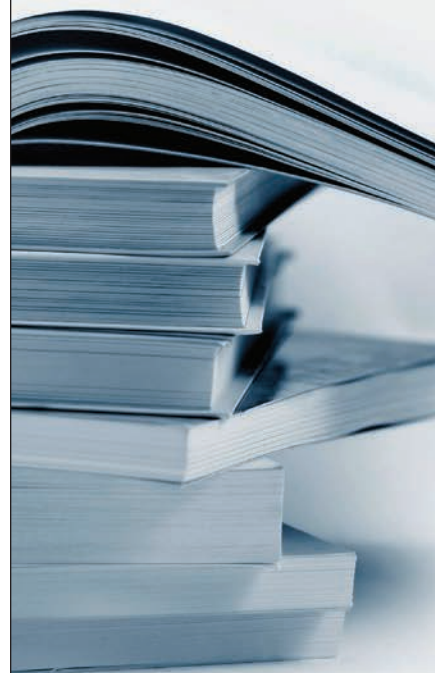
© Denis Méthot

L'IPS en soins de première ligne Isabelle Têtu, l'une des co-fondatrices de SABSA

Près de
150
publications
OIIQ

Des outils
gratuits pour
guider et
soutenir la
pratique

Consultation et
téléchargement
oiiq.org/publications



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Congrès 2017 de l'OIIQ

Profession infirmière, profession affirmée!

Le congrès annuel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) se tiendra à Montréal les 20 et 21 novembre prochain sous le thème : « Profession infirmière, profession affirmée ». « Le congrès est un excellent moyen pour l'OIIQ de soutenir les infirmières et infirmiers dans l'appropriation de leur champ d'exercice », affirme Joël Brodeur, directeur de la Direction Développement et soutien professionnel à l'OIIQ. Cette occasion permet également aux infirmières et infirmiers de tous les milieux de pratique et de toutes les régions de se familiariser avec les grands enjeux de la profession.

« Le congrès annuel est un moyen de connaître les nouveautés en soins infirmiers, les grandes orientations cliniques et les projets novateurs de différents milieux », fait valoir Martine Maillé, conseillère à la qualité de la pratique à l'OIIQ.

En plus des grandes conférences qui permettront à tous de se réunir dans une même salle pour traiter des grands enjeux de l'actualité infirmière, les participants auront également la possibilité de faire une sélection parmi une quarantaine d'ateliers répartis selon les cinq thèmes suivants : pratique clinique, recherche, enseignement, organisation des soins et encadrement clinique. « Les ateliers sont offerts dans de plus



Joël Brodeur

Directeur, Direction Développement et soutien professionnel, OIIQ

« Un des enjeux mis de l'avant cette année sera la collaboration intraprofessionnelle. C'est un défi de travailler ensemble, à l'intérieur de la grande diversité de rôles dans la profession. »

petites salles, ce qui favorise une interaction dynamique entre les présentateurs et les participants », explique Martine Maillé. De plus, pendant les pauses, les congressistes pourront visiter la section dévolue à la présentation d'affiches et discuter avec les chercheurs.

Les ateliers thématiques ainsi que les projets présentés sous forme d'affiches sont choisis avec rigueur par un comité scientifique dont les membres viennent de milieux, de fonctions et de domaines différents. « Le comité se fait un devoir de choisir du contenu nouveau, transférable à différents milieux et susceptible d'intéresser le plus d'infirmières et d'infirmiers possible », explique-t-elle.

Symposium interprofessionnel

Cette année, le Congrès fait une place importante à la collaboration à la fois interprofessionnelle et intra-professionnelle, en présentant un symposium de trois heures sur ces thèmes, en collaboration avec d'autres ordres professionnels. Les infirmières et infirmiers y sont attendus en grand nombre.

Des sujets variés en précongrès

Au cours du samedi et du dimanche précédant le congrès, l'OIIQ profite de la réunion de centaines d'infirmières et d'infirmiers de partout au Québec pour offrir des activités de formation continue. Plus d'une quarantaine d'activités de formation seront disponibles. Il s'agit de formations de grande qualité, données par des experts reconnus et d'une durée de sept heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. « Certaines de ces formations sont données exclusivement à l'occasion du précongrès et d'autres sont des nouveautés de la programmation 2018 », explique Sylvie Béchar, conseillère à la qualité de la pratique à l'OIIQ. Les formations en salle permettent de traiter des sujets plus en profondeur tout en favorisant les échanges entre les formateurs et les participants, l'apprentissage par les pairs et la création de liens entre collègues.

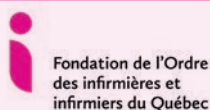
Un moment pour prendre du recul

Le Congrès, c'est un moment pour prendre du recul. « C'est un ressourcement, une pause dans la frénésie quotidienne, un moment de réflexion sur la profession, mais aussi pour penser à soi dans sa pratique », dit Joël Brodeur.

C'est aussi une occasion de réseauter, de rencontrer des infirmières et des infirmiers qui vivent les mêmes situations que nous. « On retourne dans nos milieux en ayant fait le plein d'énergie », conclut Sylvie Béchar. ■ **Nathalie Boëls**

Consultez le programme du Congrès aux pages 34 et 35.

Avis de convocation



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE 2017 DE LA FONDATION DE L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC

Conformément à l'article 4.02 de ses *Règlements administratifs*, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec avise tous ses membres que son assemblée générale annuelle se tiendra le **jeudi 28 septembre 2017 à 17 h 30**, dans la salle 127-C du siège social de l'OIIQ, 4200 rue Molson, à Montréal.

À l'occasion de cette assemblée, le rapport annuel de la Fondation 2016-2017 et les états financiers audités au 31 mars 2017 seront présentés. Nous procéderons à la nomination des auditeurs indépendants pour l'exercice financier 2017-2018.

Carole Mercier, inf., B. Sc. inf., M. Sc. (adm. de la santé), IMHL, ASC
Secrétaire générale, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

NOTE : L'article 2.01 des *Règlements administratifs* de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec stipule que, sont membres les particuliers intéressés à promouvoir les objectifs de la Fondation et qui ont effectué, dans les douze mois précédant le 1^{er} avril de chaque année, une contribution égale ou supérieure à la contribution fixée par le Conseil d'administration. Au 31 mars 2017, le montant fixé par le Conseil d'administration s'élevait à 25 \$.

Au nom des membres du Conseil d'administration de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, nous vous remercions de demeurer généreux et fidèles à la cause de l'amélioration des soins infirmiers et du mieux-être de la population. Pour faciliter sa collecte de fonds, la Fondation de l'OIIQ a mis en place un système de dons en ligne sur son site Web. Nous vous invitons à continuer d'appuyer votre Fondation en faisant un don en ligne à <http://www.fondationoiiq.org/infirmieres-et-infirmiers/faire-un-don>.

MYTHES ET RÉALITÉS

À propos du consentement aux soins

Par **Martine Lafleur**, M. Sc. inf.

Le consentement aux soins est omniprésent dans le quotidien des professionnels de la santé, dont celui des infirmières. Il comprend plusieurs dimensions et peut se révéler complexe, raison pour laquelle la notion de consentement aux soins figure parmi les questions les plus souvent posées. Voyons si vous êtes en mesure de répondre.

VRAI OU FAUX

1. Le consentement aux soins est un droit énoncé dans le *Code civil du Québec*.
2. Pour qu'il soit valide, le consentement doit être libre et éclairé.
3. Le consentement à un traitement est valide pour la durée totale de celui-ci.
4. La signature d'un formulaire de consentement fait foi du consentement de la personne.
5. Il existe des situations où le consentement de la personne soignée ou de son représentant légal n'est pas requis.

Réponses en page 69

POUR EN FINIR AVEC UN MYTHE

Vous notez l'existence de mythes bien ancrés dans votre milieu de pratique et vous voulez contribuer à les déboulonner?

Les experts de la Direction Développement et soutien professionnel de l'OIIQ peuvent vous donner l'heure juste.

Faites-nous parvenir une description détaillée d'un mythe que vous avez identifié et il pourrait faire l'objet d'une publication dans un prochain numéro de *Perspective infirmière*.

Faites parvenir votre description par courriel à revue@oiiq.org en indiquant « Mythes et réalités » dans l'objet.



Les CHSLD de Vigi Santé présents dans plusieurs régions du Québec sont reconnus pour leur vision centrée sur le développement de milieux de vie adaptés, animés, stimulants et sécuritaires pour des adultes qui vivent des problématiques de santé en raison de leur âge avancé ou d'un handicap.

Nous sommes à la recherche de collaborateurs compétents, motivés et guidés par la recherche de l'excellence et désireux de contribuer à la qualité de vie de nos résidents :



**CADRE INTERMÉDIAIRE ET CADRE SUPÉRIEUR DU RSSS
ASSISTANT(E) DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT
INFIRMIER(ÈRE) RESPONSABLE
INFIRMIER(ÈRE) CHEF D'ÉQUIPE**

Nous vous offrons

Des programmes cliniques et administratifs de pointes, une technologie de l'information d'avant-garde, une formation continue permettant le développement des compétences, un environnement où « L'humain est au cœur de notre agir ». Partenaire du réseau de la santé et des services sociaux, nos conditions de travail sont les mêmes que celles du réseau, incluant notamment les salaires et les avantages sociaux.

Employant plus de 2000 employés et hébergeant plus de 1500 résidents, Vigi Santé se situe parmi les chefs de file dans le domaine de la gériatrie au Québec et ce depuis plus de 35 ans. La qualité des soins et des services étant au cœur de notre mission, nous sommes agréés par Agrément Canada avec mention d'honneur. Basée sur le respect et la dignité de la personne, Vigi Santé est une entreprise familiale axée sur l'excellence et le bien-être du résident.

Pour toute question sur le poste convoité et le CHSLD de votre région : www.vigisante.com

Laurentides/Lanaudière

Hypertension artérielle : un projet qui s'appuie sur une solution infirmière

Des infirmières du Groupe de médecine de famille de la Polyclinique Saint-Eustache ont mis sur pied une équipe interdisciplinaire afin d'assurer le dépistage, le diagnostic ainsi que le traitement pharmacologique et non pharmacologique de l'hypertension artérielle chez des patients n'ayant pas de médecin de famille. Le projet *Vigilance hypertension : le leadership infirmier dans la prise en charge de l'hypertension* vise à offrir aux patients susceptibles de souffrir d'hypertension une prise en charge rapide, de même que des soins et un suivi appropriés. « Grâce à cette prise en charge, on assure un meilleur accès aux soins, on réduit le nombre des visites à l'urgence ainsi que les épisodes d'hospitalisation », explique Isabelle Laurin, infirmière clinicienne et coordonnatrice du projet.

Un tandem infirmière clinicienne-IP SPL

« L'infirmière clinicienne joue un rôle central dans cette initiative, affirme Isabelle Laurin. Elle fait le dépistage de l'hypertension, assure le suivi, évalue la santé globale du patient et coordonne les soins. » À la suite de son évaluation, elle adresse le patient au médecin répondant du projet au besoin ou vers d'autres professionnels de l'équipe soignante. Enfin, elle exerce un rôle de conseillère et d'agent de changement visant à améliorer l'efficacité, la continuité, la qualité et la sécurité des soins aux patients.

L'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IP SPL), quant à elle, peut procéder à une évaluation globale de l'état de santé du patient, ce qui permet d'appliquer les directives en matière de prévention et de dépistage d'autres problèmes



Isabelle Laurin
Infirmière clinicienne,
GMF de la Polycli-
nique Saint-Eustache

« L'infirmière doit avoir confiance en ses compétences, avoir des connaissances à jour sur les lignes directrices de l'hypertension et connaître les ordonnances collectives qui s'y rattachent. »

de santé. « L'IP SPL rencontre en consultation le patient qui a reçu un diagnostic d'hypertension artérielle et procède à son examen annuel », précise Isabelle Laurin. Elle peut ajuster la médication, qui aura fait l'objet d'une ordonnance médicale au préalable.

Outre les infirmières, l'équipe de Vigilance hypertension compte aussi un médecin, un pharmacien, une infirmière auxiliaire, une kinésiologue et une nutritionniste. Il est à noter que des pharmaciens partenaires dans la communauté peuvent adresser des patients directement aux infirmières. Les médecins du GMF, pour leur part, font tous partie du projet et peuvent répondre aux besoins le cas échéant. Ce modèle de soins optimise les rôles infirmiers dans le cadre d'une collaboration professionnelle accrue. Il permet aux infirmières d'intervenir dans la prévention, le traitement et le suivi d'une clientèle exposée à des risques de complications cardiaques. ■

Francine Fiore

NDLR Ce projet est une idée originale du médecin responsable du GMF, la Dr^e Geneviève Caza. Il était sous la responsabilité de l'infirmière clinicienne Isabelle Laurin, qui en a aussi assuré la coordination.

Montréal

Service télépho patients atteints en plaques

Les 3700 patients de la Clinique de sclérose en plaques du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) bénéficient dorénavant d'un service d'aide téléphonique pour parler à une infirmière experte qui a accès à leur dossier, et ce, tous les jours entre 9 h et 13 h.

Grâce au projet intitulé *Par delà l'appel du devoir : mobilisation d'une approche d'amélioration de la qualité pour améliorer l'expérience des patients ayant recours aux services de télésanté de la Clinique de sclérose en plaques du Centre universitaire de santé McGill*, le patient est assuré de parler directement à l'infirmière la journée même. Si elle n'est pas disponible, le patient peut laisser un message et il sera rappelé sans délai. « Les patients ont besoin d'avoir un accès rapide à un professionnel de la santé. Ils ne peuvent pas se rendre à la clinique chaque semaine », souligne l'instigatrice du projet, l'infirmière Lucy Wardell, responsable de la pratique infirmière, Services ambulatoires – Mission en neurosciences au CUSM.

Un suivi serré

« L'infirmière évalue le besoin de santé et les symptômes du patient par téléphone. S'il est nécessaire d'ajuster un médicament, elle discute avec le médecin et rappelle le patient dans la même journée », explique-t-elle. Au besoin, l'infirmière pourra immédiatement prévoir une visite d'urgence avec le médecin. Selon Lucy Wardell, le système de service-conseil précédent était désuet. « Il causait beaucoup d'attente et d'insatisfaction chez des patients déjà aux prises avec un état

Ce projet a valu à l'infirmière Isabelle Laurin et à son équipe le prix Innovation clinique 2016 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Laurentides/Lanaudière.

Ce projet a valu à l'infirmière Lucy Wardell et à son équipe le prix Innovation clinique 2016 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de la Montérégie.

nique pour de sclérose



Lucy Wardell
Responsable de
la pratique infirmière,
Services ambulatoires
– Mission en
neurosciences au
Centre universitaire
de santé McGill (CUSM)

« L'accès à un service-conseil efficace était indispensable pour les malades qui sont extrêmement souffrants. »

neurologique chronique et instable, de nombreux symptômes, une lourde médication et des besoins de suivis constants. »

Un document standardisé et accessible en ligne permet de documenter la nature des requêtes, les interventions réalisées et le plan d'action rédigé par l'infirmière après l'appel. Ainsi, une fois l'appel avec le patient terminé, ce document est téléchargé dans son dossier pour un partage rapide de l'information avec les autres prestataires de services. Un registre téléphonique est ensuite créé afin de conserver les données des appels (durée, nature, etc.). « À la fin de l'appel, l'infirmière inscrit une note dans le dossier électronique du patient. Si celui-ci doit se rendre à l'urgence, cette note sera déjà dans son dossier », explique Lucy Wardell. Cette façon de faire facilite l'évaluation et le suivi des patients par les membres de l'équipe de soins. Elle rassure aussi les patients, dont au moins 75 % disent préférer ce nouveau système à l'ancien. Il est aussi très utile aux partenaires de l'équipe, tels que les pharmaciens, les médecins généralistes et spécialistes, ainsi que les intervenants du CLSC. ■ F.F

Outaouais

Pour une meilleure auto- gestion de la continence

Destiné principalement à la clientèle gériatrique en perte d'autonomie ayant reçu un diagnostic médical d'incontinence, un programme adapté à chaque patient permet l'autogestion de la continence urinaire et fécale. Intitulé *Infirmière et personnes âgées : partenaires dans l'autogestion de la continence*, il vise à redonner au patient le contrôle de son corps. Les interventions ont pour but de lui donner une meilleure connaissance du type d'incontinence dont il souffre et à identifier les facteurs de risque qui la favorise.

« L'incontinence est préoccupante chez les patients, car elle porte une atteinte majeure à l'estime de soi », fait remarquer la conceptrice et responsable du projet, Johanne Gélinas, infirmière et conseillère en continence à l'Hôpital de jour gériatrique de Hull du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l'Outaouais. Ces patients consultent rarement un professionnel de la santé par gêne d'aborder le sujet ou par détresse psychologique.

Une évaluation approfondie

Ce projet repose entièrement sur le rôle de l'infirmière, qui procède à l'évaluation de la cause de l'incontinence ainsi que des facteurs de risque, et assure l'éducation de la clientèle. Ce modèle convient autant aux femmes qu'aux hommes et peut s'adapter à des clientèles de tous âges. « J'évalue leurs habitudes de vie dont leur consommation d'eau et de caféine, je documente la fréquence des mictions et les problèmes de constipation, je les informe sur ce qui peut affecter la continence et leur enseigne des exercices pour renforcer le plancher pelvien », résume Johanne Gélinas.



Johanne Gélinas
Infirmière et conseil-
lère en continence,
Hôpital de jour géria-
trique de Hull, CISSS
de l'Outaouais

« L'infirmière ressent une sensation de fierté car elle fait quelque chose de bénéfique pour le patient dont le résultat est obtenu assez rapidement. »

Le patient rencontre l'infirmière de une à six fois, selon la nécessité, durant une heure. Outre les habitudes de vie et les facteurs de risque, l'infirmière évalue les autres phénomènes qui pourraient être liés à l'incontinence, comme les problèmes de santé, les médicaments et l'histoire gynécologique chez la femme. S'il s'agit d'une incontinence urinaire d'effort, des exercices particuliers sont conseillés.

À titre de personne-ressource, l'infirmière informe les médecins de famille et formule des recommandations en fonction du profil du patient. Si aucune amélioration n'est constatée ou si les résultats ne sont pas satisfaisants, le médecin peut explorer d'autres approches thérapeutiques. À la fin du programme, on observe plus de 50 % d'amélioration chez le patient incontinente. « La personne traitée me dit que je lui ai redonné sa vie », dit fièrement l'infirmière.

Par ailleurs, le programme comprend un volet « formation des pairs » qui permet aux infirmières, aux étudiants en médecine et aux intervenants du réseau d'assurer une prise en charge précoce auprès de cette clientèle.

■ F.F

Petits patients, grands besoins



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

La Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) mise sur l'expertise infirmière pour répondre aux besoins des nouveau-nés prématurés en remettant sa subvention *Pour mieux soigner* 2017 à un projet clinique visant à déployer les pratiques infirmières les plus prometteuses en matière de soins aux nouveau-nés prématurés et d'en faire l'évaluation.

Par **Frédérique Morier**

Ce projet est codirigé par Audrey Larone Juneau, cadre-conseil en sciences infirmières, volets soins critiques, au CHU Sainte-Justine, Marilyn Aita, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, et Sonia Semenic, professeure à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill. Il a aussi pour objectif de créer un réseau des unités de soins intensifs néonataux afin de faciliter le transfert des connaissances et d'harmoniser les pratiques au sein des six unités de soins intensifs néonataux du Québec. Outre les unités de soins intensifs néonataux, il repose aussi sur la participation de quatre universités (**Tableau 1**).

Environ 6 000 bébés naissent prématurément chaque année au Québec (ISQ, 2017). L'excellence des soins infirmiers est d'autant plus nécessaire puisque ces enfants sont particulièrement vulnérables à des complications importantes de santé qui peuvent avoir une influence à long terme sur leur développement. Des pratiques mettent en évidence les connaissances, les compétences et le rôle unique des infirmières liés à la promotion du développement optimal du nouveau-né, à la consolidation de la relation parent-nouveau-né, au soutien émotionnel des parents, à l'humanisation des soins, et à la préparation du congé.

Le soutien financier de 250 000 \$ de la Fondation de l'OIIQ permettra, entre autres, le développement d'une communauté virtuelle de pratique réunissant les infirmières des six unités de soins intensifs néonataux afin de permettre le partage puis le déploiement des pratiques d'excellence d'une unité néonatale à une autre.



De gauche à droite : Sonia Semenic, Marilyn Aita et Audrey Larone Juneau.

Créer des liens

La durée d'hospitalisation des nouveau-nés prématurés dans les unités de soins intensifs néonataux peut durer quelques jours ou plusieurs mois. Malgré l'environnement hautement technologique nécessaire aux soins des bébés prématurés, l'approche des infirmières exerçant au sein des unités de soins intensifs néonataux est empreinte d'une profonde humanité. Prodiger des soins adaptés à cette clientèle extrêmement fragile est bien sûr au cœur de leur pratique.

« Nous tentons de réduire le plus possible le nombre d'intervenants qui gravitent autour de la famille durant le séjour d'un nouveau-né à l'unité », mentionne Audrey Larone Juneau. « Nous tenons à ce que les parents reconnaissent les infirmières qui soignent leur nouveau-né. » Cette approche contribue à créer des liens étroits entre la famille et les infirmières, un facteur d'autant plus important puisque les infirmières jouent un rôle

primordial pour l'enseignement et le soutien aux parents en matière de soins à donner aux nouveau-nés.

Tableau 1 Unités de soins intensifs néonataux et universités partenaires du projet

- Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine
- Centre universitaire de santé McGill (CUSM)
- Centre hospitalier universitaire de Québec (CHUQ)
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont (HMR)
- Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS)
- Hôpital général juif (HGJ)
- Université de Montréal
- Université McGill
- Université Laval
- Université de Sherbrooke

© CHU Sainte-Justine



Infirmières prodiguant des soins auprès d'un nouveau-né prématuré aux soins intensifs néonataux.



Infirmière assurant la surveillance clinique des données cardiorespiratoires d'un patient de l'unité de soins intensifs néonataux.

Les meilleurs soins, partout

Avant de se voir remettre la subvention *Pour mieux soigner* de la Fondation de l'OIIQ, chaque unité de soins intensifs néonataux fonctionnait de façon indépendante des autres. Ainsi, il était de pratique courante que, par exemple, deux unités convoient de la documentation sur un même sujet sans le savoir. La communauté virtuelle de pratique, baptisée CVP-Neon@t, mise sur pied grâce à la subvention *Pour mieux soigner*, permettra de centraliser les informations et de favoriser à la fois le partage des connaissances et des outils cliniques pouvant être utiles tant aux infirmières qu'aux parents.

La communauté virtuelle de pratique permet non seulement d'éviter les redoublements, mais surtout, insiste Audrey Larone Juneau, d'assurer une homogénéité des services dispensés aux patients. « En unissant nos forces et notre temps, nous assurons à notre clientèle que, quelle que soit l'unité de soins intensifs néonataux où le nouveau-né est hospitalisé, il aura accès à des soins d'excellence qui s'appuient sur des données probantes. »

Mesurer pour améliorer

La chercheuse Marilyn Aita souligne que les milieux cliniques instaurent de nombreuses initiatives afin d'améliorer la qualité des soins pour le bénéfice des petits patients, mais que celles-ci sont rarement évaluées. « Nous traçons présentement un portrait de chaque unité de soins intensifs néonataux, explique-t-elle. Ce processus nous permettra d'estimer les forces et les défis de chacune. Nous pourrions ensuite évaluer les pratiques infirmières dans ces unités sur la base de ce qui s'y fait. »

« Si une unité de soins excelle dans une des pratiques ciblées, explique Audrey Larone Juneau, nous allons nous interroger sur les stratégies utilisées : est-elle attribuable à un certain protocole de soins? À une formation particulière? Nous pourrions ainsi adapter les bonnes pratiques qui auront été ciblées et les diffuser par l'entremise de la communauté virtuelle de pratique, afin de répondre aux besoins des infirmières de toutes les unités de soins intensifs néonataux. »

Quatre pratiques phares en soins néonataux

Soutenues ou instaurées par les infirmières, ces pratiques permettent la réduction de la morbidité néonatale, l'épanouissement des compétences parentales, un meilleur développement neurologique du nouveau-né et une réduction de son séjour hospitalier :

- Soutien à l'allaitement maternel
- Contact peau à peau
- Soins de développement
- Soins centrés sur la famille

Les interventions privilégiées devront être éprouvées, peu coûteuses et mises en œuvre par des infirmières. Il existe en effet de nombreuses données probantes très convaincantes sur les bienfaits de l'allaitement et du contact peau à peau, par exemple, mais malheureusement ces pratiques peuvent dans certains cas se révéler complexes à implanter et, lorsqu'elles le sont, ne pas être appliquées uniformément d'une unité à l'autre. Il n'existe aucun doute, en revanche, sur le fait que, grâce à leur expertise et à leurs liens privilégiés avec les petits patients et leurs familles, les infirmières sont les mieux placées pour favoriser l'implantation de ces meilleures pratiques. Le projet vise, rappelons-le, à donner les leviers nécessaires aux infirmières pour que les familles puissent en bénéficier partout.

Communauté virtuelle, retombées réelles

Le versement de la subvention de la Fondation de l'OIIQ s'échelonne sur deux ans. Au cours des deux prochaines années, une infirmière leader au sein de chacune des six unités de soins intensifs néonataux contribuera à développer, alimenter et consolider la communauté virtuelle de pratique CVP-Neon@t. Bien qu'elle ne soit accessible à l'heure actuelle qu'aux infirmières des unités de soins intensifs néonataux, cette plateforme web aura, à terme, des retombées auprès de l'ensemble des infirmières travaillant dans ces milieux. Enfin, il est aussi envisagé qu'elle soit accessible à l'ensemble des unités néonatales du Québec ainsi qu'aux parents de nouveau-nés.

Duo clinicien chercheur

La partie la plus innovante du projet clinique repose sur l'étroite collaboration entre le volet clinique et la recherche. Ce partenariat permettra d'appliquer des pratiques exemplaires ayant fait leurs preuves. Huit chercheuses infirmières participent également à ce projet afin d'en assurer la rigueur scientifique. « Le projet met en valeur le travail de l'infirmière et son expertise. Il démontre que l'on est capable d'utiliser la recherche au quotidien pour instaurer et implanter les pratiques infirmières », conclut Audrey Larone Juneau. Pour Marilyn Aita, la grande innovation de ce projet est le fait qu'il implique autant de centres. « Il est rare de voir l'arrimage d'autant de milieux cliniques et de chercheurs d'autant d'universités. La collaboration est étroite. »

L'attribution de la subvention *Pour mieux soigner* est rendue possible grâce à la générosité des donateurs de la Fondation de l'OIIQ. ■

Référence

Institut de la statistique du Québec (ISQ). « Naissances selon la durée de la grossesse et le poids à la naissance, Québec 1980-2013 », 8 mars 2017. En ligne : <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/naissance-fecondite/418.htm>

15^e ÉDITION SOIRÉE FLORENCE 2017



L'EXPERTISE INFIRMIÈRE SOUS LES PROJECTEURS



Les lauréates des prix Florence 2017 en compagnie de Lucie Tremblay, présidente de l'OIIQ, et Lyne Tremblay, présidente de la Fondation de l'OIIQ.

Photos : **Pierre Longtin**

« Entrez dans l'histoire! » Une telle invitation ne se refusait pas. La quinzième édition de la Soirée Florence, qui a eu lieu le 3 mai dernier au Marché Bonsecours, dans le Vieux-Montréal, sous le thème de l'évolution de la profession infirmière au fil du temps, restera gravée dans la mémoire des sept infirmières lauréates des Prix Florence 2017 et des quelque 500 invités venus honorer leur parcours professionnel remarquable.

Par **Olivier Champion**

Un vibrant hommage a été rendu en début de soirée aux communautés religieuses par la présentation d'une vidéo évoquant la place qu'elles ont occupée au Québec dans les soins à la population. Le maire de Montréal, Denis Coderre, présent pour l'occasion, a rappelé l'importance à travers les siècles de leur contribution à la profession infirmière et à la société québécoise, de même qu'à l'histoire de Montréal. La cofondatrice de Montréal, Jeanne Mance, première infirmière laïque, a fait son apprentissage des soins notamment auprès des communautés religieuses.

Des lauréates unies par une passion commune

Ensuite est venu le moment tant attendu de la soirée, soit la présentation des sept infirmières lauréates des prix Florence 2017. Quel que soit leur domaine de pratique ou le milieu dans lequel elles exercent, rarement aura-t-on vu autant d'émotion et de passion envahir les lauréates montant sur scène pour

livrer un discours sincère, véritable déclaration d'amour à cette profession qui leur rendait un hommage ô combien mérité.

Outre leur engagement pour leur profession, les lauréates 2017 partagent un autre point commun : celui d'avoir consacré leur vie professionnelle à aider les plus faibles, les plus vulnérables.

Dans leurs remerciements, elles ont toutes insisté sur le rôle significatif de leurs collègues infirmières, gestionnaires et autres professionnels dans leur cheminement de carrière. Plusieurs ont aussi souligné le travail remarquable de toutes les infirmières du Québec dont les réussites et les accomplissements ne sont pas toujours publiquement reconnus et qui n'en sont pas moins méritoires.

Lauréate dans la catégorie Recherche en sciences infirmières, **Johanne Goudreau**, vice-doyenne aux études de premier cycle et à la formation continue à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, ambassadrice de



Lucie Tremblay, présidente de l'OIIQ.



La lauréate **Johanne Goudreau**, à droite, et **Sylvie Dubois**, Directrice nationale des soins infirmiers et autres professionnels au MSSS.



Denis Coderre, maire de Montréal.



La lauréate **Maryse Carignan**, à droite, était accompagnée de sa mère et de ses deux enfants.

Les prix Florence, c'est...

Parce que votre contribution comme infirmières et infirmiers a une incidence majeure sur toute la société, vous êtes une source d'inspiration. C'est pour souligner vos actions que l'OIIQ a créé les prix Florence il y a déjà 15 ans, en 2003. La période de mise en candidature pour l'édition 2018 débutera après le congrès annuel de l'OIIQ.

Vous connaissez une infirmière ou un infirmier...

- dont la pratique se démarque?
- qui manifeste un engagement hors du commun envers ses patients?
- qui insuffle des changements par son attitude et ses actions?

Proposez sa candidature pour un prix Florence dès la fin novembre.

Information :

oiiq.org, section « L'Ordre », onglet « Prix et distinctions ».

l'approche par compétences qui a transformé la formation des infirmières et infirmiers, a tenu à rappeler qu'en sciences infirmières, la recherche et l'enseignement sont indissociables pour améliorer la pratique infirmière sur une base continue et avoir un impact positif sur la santé des populations.

Maryse Carignan, conseillère clinique à la Direction des soins infirmiers du CISSS de Laval, reconnue pour son expertise en oncologie et en soins palliatifs, a reçu le prix Florence dans la catégorie Excellence des soins. Valorisant le travail d'équipe et la collaboration interprofessionnelle au service des patients et de leurs familles, elle a remercié ceux et celles qui ont encouragé ses idées et appuyé ses projets pour qu'elle puisse ensuite les concrétiser au bénéfice des patients. Maryse Carignan est membre de la Commission des soins de fin de vie et du Groupe de travail ministériel pour l'accès aux soins palliatifs.



Le maire de Montréal entouré de nombreuses représentantes des communautés religieuses, lesquelles ont occupé une place prépondérante dans les soins aux malades par le passé.

La lauréate dans la catégorie Rayonnement international, **Erika Close**, était très émue au moment de recevoir son prix. Celle qui est infirmière clinicienne à l'unité mère-enfant à l'Hôpital Charles-Le Moyne assure également la présidence de la Fondation SHER, un organisme à but non lucratif qu'elle a mis sur

pied afin de donner de la formation en soins mère-enfant dans certaines communautés du Guatemala. Elle a dédié ce prix à ceux et celles qui partagent son vif intérêt pour la formation et qui parviennent à déceler le potentiel dans chaque personne, car « ils contribuent ainsi à améliorer notre système de santé. »



La lauréate **Erika Close** se prête au jeu d'une photo avec les animateurs de la soirée, **Marc Hervieux** et **Gregory Charles**.



Plusieurs centaines d'invités s'étaient déplacés pour rendre hommage aux lauréates des prix Florence.



La lauréate **Ginette Henri** lors de son allocution.



Madeleine St-Gelais, lauréate dans la catégorie Pratique collaborative.



La lauréate dans la catégorie Relève, **Véronique Brassard**, chaleureusement félicitée par **Régine Laurent**, présidente de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec.



Francine Ducharme, doyenne de la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, en conversation avec une invitée.

Luisa Ciofani, chef clinico-administrateur en santé des femmes au Centre universitaire de santé McGill et lauréate dans la catégorie Leadership, a souligné combien sa pratique, sa carrière et même sa personnalité avait été marquée et influencée par son séjour en région éloignée, où elle a appris à travailler avec le patient, mais aussi avec toute sa communauté. Elle a ajouté qu'en tant que clinicienne, chercheuse et gestionnaire, le commentaire qu'un patient lui a transmis un jour l'habite encore et la guide dans son travail : « On regarde la même chose, mais sous un angle différent. »

Ginette Henri, lauréate dans la catégorie Engagement professionnel, a consacré sa carrière à l'amélioration des soins en santé mentale pour les aînés. Aujourd'hui consultante dans ce domaine, elle a souligné que son engagement professionnel, échelonné sur 43 ans de pratique, était au cœur de sa vie. Elle rappelle aux infirmières l'importance d'occuper pleinement leur champ

d'exercice, particulièrement en santé mentale. Elle souhaite d'ailleurs que les infirmières en pratique avancée en santé mentale puissent offrir des services de psychothérapie.

La lauréate dans la catégorie Pratique collaborative, **Madeleine St-Gelais**, infirmière-conseil en télésanté et téléformation, a remercié tous ceux qui ont partagé ses joies et ses défis tout au long de sa carrière. La pratique collaborative en télésanté, a-t-elle expliqué simplement, c'est l'arrimage entre le besoin clinique d'un patient qui ne peut pas recevoir un service dans sa région et la mise sur pied d'une équipe de travail qui créera une solution technologique pour apporter une réponse à ce patient. Madeleine St-Gelais est considérée comme une chef de file de la télésanté et de la téléformation au Québec.

Véronique Brassard, stomothérapeute, conseillère en soins infirmiers au CIUSSS Mauricie-et-Centre-du-Québec, est

la lauréate du prix Florence dans la catégorie Relève. Elle a remercié les nombreux professionnels qu'elle côtoie chaque jour et qui lui donnent la chance d'évoluer dans sa profession. Il est important comme infirmière de tenter de faire une différence dans la vie des patients, dit-elle. Elle considère d'ailleurs que la prescription infirmière et la formation continue sont des moyens pour investir son champ d'exercice.

Merci au nom de la Fondation de l'OIIQ

La Soirée Florence a permis d'amasser la somme de 110 000 \$ pour la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, notamment grâce à la vente de billets, à la tenue d'un encan silencieux et au soutien des partenaires. La Fondation a pour mission de promouvoir l'avancement des sciences infirmières et des soins infirmiers au bénéfice des patients. Elle vise aussi la reconnaissance du rôle de la profession au sein du système de santé. Elle appuie concrètement les infirmières et les infirmiers dans l'amélioration continue des soins qu'ils prodiguent en finançant des projets cliniques novateurs qui les aident à adopter les pratiques les plus efficaces pour le bien-être de leurs patients. ✨



La lauréate dans la catégorie Leadership, **Luisa Ciofani**, entourée de ses collègues du Centre universitaire de santé McGill (CUSM).

Et plus encore sur le site de l'OIIQ!

Découvrez-en plus sur chacune des lauréates 2017, visionnez les vidéos diffusées lors de la Soirée Florence et parcourez les articles qui décrivent leur parcours professionnel en vous rendant sur oiiq.org/florence-2017

Soumettez vos projets

Pour mieux soigner

Jusqu'à 250 000 \$

Cette aide financière vise à soutenir des projets cliniques infirmiers qui contribuent à améliorer la qualité, la sécurité et l'accès aux soins pour la population.

Date limite : 2 octobre 2017



Coup de cœur leadership Jusqu'à 25 000 \$

Ce prix de reconnaissance est remis à un organisme à but non lucratif, de bienfaisance ou à une coopérative ayant une réputation bien établie, qui met en valeur la profession infirmière et reconnaît l'importance et l'impact du travail des infirmières et infirmiers.

Date limite : 30 octobre 2017



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

*Pour mieux
soigner.*

Renseignements sur les
conditions d'admissibilité

fondationoiiq.org



NOUVEAUTÉ

Développer la motivation et la capacité d'agir de la personne atteinte d'une maladie chronique

La promotion de la santé et l'éducation à la santé font partie intégrante de la pratique infirmière. La motivation n'est pas une force statique et comme infirmière ou infirmier, vous pouvez agir pour favoriser les changements de comportement de votre clientèle. Cette nouvelle formation en ligne vise à vous outiller pour que vous puissiez remplir ce rôle.

OIIQ, au nom de la santé des Québécois.

Coût : 55 \$

membres et étudiants



5-ACFA



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Inscrivez-vous
mistral.oiiq.org

Nouvelles directives pour la prévention des allergies aux arachides

Par **Dalila Benhaberou-Brun**, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.

Les professionnels de la santé recommandent généralement aux parents de ne pas donner d'aliments allergènes à leurs enfants pendant leurs premières années de vie afin de prévenir le développement de réactions allergiques sévères. Pourtant, cette consigne d'évitement n'a pas endigué le phénomène des allergies alimentaires, loin de là, puisque le nombre d'enfants allergiques aux arachides n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années (Sicherer *et al.*, 2010). Or, une étude d'envergure publiée récemment dans *The New England Journal of Medicine* (NEJM) (Du Toit *et al.*, 2015) remet en cause les principes de précaution promulgués depuis des décennies à propos des allergies aux arachides et entraîne un important virage des recommandations en la matière.



Dr^e Nha Uyen Nguyen-Luu
Allergologue, Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval

« Nous espérons une stabilisation du nombre d'enfants allergiques aux arachides; pour l'instant, nous n'avons pas assez de recul. »



Claire Guay
Infirmière clinicienne, clinique d'allergie et d'immunologie, Hôpital de Montréal pour enfants

« Je rassure les parents sur leur capacité à gérer les situations d'urgence. »

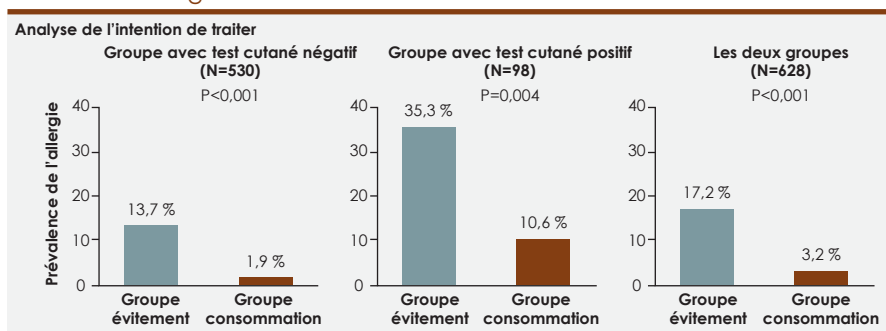
L'étude LEAP (*Learning Early about Peanut Allergy*), qui portait exclusivement sur l'allergie aux arachides, a été menée auprès de 640 bébés du Royaume-Uni âgés entre 4 et 11 mois (Du Toit *et al.*, 2015). Ces bébés étaient atteints d'eczéma sévère ou d'allergie aux œufs. Ils étaient donc exposés au risque d'avoir une allergie alimentaire. Ils ont été inscrits dans l'étude entre 2006 et 2009 et répartis en deux groupes selon le résultat qu'ils ont obtenu aux tests cutanés standards.

Le premier groupe, le plus nombreux, incluait les bébés dont le résultat aux tests d'allergie cutanés par scarification (*skin-prick tests*) avec extraits d'arachides lyophilisées était

négatif (N = 542), alors que le second groupe était formé des bébés chez qui ces mêmes tests ont occasionné l'apparition d'une papule mesurant

entre 1 et 4 mm, signe qu'ils sont susceptibles de développer une allergie dans l'avenir (N = 98). Dans chacun de ces deux groupes, la

Figure 1 Prévalence de l'allergie aux arachides selon le résultat aux tests d'allergie cutanés standards



Source : Du Toit *et al.*, 2015.

La pratique infirmière en allergologie

Claire Guay est infirmière à la clinique d'allergie pédiatrique du Centre universitaire de santé McGill (CUSM). Les jeunes enfants qui y sont suivis font partie des patients les plus à risque. « Nous voyons les enfants qui ont une allergie aux œufs confirmée ou un eczéma sévère, ou les deux, explique-t-elle. Ces enfants ont un risque plus élevé de présenter une allergie aux arachides. »

L'introduction d'arachides dans l'alimentation de ces enfants se fait sous supervision médicale. « On utilise le test de provocation orale qui consiste à donner à l'enfant de toutes petites quantités d'arachides placées sur le bout d'une cuillère à thé, et ce, à des intervalles déterminés, soit aux 20 minutes, en augmentant progressivement la dose selon la prescription médicale, explique Claire Guay. Nous observons les enfants pour détecter une réaction allergique. Les symptômes d'une telle réaction se manifestent par des picotements dans la bouche, de la rougeur ou de l'urticaire, des nausées, des maux de ventre, de la toux, de la congestion nasale et des éternuements. Nous faisons une injection d'épinéphrine au besoin. Pour les réactions mineures, on peut donner seulement un antihistaminique par voie orale. »

Le rôle de Claire Guay en tant qu'infirmière est de soutenir les parents tout au long du processus de prise en charge et de suivi de leur enfant, notamment en leur enseignant à reconnaître les différents symptômes d'allergie pouvant survenir chez leur enfant. Elle leur enseigne aussi comment utiliser l'auto-injecteur d'épinéphrine en cas de réaction.

Si l'enfant réussit le test de provocation orale, c'est-à-dire s'il n'a pas de réaction allergique, les parents devront continuer de donner, à la maison, de petites quantités d'arachides selon la prescription médicale, en commençant par la quantité tolérée lors de la provocation orale, ou une quantité moindre, dans les purées ou les céréales au moins trois fois par semaine. « Je les aide à dédramatiser et je les rassure sur leur capacité à gérer les situations d'urgence. »

moitié des enfants devaient manger des arachides précocement, soit avant l'âge d'un an, à raison de 6 grammes de protéines d'arachides par semaine, et ce, jusqu'à l'âge de cinq ans, tandis que l'autre moitié devait éviter tout contact avec les arachides.

L'objectif de l'étude consistait à déterminer quelle proportion des enfants présenterait une allergie aux

arachides à l'âge de cinq ans. Le suivi s'est prolongé sur plusieurs années, ce qui explique pourquoi les conclusions n'ont été divulguées que récemment à la communauté médicale. L'étude a démontré que plus les nourrissons à risque d'allergie étaient exposés tôt aux arachides, moins ils développaient une allergie à cet aliment. Seulement 3,2 % des bébés, tous groupes confondus, ayant commencé à

L'arachide, une légumineuse

- **Nom commun :** arachide
- **Nom scientifique :** *Arachis hypogaea*
- **Famille :** fabacées (synonyme : légumineuses ou papilionacées)

consommer régulièrement des protéines d'arachides de façon précoce, c'est-à-dire entre l'âge de 4 mois et de 11 mois, ont développé une allergie. Cette proportion s'élevait à 17,2 % chez ceux qui n'avaient pas été exposés aux arachides avant l'âge de 5 ans.

Des analyses plus ciblées comparant les deux groupes selon les résultats aux tests d'allergie cutanés standards sont présentées à la **figure 1**. Des 542 enfants dont le résultat aux tests d'allergie cutanés par scarification avec extraits d'arachides lyophilisées était négatif, 530 ont ainsi pu être évalués. Chez ces derniers, pour qui le risque d'allergie est faible, la stratégie d'évitement de l'arachide multiplierait par sept le risque d'avoir une allergie, alors que ce risque est relativement modeste chez les enfants qui ont mangé précocement des arachides (13,7 % contre 1,9 %).

Chez les enfants plus sévèrement à risque (N = 98), le fait d'éviter de manger des arachides triplerait la possibilité d'avoir une allergie, par rapport à une introduction dès la première année de vie (35,3 % contre 10,6 %).

Quelles sont les nouvelles recommandations?

À la suite de la publication de l'étude LEAP dans le *NEJM*, de nombreuses instances médicales à travers le monde ont proposé de nouvelles recommandations pour prévenir le développement d'allergies aux arachides chez les enfants. L'Association des allergologues et immunologues du Québec, pour sa part, appuie les recommandations de la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique, conformes aux conclusions de l'étude LEAP (**Tableau 1**). Au Canada, l'allergie aux arachides concerne deux enfants sur 100 (Food Allergy Canada, 2015).

Pour les enfants souffrant d'eczéma grave ou d'allergie aux œufs, la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique recommande que ce soit l'équipe soignante spécialisée en allergologie qui

Tableau 1 Trois recommandations pour l'introduction d'arachides dans l'alimentation des nourrissons

Critères	Recommandations	Âge de l'introduction des arachides
Eczéma sévère, allergie aux œufs ou les deux	On recommande fortement que des tests d'allergie soient pratiqués (dosages sanguins ou tests cutanés, et si nécessaire, une provocation orale ouverte). Selon les résultats de ces tests, l'équipe médicale ou les parents peuvent introduire les arachides dans l'alimentation.	Entre 4 et 6 mois
Eczéma léger à modéré	Introduire des aliments contenant des arachides dans l'alimentation.	Aux environs de 6 mois
Aucun eczéma ni aucune allergie aux œufs	Introduire des aliments contenant des arachides dans l'alimentation.	En fonction des préférences familiales et des pratiques culturelles

Source : Togias et al., 2017b.

procède à une évaluation en vue d'une introduction sécuritaire de l'arachide dans l'alimentation du bébé vers l'âge de 4 à 6 mois. Quant aux bébés dont l'eczéma est moins sévère, les parents peuvent leur donner des arachides vers l'âge de 6 mois. Pour les bébés n'ayant aucun problème de santé particulier, les parents agissent en fonction de leurs préférences et de leur culture.

La D^{re} Nha Uyen Nguyen-Luu, allergologue à l'Hôpital de la Cité-de-la-Santé, à Laval, a modifié sa pratique afin de s'adapter aux nouvelles recommandations de la Société canadienne d'allergie et d'immunologie clinique en matière d'allergie aux arachides. « La différence repose sur le fait que nous nous basons maintenant sur des données scientifiques qui établissent le bien-fondé de nos recommandations », explique-t-elle.

Discussion avec les parents

Les allergologues ont la responsabilité d'expliquer ces nouvelles recommandations aux parents d'enfants à haut risque et de répondre à leurs questions et à leurs inquiétudes. L'infirmière assure l'enseignement aux parents en leur apprenant à reconnaître les signes d'allergie; elle pratique également les tests d'allergie et au besoin, les tests de provocation par voie orale sous supervision médicale (lire l'encadré « La pratique infirmière en allergologie »). La D^{re} Nguyen-Luu réitère que l'introduction précoce d'arachides réduira la probabilité de développer une allergie.

Comme les arachides entières et la consistance du beurre d'arachides exposent les petits à des risques de suffocation, la D^{re} Nguyen-Luu recommande soit de diluer le beurre d'arachide dans de l'eau chaude pour le mélanger à des céréales, soit d'ajouter de la poudre d'arachides broyées à de la purée. L'allergologue conseille de donner alors de très petites quantités, soit l'équivalent d'une demi-cuillère à table de beurre d'arachides dilué dans des céréales, et ce, de façon régulière, par exemple trois fois par semaine, selon les indications contenues dans l'étude LEAP.

Au Québec, l'allergie aux arachides inquiète de nombreux parents puisqu'elle y est la plus fréquente, devant l'allergie au blé et au lait de vache (AAIQ, 2016a; Santé Canada, 2016; Allergies Québec, 2014). L'arachide fait partie du groupe des légumineuses et non de la famille des noix, comme on aurait tendance à le croire (Tableau 2). Une allergie aux arachides ne signifie pas qu'il faille éviter les autres légumineuses comme les pois chiches ou les haricots. Il est important de rassurer les parents inquiets sur ce plan, surtout si leur nourrisson est à risque élevé d'allergie aux arachides.

Enfin, environ 80 % des enfants allergiques aux aliments vont le demeurer à l'âge adulte (AAIQ, 2016a). « Cette statistique représente malgré tout un espoir puisqu'un enfant sur quatre verra son allergie aux arachides disparaître », souligne la D^{re} Nguyen-Luu. L'allergologue s'attend à ce que l'introduction précoce de l'arachide dans l'alimentation du bébé stabilise le nombre total de nouveaux cas sévères dans l'avenir. Elle demeure prudente considérant le peu de recul depuis l'application des nouvelles recommandations. Rappelons que l'étude LEAP, malgré ses conclusions encourageantes, ne concerne que l'allergie aux arachides et qu'il n'est donc pas possible d'extrapoler ces résultats à d'autres aliments pouvant occasionner des allergies, comme le blé ou le lait de vache. ■

Bibliographie

- Allergies Québec. « Les allergènes », 2014. En ligne : <http://allergies-alimentaires.org/fr/allergenes> (Page consultée le 10 mars 2017).
- Association des allergologues et immunologues du Québec (AAIQ). « Allergie aux arachides », 2016a. En ligne : http://www.allerg.qc.ca/information_allergique/3_3a_arachides.html (Page consultée le 10 mars 2017).
- Association des allergologues et immunologues du Québec (AAIQ). « Allergie alimentaire », 2016b. En ligne : http://allerg.qc.ca/information_allergique/3_1_aliments.html (Page consultée le 1^{er} juin 2017).
- Du Toit, G., G. Roberts, P.H. Sayre, H.T. Bahnson, S. Radulovic, A.F. Santos *et al.* « Randomized trial of peanut consumption in infants at risk for peanut allergy », *The New England Journal of Medicine*, vol. 372, n° 9, 26 févr. 2015, p. 803-813.
- Fleischer, D.M., S. Sicherer, M. Greenhawt, D. Campbell, E. Chan, A. Muraro *et al.* « Consensus communication on early peanut introduction and prevention of peanut allergy in high-risk infants », *Pediatric Dermatology*, vol. 33, n° 1, janv./févr. 2016, p. 103-106.
- Food Allergy Canada. « Fast facts: food allergies in Canada », 2015, 3p. En ligne : <http://foodallergycanada.ca/wp-content/uploads/Food-Allergy-Key-Facts-Sheet.pdf> (Page consultée le 14 mars 2017).
- Hildebrand, K.J., E.M. Abrams, T.K. Vander Leek, J.E.M. Upton, D.P. Mack, L. Kirste *et al.* « Pimum non nocere-first do no harm. And then feed peanut », *Allergy, Asthma, and Clinical Immunology*, vol. 13, n° 7, 8 févr. 2017, p. 7.
- Santé Canada. « Arachide. Allergène alimentaire prioritaire 2016 », 31 août 2016. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/aliments-nutrition/rapports-publications/salubrite-aliments/arachide-allergene-alimentaire-prioritaire.html> (Page consultée le 10 mars 2017).
- Schirer, S.H., A. Munoz-Furlong, J.H. Godbold *et al.* « US prevalence of self-reported peanut, tree nut, and sesame allergy: 11-year follow-up », *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, vol. 125, n° 6, juin 2010, p. 1322-1326. En ligne : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20462634>
- Société canadienne de pédiatrie. « L'exposition alimentaire et la prévention des allergies chez les nourrissons à haut risque », 1^{er} févr. 2016. En ligne : <http://www.cps.ca/fr/documents/position/prevention-des-allergies-chez-les-nourrissons-a-haut-risque> (Page consultée le 14 mars 2017).
- Togias, A., S.F. Cooper, M.L. Acebal, A. Assa'ad, J.R. Baker, L.A. Beck *et al.* « Addendum guidelines for the prevention of peanut allergy in the United States: Report of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases-sponsored expert panel », *Journal of Pediatric Nursing*, vol. 32, janv./févr. 2017a, p. 91-98.
- Togias, A., S.F. Cooper, M.L. Acebal, A. Assa'ad, J.R. Baker, L.A. Beck *et al.* « Addendum guidelines for the prevention of peanut allergy in the United States: Report of the National Institute of Allergy and Infectious Diseases-sponsored expert panel », *Allergy, Asthma and Clinical Immunology*, vol. 13, n° 1, janv. 2017b, p. 4. En ligne : <https://aacijournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13223-016-0175-4>



Remplacements de jour, soir et nuit dans toutes les spécialités à travers tout le Québec

1^{er} rang dans l'appel d'offres de Montréal et Laval

- Salaire intéressant
- Horaire adapté selon vos disponibilités
- Et beaucoup d'autres avantages

**N'hésitez pas à nous appeler au
514-369-2424 poste 225 ou 223
info@soinsintermediaire.com
www.soinsintermediaire.com**

Examen clinique du nouveau-né-Examen clinique sommaire de l'enfant et de l'adolescent : systèmes tête et cou, cardiaque, respiratoire et abdominal-Examen clinique sommaire de l'adulte : systèmes cardiovasculaire (cœur) et respiratoire -Évaluation des fonctions cognitives de la personne âgée-Démences : comprendre, évaluer et intervenir-Généralités et traitement pratique du diabète de type 2 en soutien aux infirmières de première ligne-Essentiel des soins de plaies : pour un plan de traitement approprié-Soins de stomies

pour optimiser la qualité de vie de la clientèle-Lecture rapide de l'ECG-Santé des voyageurs : comment la connaître pour faciliter la pratique infirmière-Enjeux éthiques dans la pratique infirmière-Evaluation par l'infirmière des besoins de suivi de grossesse-Approche comportementale chez les enfants de 0 à 5 ans -Maladies chroniques 1 : la nutrition dans une approche intégrée de changement des habitudes de vie-Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité-Trouble mental ou physique? -Frontières entre les désordres organiques et les troubles psychiatriques-Démystifier les troubles de la personnalité-Counseling en abandon du tabac et la prescription infirmière des thérapies de remplacement de la nicotine-Polymédication et bonnes pratiques-Le rôle indispensable de l'infirmière-Services préventifs en soins de 1^{re} ligne-Aide médicale mourir et sédation palliative

le rôle de l'infirmière-Évaluation de l'état de santé mentale de l'adulte - Formation de base-Gestion des symptômes comportementaux de la démence : évaluation, intervention et lien avec le plan thérapeutique infirmier-Insulinothérapie chez la personne diabétique de type 2 dans la pratique infirmière de première ligne-Pansements et le soin des plaies : des alliés à l'insuline pour la cicatrisation-Débridement des plaies : une compétence de l'infirmière à développer-Evaluation initiale et surveillance clinique des clients sous sédation consciente-Thérapie par pression négative, pansements bioactifs, modalités adjuvantes, et plaies complexes-Perte d'audition et prothèses auditives-Prévention et intervention auprès des clientèles en soins de longue durée-Comment gérer différents troubles anxieux-Urgences oncologiques et palliatives : Des facteurs étiologiques à l'approche thérapeutique (Urgences palliatives)-Santé des voyageurs : fièvre jaune et malaria-Évaluer le développement d'un enfant de 0 à 5 ans-Introduction à l'entretien motivationnel-Enjeux de la pratique infirmière en soins intensifs -au-delà des chiffres-Examen clinique de la femme enceinte-Examen clinique sommaire de l'adulte : abdomen-Examen clinique sommaire de l'adulte : système neurologique-Programme de transition à domicile en soins du développement

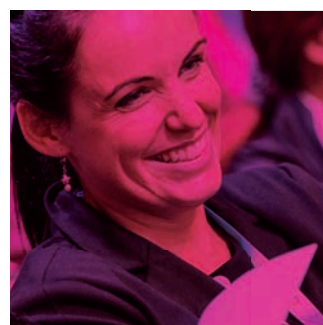
42 formations thématiques

20 ET 21 NOVEMBRE CONGRÈS **OIIQ** 2017

Cette année, vous êtes invités à devenir des professionnels affirmés.

Faites partie des 3 000 membres, étudiants et décideurs attendus pour façonner les soins infirmiers de l'avenir.

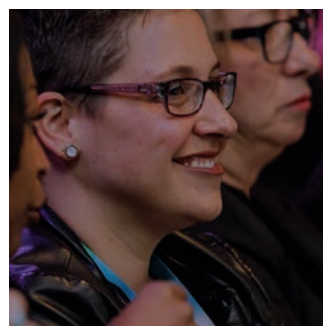
► Conférences



3
GRANDES
CONFÉRENCES

- La collaboration intraprofessionnelle au service du patient
- Le leadership infirmier
- S'épanouir dans l'exercice de votre profession

► Ateliers thématiques



36
ATELIERS
THÉMATIQUES

Des ateliers en pratique infirmière conçus par et pour vous.

Information et inscription
mistral.oiiq.org/pre-congres



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

▶ **Journée étudiante**



Participeront aux conférences sur l'examen professionnel, ateliers et remises de prix.

▶ **Inscription**



Inscrivez-vous et consultez toute la programmation sur

oiiq.org/congres-2017

21 NOVEMBRE

SYMPOSIUM

**DE LA
COLLABORATION
EN SANTÉ**

2017



Le Symposium réunit les professionnels de la santé souhaitant avoir une meilleure connaissance du rôle et des expertises de chacun, afin d'optimiser la coordination des soins offerts aux patients. Ne manquez pas l'occasion de participer au déploiement de la pratique collaborative dans le système de santé du Québec!

OIIQ, au nom de la santé des Québécois.

Renseignements et inscription

collaborationinterprofessionnelle.ca/symposium

Nouvelles recommandations pour la prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse

Par **Jacinthe Leclerc**, B. Sc. inf., M. Sc., Ph. D. (c.), **Alexandre Sanctuaire**, B. Sc. (kin.), DESS kinésiologie clinique, CCEP-ACSM, Pharm. D. (c.), **Andrée-Anne Boivin-Cyr**, M. Sc., IPSPL, et **Karine Cloutier**, B. Pharm, M. Sc., Pharm. D., BCPPS



© Africa Studio / Shutterstock.com

Objectifs pédagogiques

- 1 Améliorer les connaissances quant au continuum des interventions pour soulager les nausées et vomissements de la femme enceinte.
- 2 Comprendre le rôle de l'infirmière, et la place de la prescription infirmière, dans le continuum des traitements des nausées et vomissements de la femme enceinte.

Les nausées et vomissements de la grossesse (NVG) peuvent entraîner des conséquences importantes sur la qualité de vie des futures mères, et parfois nuire à leur santé. Lors du suivi prénatal, ou de tout autre contact avec la femme enceinte, comment l'infirmière peut-elle aider sa patiente touchée par ces symptômes et quels sont les éléments de surveillance relatifs aux traitements pharmacologiques prescrits?

Cas clinique : Janie

Janie, âgée de 28 ans, est enceinte pour la deuxième fois. Selon la date des dernières menstruations, elle en est à sa cinquième semaine de gestation. Alors que sa première grossesse s'était déroulée sans histoire, elle éprouve cette fois-ci les désagréments des nausées et des vomissements. La pensée de devoir manger ou le fait de percevoir certaines odeurs suffisent à induire les symptômes. Elle est à peine capable de garder les aliments qu'elle mange. En

raison de ces symptômes, elle éprouve de la difficulté à vaquer à ses occupations personnelles et professionnelles. Elle a d'ailleurs dû s'absenter de son travail pour cause de maladie. Son conjoint s'inquiète de son état de santé et de celui du bébé. Comme son premier rendez-vous de suivi de grossesse n'est prévu qu'à la dixième semaine de gestation, Janie a décidé de consulter l'infirmière clinicienne de la clinique réseau de sa région.

Les NVG touchent plus de la moitié des femmes enceintes (Campbell *et al.*, 2016; INSPQ, 2017). Débutant entre la quatrième et la huitième semaine de gestation, les NVG cessent généralement avant la vingtième semaine. Les changements hormonaux en seraient la cause la plus probable. Une prise en charge optimale de ces symptômes, surtout lorsqu'ils sont particulièrement incommodes, est recommandée afin d'améliorer la qualité de vie des femmes pendant la grossesse et éviter certaines complications.

La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) a publié, en décembre 2016, une mise à jour des recommandations à ce sujet (Campbell *et al.*, 2016). Parmi les nouveautés : la substitution des vitamines prénatales contenant du fer, l'administration préventive de la combinaison pyridoxine-doxylamine, un suivi psychologique visant à réduire l'anxiété et, solution de derniers recours en cas d'échec des autres traitements, l'administration de l'ondansétron.

Recommandations de la SOGC

Modifications alimentaires, sommeil et autres mesures non pharmacologiques

On a longtemps conseillé aux femmes enceintes aux prises avec des nausées et des vomissements de modifier leur alimentation, par exemple en séparant les liquides des solides, en mangeant de plus petites quantités de nourriture plus souvent ou en évitant les mets épicés et gras. Comme il existe très peu de preuves scientifiques sur l'efficacité de ces changements d'habitudes pour la réduction des NVG, il est aujourd'hui recommandé aux femmes enceintes de manger ce qui leur plaît, dans la mesure où les aliments choisis sont sécuritaires. En ce sens, elles éviteront les viandes, poissons, œufs et produits laitiers crus (Campbell *et al.*, 2016; INSPQ, 2017). Elles doivent boire de l'eau en quantité suffisante pour maintenir une bonne hydratation (Campbell *et al.*, 2016).

Quant aux besoins de sommeil, il a été démontré qu'ils augmentent au début de la grossesse. La fatigue peut intensifier les NVG, chez la femme enceinte qui ne peut dormir suffisamment (Santiago *et al.*, 2001). L'infirmière peut recommander à sa patiente de faire des siestes, si

Tableau 1 Mesures non pharmacologiques recommandées

Traitements non pharmacologiques	Mécanismes d'action	Effet bénéfique sur les NVG	Auto-administration possible
Gingembre	Amélioration de la motilité gastrique	Efficace	Oui
Acupuncture	Régulation de la motilité gastrique	Probablement efficace, preuves limitées chez les femmes enceintes	Non
Acupression*			Oui
Psychothérapie (thérapie cognitive basée sur la pleine conscience, une forme de méditation)	Amélioration de la gestion du stress, réduction de l'anxiété	Probablement efficace, preuves limitées chez les femmes enceintes	Oui, si apprentissage de la méthode avec un psychothérapeute ¹ ou auto-apprentissage

* Point P6 ou point de Neiguan, situé à une distance proximale de trois doigts du poignet, entre les deux tendons

1. Dont une infirmière possédant un permis de psychothérapie.

Sources : Campbell *et al.*, 2016; Faramarzi *et al.*, 2015.

possible, et de prévoir des nuits plus longues qu'à l'habitude (INSPQ, 2017). Enfin, d'autres mesures non pharmacologiques, comme la consommation de gingembre, le recours à l'acupuncture et à l'acupression, ainsi que la psychothérapie sont désormais recommandées par la SOGC pour le traitement des NVG (Tableau 1).

Suppléments vitaminiques

La prise de suppléments vitaminiques en début de grossesse serait associée à une réduction des NVG, en raison de la présence de vitamine B dans ces suppléments. À l'inverse, le fer contenu dans certaines vitamines pourrait exacerber les NVG chez plusieurs femmes. La SOGC recommande aux femmes souffrant de NVG de cesser la prise de leurs vitamines prénatales si elles contiennent du fer, et de les remplacer par de l'acide folique ou des vitamines prénatales à faible teneur en fer. Cette substitution serait sécuritaire pour la plupart des femmes en santé puisque les besoins en fer n'augmentent généralement pas au cours du premier trimestre de la grossesse (Campbell *et al.*, 2016). Comme le règlement sur la prescription infirmière concernant les suppléments vitaminiques et l'acide folique chez la femme enceinte n'est pas limitatif, l'infirmière pourra ajuster la prescription en ce sens.

L'infirmière peut aider sa patiente en prenant en charge la gestion des symptômes par l'enseignement de méthodes non pharmacologiques, mais également par la prescription de certains médicaments.

Lorsque la modification des habitudes de vie, les mesures non pharmacologiques et les suppléments vitaminiques restent sans effet pour atténuer les NVG, le recours à des traitements pharmacologiques doit être envisagé (Tableau 2).

Traitement de première intention : combinaison vitamine-antihistaminique (pyridoxine-doxylamine)

Le traitement reconnu en première intention pour soulager les nausées chez la femme enceinte est la pyridoxine, c'est-à-dire la vitamine B6. Cette vitamine hydrosoluble peut être prise seule ou en association avec de la doxylamine, un antihistaminique (Campbell *et al.*, 2016). Bien que le mécanisme d'action de la pyridoxine ne soit pas encore complètement élucidé, elle serait impliquée dans le métabolisme de certaines amines cérébrales telles la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine, trois neurotransmetteurs agissant sur le centre du vomissement situé dans le bulbe rachidien (Duchesnay, 2016). Quant à la doxylamine, elle présente une affinité pour les récepteurs histaminiques H₁ au niveau cérébral et produit une action antiémétique. Elle diminue les stimulations sur le centre du vomissement et agit de manière indirecte sur le système vestibulaire. Compte tenu de sa capacité

Tableau 2 Médicaments recommandés en ordre d'intention pour traiter les nausées et vomissements de la grossesse

Médicaments (classe thérapeutique)	Doses	Effets indésirables à surveiller	Recommandations
1^{re} intention			
Pyridoxine (vitamine B6)	10 à 25 mg p.o. ou i.v., t.i.d. (ajustable selon la sévérité des symptômes) Dose max. : 200 mg/jour	L'un des antiémétiques qui semblent causer le moins d'effets indésirables	Sécuritaires dans le contexte de la grossesse
Doxylamine (10 mg) en association à la pyridoxine (10 mg) (Antihistaminique antagoniste des récepteurs H ₁)	Nausées légères 2 co. p.o., au coucher Nausées modérées 1 co. p.o., le matin, 1 co. l'après-midi et 2 co. au coucher Dose max.-8 co./jour	Somnolence et sécheresse buccale	Administrés à titre préventif en début de grossesse, la doxylamine et la pyridoxine peuvent être efficaces pour réduire les NVG chez les femmes à risque élevé
2^e intention			
Dimenhhydrinate (Antihistaminique, antagoniste des récepteurs H ₁)	50 à 100 mg p.o., i.r. ou i.v., q4-6h Dose max. en association avec 4 co. de doxylamine/ pyridoxine : 200 mg Dose max. en utilisation seule : 400 mg	Somnolence et sécheresse buccale	Sécuritaires dans le contexte de la grossesse Administré pour traiter les phases aiguës ou chroniques
3^e intention			
Métoclopramide (Antagonistes des récepteurs de la dopamine)	5 à 20 mg p.o. ou i.v., q.i.d. Dose max. : 80 mg/jour	Somnolence et effets extrapyramidaux : - Dystonie aiguë - Akathisie - Dyskinésie Limiter le traitement à 12 semaines consécutives pour prévenir la survenue de dyskinésie tardive	Un antihistaminique antagoniste des récepteurs H ₁ pourrait être utilisé en association pour contrer les effets extrapyramidaux Peut être utilisé à tous les trimestres de la grossesse
Chlorpromazine (Antagonistes des récepteurs de la dopamine)	10 à 25 mg p.o., q4-6h, ou 25 à 50 mg i.m., q4h	Somnolence et effets extrapyramidaux : - Dystonie aiguë - Akathisie - Dyskinésie	Sécuritaires dans le contexte de la grossesse Peuvent être administrés en traitement d'appoint contre les NVG
Prochlorpérazine (Antagonistes des récepteurs de la dopamine)	5 à 10 mg p.o., i.m. (injection profonde) ou i.v., q6-8h, ou 25 mg i.r., b.i.d.	Arrythmies cardiaques : vérifier l'allongement de l'intervalle QT, particulièrement lorsque la patiente le prend en association avec d'autres médicaments pouvant avoir cet effet	Un antihistaminique antagoniste des récepteurs H ₁ pourrait être utilisé en association pour contrer les effets extrapyramidaux
Prométhazine (Antagonistes des récepteurs de la dopamine)	12,5 à 25 mg p.o. ou i.v., q4-8h		
4^e intention			
Ondansétron (Antagonistes sérotoninergiques 5-HT ₃)	4 à 8 mg p.o. ou i.v., q8-12h, PRN	Céphalées et constipation Vérifier l'allongement de l'intervalle QT, particulièrement lorsque la patiente le prend en association avec d'autres médicaments pouvant avoir cet effet Une augmentation du risque de malformations cardiaques et de fentes palatines chez le fœtus a été soulevée lors de son utilisation au premier trimestre	Traitement de dernier recours, comme l'innocuité et l'efficacité pendant la grossesse sont contestées Utiliser pour les cas réfractaires aux traitements reconnus comme sécuritaires Aucune donnée d'innocuité dans un contexte de grossesse n'est disponible pour les autres médicaments de cette classe thérapeutique (dolasetron et granisetron)

co. : comprimés; p.o. : par voie orale; i.m. : par voie intramusculaire; i.v. : par voie intraveineuse; i.r. : par voie intrarectale; q4-8h : toutes les 4 à 8 heures; i.d. : une fois par jour, b.i.d. : deux fois par jour; t.i.d. : trois fois par jour; q.i.d. : quatre fois par jour; PRN : au besoin.

Exemples de noms commerciaux : pyridoxine-doxylamine (Diclectin®); dimenhhydrinate (Gravol®); diphenhydramine (Benadryl®); métoclopramide (Maxeran®); chlorpromazine (Largactil®); prochlorpérazine (Stemetil®); prométhazine (Phenergan®); ondansétron (Zofran®).

Adapté de Campbell *et al.*, 2016; Ferreira *et al.*, 2013; Pasternak *et al.*, 2013a; 2013b.

à traverser la barrière hémato-encéphalique, elle peut produire des effets sédatifs et anticholinergiques (Brunton *et al.*, 2011).

La combinaison de pyridoxine (10 mg) et de doxylamine (10 mg) est commercialisée en comprimé à libération retardée sous le nom de Diclectin®. Il est essentiel d'informer les patientes du fait que le médicament ne commence à agir que cinq à six heures après l'avoir ingéré. Le soulagement des symptômes n'est donc pas immédiat. Il faut prendre deux comprimés au coucher afin de réduire l'apparition et la gravité des nausées matinales. Selon la SOGC (2002) et Campbell *et al.* (2016), certaines femmes pourraient ajouter un comprimé le matin et un autre le midi pour soulager les NVG qui persisteraient toute la journée. La posologie devrait être ajustée selon la gravité des symptômes. Santé Canada (2016) indique que certaines femmes peuvent prendre jusqu'à huit comprimés par jour, si les NVG qu'elles éprouvent sont sévères. En vertu du règlement, l'infirmière est autorisée à prescrire si les NVG sont non incoercibles. À la suite de son évaluation ou lorsqu'elle assure une surveillance clinique de l'état de santé de la femme, l'infirmière doit la diriger vers un médecin si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré un traitement optimal.

Se basant sur un essai clinique randomisé (Maltepe et Koren, 2013), la SOGC recommande maintenant l'administration de la combinaison pyridoxine-doxylamine à titre préventif en début de grossesse chez les femmes à risque élevé de NVG, bien que cette pratique soit relativement nouvelle. Les femmes à risque élevé de NVG sont généralement celles ayant des antécédents de NVG modérés à sévères. L'incidence des cas les plus sévères serait principalement associée aux grossesses multiples, à la présence de môle hydatiforme et à un fœtus de sexe féminin (Campbell *et al.*, 2016).

Contre-indications

Bien qu'elle soit généralement bien tolérée, la combinaison pyridoxine-doxylamine est contre-indiquée chez les patientes présentant un risque de crise d'asthme, celles qui sont atteintes d'un glaucome à angle fermé, d'ulcères peptiques sténosants, d'obstruction pyloro-duodénale ou du col vésical et chez celles recevant des inhibiteurs de la monoamine oxydase ou qui allaitent (Duchesnay, 2016).

La SOGC recommande aux femmes souffrant de NVG de cesser la prise de leurs vitamines prénatales si elles contiennent du fer, et de les remplacer par de l'acide folique ou des vitamines prénatales à faible teneur en fer. Comme le règlement sur la prescription infirmière concernant les suppléments vitaminiques et l'acide folique chez la femme enceinte n'est pas limitatif, l'infirmière pourra ajuster la prescription en ce sens.

Traitement de deuxième intention : autres antihistaminiques

Si la combinaison pyridoxine-doxylamine se révèle inefficace, on y ajoutera un antihistaminique de première génération, le dimenhydrinate, à prendre 30 minutes avant la combinaison pyridoxine-doxylamine. En présence de NVG persistants, le dimenhydrinate peut être pris aux quatre à six heures. Il est considéré sécuritaire pendant la grossesse (Campbell *et al.*, 2016).

Si les symptômes de nausées et vomissements persistent ou s'aggravent malgré les traitements susmentionnés, l'OIIQ est d'avis que l'infirmière devrait se limiter aux traitements de première et deuxième intentions et diriger la patiente vers un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (OIIQ, 2016).

Traitement de troisième intention : antagonistes des récepteurs de la dopamine

Les antagonistes des récepteurs de la dopamine, soit le métoclopramide et la famille des phénothiazines, représentent une solution de troisième intention chez les patientes qui ne répondent pas aux traitements précédents (Campbell *et al.*, 2016). Le métoclopramide atteint le système nerveux central (SNC) en traversant la barrière hémato-encéphalique. Il agit en bloquant les récepteurs de la dopamine et, à dose élevée, en bloquant les récepteurs de la sérotonine (Matthews *et al.*, 2015). Ces actions ont pour effet d'augmenter le seuil de déclenchement des nausées et de diminuer la sensibilité des nerfs viscéraux dans le système digestif, ce qui permet de réguler les NVG. Quant aux phénothiazines (chlorpromazine, prochlorpérazine, prométhazine) ils ont tous un mécanisme d'action spécifique se traduisant surtout par un impact direct sur le centre du vomissement du SNC en bloquant les récepteurs de la dopamine (Brunton

et al., 2011). Les femmes enceintes ayant recours à ces médicaments devraient être informées des effets sédatifs et extrapyramidaux possibles (Campbell *et al.*, 2016).

Traitement de quatrième intention : antagonistes sélectifs des récepteurs de la sérotonine 5-HT₃

En quatrième intention, lorsque les NVG sont graves et que la combinaison des autres antiémétiques s'avère inefficace, l'emploi d'un antagoniste sélectif des récepteurs de la sérotonine 5-HT₃, l'ondansétron, peut être tenté (Boelig *et al.*, 2016; Matthews *et al.*, 2015; McParlin *et al.*, 2016). Toutefois, les données probantes sur l'innocuité et l'efficacité de l'ondansétron lors d'une exposition au premier trimestre de la grossesse sont contestées (Anderka *et al.*, 2012; Campbell *et al.*, 2016; Danielsson *et al.*, 2014; Pasternak *et al.*, 2013a). Il ne devrait être envisagé qu'en dernier recours. Il agit en bloquant les terminaisons nerveuses vagues périphériques qui sont normalement activées en présence de sérotonine. Il inhibe aussi le déclenchement des nausées au niveau de la zone chémoréceptrice du SNC et diminue les stimulations du centre du vomissement médullaire (Brunton *et al.*, 2011). Ce médicament est normalement indiqué pour soulager les nausées et vomissements associés à la radiothérapie et à la chimiothérapie émétogènes, ainsi que pour prévenir et traiter les nausées et vomissements postopératoires (Novartis, 2016).

Autres médicaments

Les corticostéroïdes systémiques devraient être déconseillés pour le soulagement des NVG pendant le premier trimestre en raison du manque de données probantes et du risque accru de fissure labio-palatine (Badell *et al.*, 2006; Boelig *et al.*, 2016). Leur utilisation pourrait être envisagée à partir du deuxième trimestre dans les cas réfractaires sévères de NVG.

En vertu du règlement, l'infirmière est autorisée à prescrire la combinaison pyridoxine-doxylamine si les NVG sont non incoercibles; toutefois, elle doit diriger la patiente vers un médecin si les symptômes persistent ou s'aggravent malgré un traitement optimal.

Le reflux gastro-œsophagien pendant la grossesse

Un aspect essentiel de la prise en charge des NVG concerne le traitement du reflux gastro-œsophagien. Fréquent, il peut exacerber les NVG. Les changements hormonaux qui ralentissent la motilité gastrique en seraient la principale cause (INSPQ, 2017). Le traitement de première intention repose sur l'utilisation d'antiacides contenant du calcium, du magnésium ou de l'aluminium. Accessibles en vente libre dans les pharmacies, les antiacides ne sont pas considérés comme tératogènes si les doses maximales et les précautions énumérées dans la monographie sont respectées (Campbell et al., 2016).

Si les antiacides se révèlent inefficaces, les antagonistes des récepteurs histaminiques H2, notamment la ranitidine, sont recommandés (Campbell et al., 2016).

Enfin, en dernière intention, dans les cas plus graves de reflux gastro-œsophagien, les inhibiteurs de la pompe à proton peuvent être utilisés. L'oméprazole est l'option à privilégier, puisque son innocuité est la mieux documentée parmi les médicaments de cette classe pharmacologique (Campbell et al., 2016).

Dans tous les cas, et particulièrement si la patiente souffrant de NVG n'est pas soulagée par les traitements recommandés, il faut porter une attention particulière

Cas clinique : retour sur la situation de Janie

Janie rencontre l'infirmière qui fait une évaluation de son état de santé. Comme Janie ne présente pas de contre-indications ni de signes cliniques (la déshydratation par exemple) qui pourraient nécessiter une consultation avec un médecin ou une infirmière praticienne spécialisée (IPS), et que les NVG sont non incoercibles, l'infirmière lui prescrit des comprimés contenant la combinaison pyridoxine-doxylamine. En effet, comme cette dernière détient une attestation de prescription en vertu du règlement, elle est autorisée à prescrire un médicament pour traiter les nausées et les vomissements non incoercibles chez la femme enceinte¹. L'infirmière explique à Janie que selon les données probantes les plus récentes, ce médicament est reconnu comme étant sécuritaire durant la grossesse, tant pour le fœtus que pour la mère. Elle lui donne également des recommandations sur les moyens non pharmacologiques pour diminuer ses symptômes ainsi que sur les éléments de surveillance et les indications de consulter à nouveau au besoin. L'infirmière effectue un suivi auprès de Janie dans les 24-72 heures après le début du traitement afin d'assurer la surveillance clinique de son état de santé, ce qui consiste à évaluer l'efficacité du traitement, la présence d'effets secondaires ou la détérioration des signes et symptômes qui nécessiterait d'orienter Janie vers le médecin ou l'IPS.

aux troubles de l'humeur et examiner les autres causes possibles, conjointement avec l'équipe de soins (Campbell et al., 2016).

Conclusion

Dans une situation où les mesures non pharmacologiques s'avèrent inefficaces pour traiter les NVG, un traitement pharmacologique devrait être envisagé le plus rapidement possible. L'infirmière peut aider sa patiente en prenant en charge la gestion des symptômes, par l'enseignement de méthodes non-pharmacologiques mais également par la prescription de certains médicaments. De plus, le fait d'informer les patientes sur l'utilisation sécuritaire de certains médicaments pendant la grossesse favorisera l'adhésion au traitement et l'amélioration de la qualité de vie de la future mère, qui doit préserver son énergie pour le fœtus en croissance. ■

1. « Certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier », *Gazette officielle du Québec*, 147^e année, n° 40, 7 octobre 2015. [En ligne : <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=1&file=63845.pdf>]

NDLR Cet article a été révisé par Barbara Harvey, inf. M. Sc., conseillère à la qualité de la pratique à la Direction Développement et soutien professionnel de l'OIIQ.

Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il est en ligne sur la plateforme de téléapprentissage Mistral.



Les auteurs



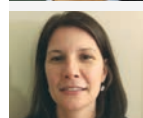
Jacinthe Leclerc est professeure adjointe au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières. Elle est également candidate au doctorat en sciences pharmaceutiques-pharmacopépidémiologie de la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Ses études sont menées à l'Institut national de santé publique du Québec.



Alexandre Sanctuaire est étudiant au doctorat de premier cycle en pharmacie à l'Université Laval. Il travaille à la pharmacie et au centre de recherche de l'Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec.



Andrée-Anne Boivin-Cyr est infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne (IPSPL) au GMF du Cap à Trois-Rivières.



Karine Cloutier est professeure adjointe à la Faculté de pharmacie de l'Université Laval. Elle est également pharmacienne au Centre mère-enfant Soleil du CHU de Québec – Université Laval.

Bibliographie

- Anderka, M., A.A. Mitchell, C. Louik, M. M. Werler, S. Hernández-Díaz et S.A. Rasmussen. « Medications used to treat nausea and vomiting of pregnancy and the risk of selected birth defects », *Birth Defects Research. Part A, Clinical and Molecular Teratology*, vol. 94, n° 1, janv. 2012, p. 22-30.
- Badell, M., S.M. Ramin et J. Smith. « Treatment options for nausea and vomiting during pregnancy », *Pharmacotherapy*, vol. 26, n° 9, sept 2006, p. 1273-1287.
- Boelig, R.C., S.J. Barton, G. Saccone, A.J. Kelly, S.J. Edwards et V. Berghella. « Interventions for Treating Hyperemesis Gravidarum », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 5, 11 mai 2016.
- Brunton, L.L., B.A. Chabner et B.C. Knollmann. *Goodman and Gilman's the Pharmacological Basis of Therapeutics* (12^e éd.), New York (NY), McGraw-Hill, 2011, 1808 p.
- Campbell, K., H. Rowe, H. Azzam et C.A. Lane. « Prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, vol. 38, n° 12, déc. 2016, p. 1138-1149.
- Danielsson, B., B.N. Wikner et B. Kallen. « Use of ondansetron during pregnancy and congenital malformations in the infant », *Reproductive Toxicology*, vol. 50, déc. 2014, p. 134-137.

Duchesnay, Monographie de produit : Diclectin (pyridoxine-doxylamine), 2016. En ligne : https://www.duchesnay.com/files/pdf/diclectin_monographie.pdf (Page consultée le 18 février 2017.)

Faramarzi, M., S. Yazdani et S. Barati. « A RCT of psychotherapy in women with nausea and vomiting of pregnancy ». *Human Reproduction*, vol. 30, n° 12, déc. 2015, p. 2764-2773.

Ferreira, E., B. Marlin et C. Morin. *Grossesse et allaitement : guide thérapeutique* (2^e éd), Montréal, Éditions du CHU Sainte-Justine, 2013, 1183 p.

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). « Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans – Guide pratique pour les mères et les pères 2017 », janv. 2017, 780 p. En ligne : <https://www.inspq.qc.ca/sites//mieuxvivre> (Page consultée le 14 février 2017.)

Mattepe, C. et G. Koren. « Preemptive treatment of nausea and vomiting of pregnancy: results of a randomized controlled trial », *Obstetrics and Gynecology International*, vol. 2013, art. n° 809787, 2013. En ligne : <http://dx.doi.org/10.1155/2013/809787>

Matthews, A., D.M. Haas, D.P. O'Mathúna et T. Dowswell. « Interventions for nausea and vomiting in early pregnancy », *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, n° 9, 8 sept. 2015, p. CD007575.

McParlin, C., A. O'Donnell, S.C. Robson, F. Beyer, E. Moloney, A. Bryant et al. « Treatments for hyperemesis gravidarum and nausea and vomiting in pregnancy: A systematic review », *Journal of the American Medical Association*, vol. 316, n° 13, 4 oct. 2016, p. 1392-1401.

Novartis. « Monographie de produit : Zofran (ondansétron) », 2015, 44 p. En ligne : https://www.novartis.ca/sites/www.novartis.ca/files/zofran_scrip_f.pdf (Page consultée le 18 février 2017.)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Collège des médecins du Québec (CMQ). *Lignes directrices : pratique clinique de l'infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne* (2^e éd.), Montréal, OIIQ/CMQ, juill. 2014, 67 p. En ligne : <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/lignes-directrices-pratique-clinique-de-l-infirmiere-praticienne-specialisee> (Page consultée le 10 mars 2017.)

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Standards de pratique de l'infirmière : Soins de proximité en périnatalité*, 2016, 124 p. En ligne : <https://www.oiiq.org/sites/default/files/4443-perinatalite-web.pdf> (Page consultée le 15 mai 2017.)

Pasternak, B., H. Svanstrom et A. Hviid. « Ondansetron in pregnancy and risk of adverse fetal outcomes », *The New England Journal of Medicine*, vol. 368, n° 9, 28 févr. 2013a, p. 814-823.

Pasternak, B., H. Svanstrom, D. Molgaard-Nielsen, M. Melbye et A. Hviid. « Metoclopramide in pregnancy and risk of major congenital malformations and fetal death », *Journal of the American Medical Association*, vol. 310, n° 15, 16 oct. 2013b, p. 1601-1611.

Règlement sur les activités visées à l'article 31 de la Loi médicale qui peuvent être exercées par des classes de personnes autres que des médecins, c. M-9, r. 13.

Santé Canada. « Résumé de l'examen de l'innocuité – DICLECTIN (combinaison de doxylamine et de pyridoxine) – Évaluation de l'innocuité pendant la grossesse », 19 juill. 2016. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medefet-canada/examens-innocuite/resume-examen-innocuite-evaluer-diclectin-combinaison-doxylamine-pyridoxine.html> (Page consultée le 20 février 2017.)

Santiago, J.R., M.S. Nolleddo, W. Kinzler et T.V. Santiago. « Sleep and sleep disorders in pregnancy », *Annals of Internal Medicine*, vol. 134, n° 5, 6 mars 2001, p. 396-408.



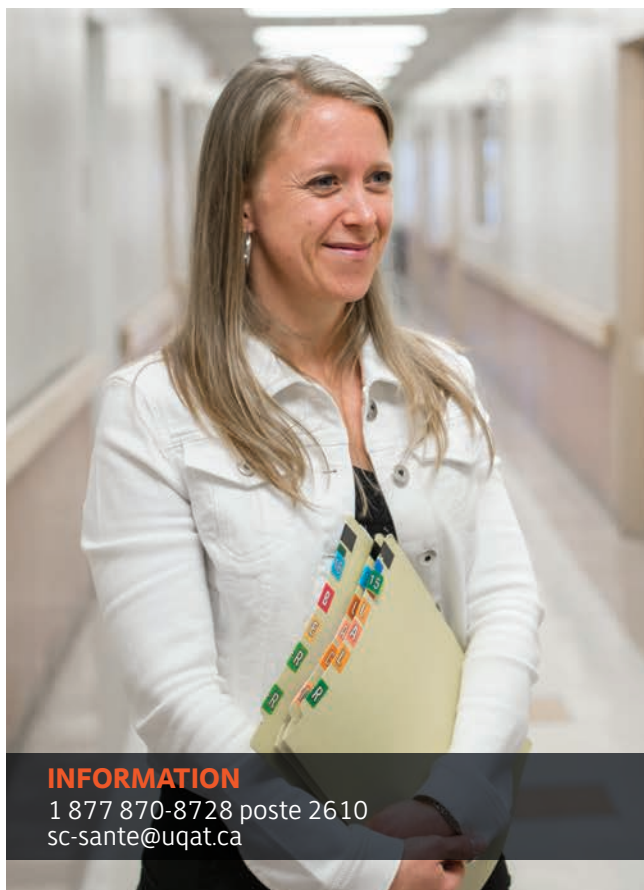
ACFA

RÉDIGER UN ARTICLE DE FORMATION CONTINUE

Vous aimeriez collaborer à une publication de développement professionnel unique et chère au cœur des infirmières et infirmiers?

Vous souhaiteriez mettre à profit votre expertise reconnue dans un secteur de pratique précis de la profession infirmière (santé mentale, soins critiques, soins intensifs, santé et sécurité au travail, bloc opératoire, etc.) afin de contribuer à la mise à jour des connaissances de vos pairs?

Peut-être seriez-vous intéressée à rédiger, pour *Perspective infirmière*, un article donnant droit à des heures admissibles parmi les activités de la catégorie formation accréditée (ACFA). Pour manifester votre intérêt et obtenir plus d'information, communiquez avec nous par courriel à revue@oiiq.org en indiquant « Article ACFA » dans l'objet.



LA FORMATION À DISTANCE DESTINÉE AUX INFIRMIÈRES

Pour développer de nouvelles compétences professionnelles!

- Examen clinique
- Pratique infirmière en région éloignée
- Réadaptation motrice et sensorielle
- Santé et sécurité au travail
- Santé mondiale
- Soins infirmiers cliniques

La formation à distance de l'UQAT :

- Des cours universitaires élaborés par des professionnels reconnus
- Permet de conjuguer travail, famille et études
- Des cours filmés en classes réelles
- Des professeurs disponibles

INFORMATION

1 877 870-8728 poste 2610
sc-sante@uqat.ca

uqat.ca/distance

UQAT
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Périnatalité

Mieux comprendre les comportements du nouveau-né

Les comportements du nouveau-né prématuré ou à terme, mais qui est malade, peuvent être décodés et interprétés grâce à la théorie synactive développée par Heidelise Als, professeure de psychologie à l'Université Harvard. En quoi consiste cette théorie?

Par **Nathalie Bizier**, inf. clinicienne, **Emilie St-Pierre**, inf., IPSNN, **Isabelle Milette**, inf., IPSNN, et **Marie-Josée Martel**, inf., Ph. D.

La théorie synactive propose un modèle de développement de l'humain qui explique et différencie les comportements du nouveau-né, de la conception à l'état de fœtus jusqu'à trois mois post-terme (Als, 1986; 1989). Selon cette théorie, le nouveau-né adopte des comportements selon son temps de gestation et l'environnement auquel il est soumis. Par exemple, cet environnement peut être l'unité néonatale, avec les gens et les soins qu'elle comporte, tout comme la maison et les parents. Cette théorie est davantage utilisée dans le domaine de la néonatalogie avec des bébés nés prématurément (moins de 37 semaines de gestation) ou à terme, mais malades. Cependant, elle permet de comprendre les comportements des nouveau-nés à terme jusqu'à trois mois de vie. Elle est à la base de nombreux instruments d'évaluation dans le domaine de la néonatalogie (Gibbins et al., 2008).

Selon la théorie synactive, le développement du nouveau-né repose sur plusieurs sous-systèmes qui émergent séparément durant la vie fœtale, mais qui interagissent ensemble selon les réactions du nouveau-né face à son environnement (**Tableau 1**). En fait, il faut voir ces sous-systèmes comme un ensemble en évolution. Lorsqu'il atteint une certaine stabilité dans un sous-système, le nouveau-né peut passer

à un autre, mais il peut également régresser au sous-système précédent si les stimulations ou les soins sont trop agressants pour lui ou si son état se détériore.

En réponse à son environnement, le nouveau-né présentera des comportements issus des différents sous-systèmes. Quand cet environnement – et les stimulations offertes – est adéquat pour ses capacités, le nouveau-né montrera des signes d'adaptation. Cependant, face à des stimulations négatives (par exemple, une alarme), auxquelles il est incapable de s'adapter, l'équilibre sera rompu et le nouveau-né manifestera des signes de stress. La compréhension de ces comportements, détaillés plus loin, permet aux infirmières de reconnaître le sous-système de développement où se situe le nouveau-né et d'ajuster leurs soins en conséquence.

1 Sous-système autonome (ou physiologique)

Il est au centre du fonctionnement de base de l'organisme et il comprend, entre autres, les signes vitaux du nouveau-né. Les paramètres physiologiques à observer incluent le rythme cardiaque, la pression artérielle, la respiration, la coloration de la peau, la saturation d'oxygène cutanée, la température, les fonctions gastro-intestinales et la modulation hormonale. Les signes suivants sont associés au sous-système autonome/physiologique :

Signes d'adaptation : Respirations douces et régulières, rythme cardiaque stable, coloration rosée, digestion stable.

Signes de stress : Changements du rythme cardiaque (bradycardie, tachycardie), hypo/hypertension artérielle, changement du rythme respiratoire (apnées, pauses respiratoires, tachypnée), désaturation en oxygène, changement de la coloration de la peau (pâle, mar-

brée, cyanose, pléthorique), réponses digestives variables (hoquet, haut-le-cœur, régurgitations).

Plus le nouveau-né est prématuré ou malade, plus il canaliserait ses énergies pour maintenir un équilibre au sein de ce sous-système et tenter de garder ses signes vitaux dans les paramètres normaux. Il n'est pas rare de voir un nouveau-né très prématuré ou très malade manifester des comportements de stress presque exclusivement dans ce sous-système. Avant de passer au sous-système suivant, il doit d'abord avoir stabilisé ses signes vitaux.

2 Sous-système moteur

Il inclut les comportements associés à la posture, au tonus musculaire et aux mouvements généralisés du corps. Dans ce sous-système, on observe les signes suivants :

Signes d'adaptation : bébé qui adopte une position de flexion des membres, mains et/ou pieds enlacés, il peut agripper, téter et porter ses mains à sa bouche (mouvements qui rappellent ceux d'un nouveau-né à terme et en santé).

Signes de stress : hypotonie et/ou hypertonicité des muscles du corps, protrusion de la langue, doigts en éventail, manœuvre de protection avec ses bras, gigotements, mouvements saccadés, sursauts, extension des membres inférieurs et/ou supérieurs et extension axiale.

Un nouveau-né qui tète sa sucette d'amusement a assurément des signes vitaux stables. Cependant, un événement tel un bruit soudain peut faire en sorte qu'il cesse de téter et régresse au sous-système autonome en manifestant un signe de stress, par exemple une désaturation en oxygène. Il est donc possible d'observer l'enchaînement des divers sous-systèmes et l'influence des uns sur les autres.

Tableau 1 Les cinq sous-systèmes du développement du nouveau-né selon la théorie synactive d'Als

- Autonome (ou physiologique)
- Moteur
- États de veille/sommeil
- Attention/interaction
- Autorégulation/retour au calme

Tableau 2 Méthodes de retour au calme du nouveau-né

- Lui donner une sucette d'amusement ou un autre objet à téter (ses doigts, le petit doigt du parent)
- Lui permettre d'agripper (un doigt, une tubulure)
- Approcher ses mains près de sa bouche
- Le placer en position fœtale
- L'emmailloter

3 Sous-système des états de veille/sommeil

Il comprend six états de conscience (Brazelton, 1979) :

- Sommeil profond
- Sommeil léger
- Somnolence
- Éveil alerte
- Éveil avec mouvements actifs
- Pleurs

Dans ce sous-système, on peut observer les signes suivants :

Signes d'adaptation : états de sommeil et d'éveil clairement définis, par exemple le nouveau-né s'endort ou se réveille doucement, transition douce entre les états, cris vigoureux lorsqu'il est éveillé.

Signes de stress : changements des états d'éveil (passages brusques entre les états de veille et de sommeil), gémissements, grimaces, froncement des sourcils, sommeil agité, cris, pleurs, irritabilité.

Un nouveau-né capable de s'endormir et de s'éveiller doucement a atteint une stabilité de ses sous-systèmes autonome et moteur. Lors d'une ponction capillaire au talon, le nouveau-né éveillé pourrait, s'il n'est pas réconforté, régresser au sous-système moteur (visible par l'apparition d'une hypotonie, par exemple) puis au sous-système autonome (manifestation de bradycardie, par exemple). On constate ici l'enchaînement des sous-systèmes et leur influence les uns sur les autres.

4 Sous-système de l'attention/interaction

Il désigne l'habileté du nouveau-né à maintenir un contact et à interagir avec les gens qui l'entourent. Dans ce sous-système, on observe les signes suivants :

Signes d'adaptation : Disposition à interagir (visage détendu, regard brillant et clair), émission de petits sons doux,

recherche active de la provenance des sons, capacité à diriger son attention et capacité à maintenir une interaction avec les intervenants et les parents.

Signes de stress : Bas niveau d'attention, regard hagard (vide), yeux grands ouverts en attente de quelque chose, regard paniqué, fuite du regard.

Pour qu'il soit capable d'interagir, le nouveau-né doit d'abord avoir atteint une stabilité dans les sous-systèmes autonome et moteur de même que dans le sous-système des états de veille/sommeil. Si ses signes vitaux sont instables, le nouveau-né n'aura pas la capacité d'interagir. Il est important d'informer les parents à ce sujet afin que leurs attentes à cet égard soient recadrées.

5 Sous-système d'autorégulation/méthodes de retour au calme

Il est en périphérie des quatre sous-systèmes décrits précédemment. Il s'agit de stratégies et de comportements que le nouveau-né peut adopter en cas de stimulation négative (changement brusque de position ou bruit soudain qui engendre un sursaut par exemple) afin de retrouver un certain équilibre et d'éviter la désorganisation. Ces comportements représentent ce qu'il a connu dans le ventre de sa mère puisqu'il s'exerçait à téter, à agripper le cordon ombilical et des parties de son corps, approchait les mains près de sa bouche et adoptait une position fœtale. Ces comportements sont surtout présents chez les nouveau-nés presque à terme, qui ont atteint une maturité développementale et une stabilité physiologique. Par exemple, un nouveau-né de 37 semaines de gestation, né sans complications, en train de téter au sein peut être dérangé par un bruit soudain. En réaction, il pourra arrêter quelques secondes de téter, agripper les vêtements de sa mère ou

le sein et reprendre où il en était. En quelques secondes, l'agrippement lui a permis de se sécuriser et de retrouver son calme.

L'infirmière appliquera des méthodes de retour au calme afin d'aider le nouveau-né à s'autoréguler (**Tableau 2**). En d'autres mots, elle lui montrera comment s'apaiser et éviter la désorganisation. Au fil du temps, le nouveau-né assimilera le fait que ces gestes lui apportent du réconfort et il pourra les exécuter seul, sans aide. Plus il les apprendra tôt, plus vite il fera des connexions cérébrales en ce sens. Ainsi, il assimilera : « lorsque quelque chose me dérange, j'approche les mains à ma bouche et cela me calme. »

Conclusion

Lorsque le nouveau-né manifeste des signes de stress dans l'un ou l'autre des sous-systèmes du développement, l'infirmière peut appliquer les méthodes de retour au calme afin de le rassurer et d'éviter ainsi une désorganisation et une cascade de signes de stress. De même, l'infirmière qui protège le nouveau-né en structurant son environnement (en atténuant le bruit, en tamisant la lumière, etc.) et en appliquant les méthodes de retour au calme lui donne la chance d'atteindre le sous-système suivant, si son état de santé le lui permet. La connaissance des comportements du nouveau-né par les infirmières peut ainsi faire une énorme différence dans les soins qui lui sont prodigués. ■

NDLR Cet article est le deuxième d'une série de huit sur les meilleures pratiques en périnatalité appuyées par les données probantes. Il s'agit d'une idée originale de l'infirmière Marie-Josée Martel. Cette série aborde différentes thématiques en lien avec les soins aux nouveau-nés admis en unité néonatale, soins pouvant très souvent s'appliquer aux bébés nés sans complications.

Suite à la page 45 ►

20 ET 21 NOVEMBRE
CONGRÈS OIIQ
2017

Profession **infirmière**
Profession **affirmée** ◀

▶ **Épargnez 15 % avant le 23 octobre**

NOUVEAU

Lancora^{MC}

Ivabradine

Une nouvelle corde
à votre arc pour
**le traitement
de l'insuffisance
cardiaque
chronique**



Chez des patients dont la fréquence cardiaque initiale au repos était ≥ 77 battements par minute :
Supériorité démontrée par rapport au placebo dans la réduction du risque de survenue du critère principal combiné associant la mortalité cardiovasculaire (CV) et l'hospitalisation pour aggravation de l'insuffisance cardiaque (IC) dans l'analyse de sous-groupe de l'étude SHIFT (27,4 % vs 34,2 %; RRI : 0,75 [intervalle de confiance à 95 % : de 0,67 à 0,85], $p < 0,0001$)*¹

Bien que **les deux composants du critère combiné** aient contribué à **l'effet bénéfique** observé dans ce sous-groupe, l'hospitalisation pour aggravation de l'IC demeure le composant le plus important¹.

LANCORA^{MC} (ivabradine) est indiqué dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique stable avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche diminuée (≤ 35 %) chez les patients adultes de classe NYHA II ou III en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque au repos est ≥ 77 battements par minute, en vue de réduire l'incidence de la mortalité cardiovasculaire et des hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque. LANCORA^{MC} doit être administré en association aux traitements standards de l'insuffisance cardiaque chronique.

Personnes âgées : Risque accru de bradycardie chez les patients âgés de 75 ans et plus, traités à une dose initiale de 5 mg 2 fois par jour; une dose initiale plus faible est recommandée.

Enfants et adolescents : L'innocuité et l'efficacité n'ayant pas été établies, l'utilisation chez ces patients n'est pas autorisée.

bpm : battements par minute; CV : cardiovasculaire; IC : insuffisance cardiaque; NYHA : New York Heart Association; RRI : rapport des risques instantanés

* Analyse de sous-groupe de l'étude SHIFT, étude de phase III en double-aveugle contrôlée versus placebo et randomisée, menée auprès de 6505 patients atteints d'IC chronique. Les patients ont été répartis aléatoirement pour recevoir un placebo ou LANCORA^{MC} à une dose initiale de 5 mg 2 fois par jour, augmentée jusqu'à 7,5 mg 2 fois par jour ou diminuée à 2,5 mg 2 fois par jour, en fonction de la fréquence cardiaque. La sous-étude a porté sur les résultats des patients dont la fréquence cardiaque médiane initiale était de 77 bpm ($n = 3357$), avec un suivi médian de 22,5 mois. Le critère principal était un critère combiné associant la mortalité CV et l'hospitalisation pour aggravation de l'IC.

LAPR2117F



SERVIER CANADA INC.
235, boulevard Armand-Frappier, Laval (Québec) H7V 4A7
www.servier.ca | 1-888-902-9700

© 2017 Servier Canada inc.
LANCORA^{MC} est une marque de
commerce de Servier Canada inc.



Contre-indications :

- Patients qui présentent une hypersensibilité à LANCORA^{MC}, ou à l'un des ingrédients de la formulation de ce dernier, incluant les ingrédients non médicinaux, ou à un composant du contenant
- Fréquence cardiaque au repos inférieure à 70 battements par minute avant le traitement
- Insuffisance cardiaque instable ou aiguë
- Patients présentant un allongement existant de l'intervalle QT (p. ex., syndrome du QT long congénital)
- Choc cardiogénique
- Infarctus aigu du myocarde
- Hypotension sévère (< 90/50 mm Hg)
- Insuffisance hépatique sévère
- Maladie du sinus
- Bloc sino-auriculaire
- Bloc auriculoventriculaire du troisième degré
- Dépendance à un stimulateur cardiaque (fréquence cardiaque exclusivement imposée par le stimulateur)
- Emploi concomitant d'un inhibiteur puissant du cytochrome P450 3A4 (CYP3A4)
- Emploi concomitant de vérapamil ou de diltiazem, inhibiteurs modérés du CYP3A4 ayant des propriétés réduisant la fréquence cardiaque
- Grossesse, allaitement et femmes en âge de procréer n'utilisant pas de moyens de contraception appropriés
- Patients atteints de problèmes héréditaires d'intolérance au galactose, de malabsorption du glucose-galactose ou de déficit en lactase de Lapp, car LANCORA^{MC} contient du lactose

Mises en garde et précautions pertinentes :

- Il n'est pas indiqué pour le traitement des patients présentant une maladie coronarienne stable, étant donné que les études cliniques n'ont pas réussi à démontrer de bénéfice clinique chez ces patients.
 - Le médecin traitant doit tout mettre en œuvre pour atteindre les doses cibles de bêta-bloquants recommandées par les lignes directrices avant d'entreprendre un traitement par LANCORA^{MC}. Si la fréquence cardiaque au repos demeure élevée (c.-à-d. ≥ 77 battements par minute [bpm]), on peut envisager le traitement par LANCORA^{MC}.
 - L'emploi concomitant d'un inducteur du CYP3A4 peut diminuer l'exposition à LANCORA^{MC}. Par conséquent, en cas d'interruption du traitement par l'inducteur du CYP3A4, une surveillance étroite de la fréquence cardiaque est recommandée.
 - Des mesures répétées de la fréquence cardiaque, un électrocardiogramme (ECG) ou une surveillance ambulatoire sur 24 heures doivent être effectués à au moins trois différentes visites pour déterminer précisément la fréquence cardiaque du patient au repos avant d'instaurer le traitement par LANCORA^{MC} ou de modifier la dose.
 - Son utilisation n'est pas recommandée chez les patients atteints de sténose aortique.
 - Il n'est pas efficace dans le traitement ou la prévention des arythmies cardiaques.
 - Chez les patients qui ont des antécédents de troubles de la conduction, ou chez d'autres patients pour qui la bradycardie pourrait provoquer une atteinte hémodynamique, il est recommandé d'utiliser une dose initiale plus faible de LANCORA^{MC}.
 - L'emploi de LANCORA^{MC} chez les patients présentant un bloc auriculoventriculaire du deuxième degré n'a pas fait l'objet d'études. L'emploi de LANCORA^{MC} doit donc être évité chez ces patients.
 - Chez les patients traités par LANCORA^{MC}, le risque de fibrillation auriculaire est accru. Si une fibrillation auriculaire se manifeste, cesser le traitement par LANCORA^{MC}.
 - On doit éviter l'emploi concomitant de LANCORA^{MC} et d'amiodarone. S'il est jugé nécessaire d'administrer cette association médicamenteuse, on doit surveiller étroitement la fonction cardiaque.
 - On doit arrêter le traitement par LANCORA^{MC} si un dysfonctionnement du nœud sinusal survient.
 - On doit surveiller attentivement les patients présentant des troubles de la conduction intraventriculaire (bloc de branche gauche, bloc de branche droit) ou un asynchrisme
- ventriculaire. Cesser le traitement par LANCORA^{MC} si un bloc AV du troisième degré se manifeste.
- Si, au cours du traitement, la fréquence cardiaque au repos descend en dessous de 50 battements par minute ou si le patient présente des symptômes liés à la bradycardie (p. ex., étourdissements, fatigue ou hypotension), la posologie doit être réduite ou le traitement arrêté.
 - L'utilisation concomitante de LANCORA^{MC} et d'autres médicaments qui abaissent la fréquence cardiaque peut entraîner une bradycardie excessive en raison de l'addition des effets. La surveillance de la fréquence cardiaque est recommandée.
 - La prudence s'impose et la surveillance étroite de la fréquence cardiaque est recommandée chez les patients présentant une hypokaliémie.
 - L'utilisation de LANCORA^{MC} chez les patients à risque d'allongement de l'intervalle QT doit être évitée. Si l'utilisation concomitante de traitements allongeant l'intervalle QT est jugée nécessaire, une surveillance cardiaque attentive (ECG à 12 dérivations) est requise. Selon les résultats de l'ECG, il pourrait être nécessaire de diminuer la dose ou d'arrêter le traitement. Le traitement par LANCORA^{MC} doit être arrêté en cas d'arythmie cardiaque sévère.
 - On doit faire preuve de prudence et surveiller attentivement la fonction cardiaque chez les patients porteurs d'un appareil cardiaque.
 - L'insuffisance cardiaque doit être stabilisée avant d'envisager le traitement par LANCORA^{MC}.
 - LANCORA^{MC} doit être utilisé avec précaution chez les patients atteints d'hypotension.
 - Chez les patients hypertendus, on recommande de surveiller fréquemment la pression artérielle et de réévaluer régulièrement les traitements antihypertensifs.
 - L'emploi de LANCORA^{MC} n'est pas recommandé dans les suites immédiates d'un accident vasculaire cérébral ou d'un accident ischémique transitoire.
 - Des troubles visuels, notamment des phénomènes lumineux (phosphènes) et une vision trouble, ont fréquemment été rapportés chez les patients traités par LANCORA^{MC}. L'arrêt du traitement doit être envisagé s'il survient une détérioration inattendue de la fonction visuelle. Il faut faire preuve de prudence chez les patients présentant une rétinopathie pigmentaire.
 - Depuis la commercialisation du produit, des cas d'altération de l'aptitude à conduire et à faire fonctionner des machines en raison de troubles visuels, principalement de type phosphènes, ont été signalés. Par conséquent, on doit tenir compte de la survenue possible de phénomènes lumineux lorsque les patients conduisent un véhicule ou font fonctionner des machines dans les situations où des variations soudaines de l'intensité lumineuse peuvent se produire, en particulier lors de la conduite de nuit.
 - Il faut faire preuve de prudence lors de l'utilisation de LANCORA^{MC} chez les patients atteints d'insuffisance hépatique modérée.
 - Il faut faire preuve de prudence lors de l'utilisation de LANCORA^{MC} chez les patients atteints d'insuffisance rénale sévère (clairance de la créatinine < 15 mL/min).

Pour de plus amples renseignements :

Veillez consulter la monographie de produit au <http://webprod5.hc-sc.gc.ca/dpd-bdpp/index-fra.jsp> pour obtenir de plus amples renseignements sur les effets indésirables, les interactions médicamenteuses et la posologie qui n'ont pas été abordés dans le présent document. Il est aussi possible d'obtenir la monographie de produit en communiquant avec nous au 1-800-363-6093.

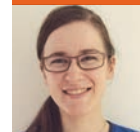
Veillez visiter le www.servier.ca/references/LANCORA_FR pour obtenir les paramètres de l'étude et la liste des références.

Lancora^{MC}
Ivabradine

PRATIQUE CLINIQUE

MIEUX COMPRENDRE LES COMPORTEMENTS DU NOUVEAU-NÉ (suite de la page 43)

Les auteures



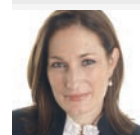
Nathalie Bizier est infirmière clinicienne à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine. Elle est membre représentante des

infirmières au sein de l'équipe qualité en soins du développement. Elle commence une maîtrise en pratique avancée à l'automne 2017.



Emilie St-Pierre est infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie à l'unité néonatale du CHU Sainte-Justine. Elle est

membre représentante des IPSNN dans l'équipe qualité en soins du développement et des intérêts, principalement en réanimation néonatale, en simulation, en soins du développement et en cardiologie.



Isabelle Milette est infirmière praticienne spécialisée en néonatalogie et spécialiste en soins du développement à l'unité

néonatale du CHU Sainte-Justine. Elle mène aussi l'équipe qualité et le projet d'implantation des soins du développement de l'unité. Elle est membre clinicienne du RRISQ.



Marie-Josée Martel est professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR).

Elle est aussi chercheuse régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR et chercheuse associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Elle est membre chercheuse du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISQ).

Références

- Als, H. « Self-regulation and motor development in preterm infants », in J. Lockman et N. Hazen (ss la dir. de), *Action in Social Context: Perspectives on Early Development*, New York (NY), Plenum Press, 1989, p. 65-97.
- Als, H. « A synactive model of neonatal behavioral organization: framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the neonatal intensive care environment », *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics*, vol. 6, n° 3-4, 1^{er} janv. 1986, p. 3-53.
- Brazelton, T.B. « Behavioral competence of the newborn infant », *Seminars in Perinatology*, vol. 3, n° 1, janv. 1979, p. 35-44.
- Gibbins, S., S.B. Hoath, M. Coughlin, A. Gibbins et L. Franck. « The universe of developmental care: a new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit », *Advances in Neonatal Care*, vol. 8, n° 3, juin 2008, p. 141-147.

Services d'injection supervisée : des infirmières expliquent leur rôle

Trois centres ouverts à Montréal, dont la première unité mobile en Amérique

Par **Nathalie Boëls**

Alors que les gouvernements fédéral et provincial cherchent une solution pour contrer l'augmentation des décès liés à la surdose d'opioïdes, le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal (CCSMTL) a reçu l'autorisation de Santé Canada d'ouvrir trois services d'injection supervisée (SIS) à Montréal. Ces services destinés aux personnes qui consomment des drogues sont offerts conjointement depuis le 19 juin par les organismes CACTUS et Dopamine, situés respectivement dans les quartiers Ville-Marie et Hochelaga-Maisonneuve, et par l'organisme L'Anonyme, une unité mobile qui parcourt les rues des quartiers Centre-Sud, Sud-Ouest et Hochelaga-Maisonneuve pendant la nuit.

Il s'agit de la première unité mobile proposant un service d'injection supervisée en Amérique. Des SIS seront aussi offerts dans les locaux de l'organisme Spectre de rue, encore en attente de l'autorisation de Santé Canada. L'Anonyme intervient depuis 28 ans avec une unité mobile à Montréal en distribuant du matériel d'injection et d'inhalation dans divers quartiers de la ville. L'autorisation reçue permet à l'unité mobile d'offrir un endroit sécuritaire où des personnes peuvent s'injecter des drogues, qu'elles apportent elles-mêmes, dans de bonnes conditions d'hygiène ainsi que sous la supervision de personnel infirmier et d'intervenants qualifiés.

Selon Lucie Charlebois, ministre déléguée à la Réadaptation, à la Protection de la jeunesse, à la Santé publique et aux Saines habitudes de vie, ces services d'injection supervisée permettront de desservir entre 200 et 300 personnes quotidiennement.

Les services

La distribution et la récupération de matériel d'injection se poursuit toujours dans ces organismes. Les services d'injection supervisée sont disponibles sur place en complément pour les personnes qui veulent s'en prévaloir. Elles ont alors accès à de l'équipement stérile pour l'injection, tel que les seringues, les ampoules d'eau, les tampons d'alcool et le garrot. L'intervenant communautaire et l'infirmière clinicienne, présents dans la salle d'injection, sont associés pour l'ensemble de leur quart de travail. « C'est une nouveauté pour nous », souligne Marie-Annick Barbier, infirmière clinicienne et assistante au supérieur immédiat du programme pour les services d'injection supervisée

au CCSMTL. « Nous avons dû partager nos rôles et responsabilités et apprendre à travailler ensemble. »

Les infirmières sont disponibles pour renseigner les utilisateurs sur les soins de santé de base en vue de prévenir les infections et de s'assurer de l'utilisation adéquate du matériel.

« Quand la personne arrive, nous l'accueillons et lui demandons quelles sont les substances qu'elle a consommées dans les dernières 24 heures, afin de prévenir les risques de surdose », explique Marie-Annick Barbier. Les infirmières se tiennent prêtes à intervenir en cas d'urgence. La drogue utilisée lors des injections n'est pas fournie par l'établissement ou l'organisme communautaire et les infirmières ne procèdent pas à l'injection (**Encadré 1**).

Acquérir de nouvelles connaissances

Les infirmières utilisent plusieurs ordonnances collectives pour intervenir en cas d'urgence et pour



Marie-Annick Barbier

Infirmière clinicienne et assistante au supérieur immédiat du programme pour les centres d'injection supervisée au CCSMTL

« Nous donnons des conseils et faisons de l'enseignement selon les besoins et le rythme de la personne. »



Caroline Boislard

Infirmière clinicienne dans un service d'injection supervisée du CCSMTL

« Malgré une certaine inquiétude face à l'inconnu lors de l'ouverture, tout s'est bien déroulé. Notre jugement clinique a été rapidement utilisé autant pour intervenir en salle d'injection que pour offrir des soins de santé autres. »

Encadré 1 Trajectoire de l'utilisateur du SIS en trois étapes

1. Accueil

Des pairs aidants, qui connaissent la réalité des personnes venant aux SIS car elles ont arrêté de consommer des drogues par injection ou, parfois, en consomment encore, ainsi que des intervenants communautaires reçoivent la personne qui désire s'injecter, sans barrière, ni préjugé et en toute confidentialité. La personne est inscrite sous son nom, mais utilise par la suite un surnom qu'elle choisit.

2. Injection

Dans la salle d'injection, l'infirmière et l'intervenant communautaire donnent du matériel stérile à l'utilisateur et s'informent de sa consommation des dernières 24 heures et à venir. Ils offrent leur disponibilité pour répondre à ses questions.

3. Répit

Un moment de répit est proposé après l'injection pour permettre une surveillance de signes de surdose. Des intervenants et des pairs aidants sont présents pour du soutien, de l'écoute, des discussions ou des références au besoin. Du matériel d'injection stérile est également disponible pour ceux qui désirent en rapporter avec eux.

Encadré 2 La réduction de méfaits en quelques chiffres

Résultats obtenus par Insite à Vancouver, premier SIS au Canada, ouvert en 2003 :

- 30 % des utilisateurs de drogue injectable ont finalement adhéré aux programmes de lutte contre les dépendances
- Baisse du nombre de décès par surdose
- Diminution des visites aux urgences pour des surdoses
- Baisse de la transmission du VIH et du virus de l'hépatite C
- Peut favoriser une démarche des utilisateurs de drogue injectable vers l'abstinence
- Diminution du nombre d'injections dans les lieux publics

Source : Données présentées le 12 mai 2017 par le Dr Richard Massé, Directeur de santé publique du CCSMTL, lors du point de presse annonçant l'ouverture de SIS à Montréal.

traiter différentes problématiques. Elles doivent aussi détenir une attestation de prescription infirmière pour offrir notamment les traitements des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les soins de plaies et la contraception.

Afin d'être outillées adéquatement, elles ont suivi une formation d'une durée de trois semaines qui comprenait, entre autres :

- La supervision et l'enseignement en vue d'une injection sécuritaire.
- Les interventions en situation d'urgence : surdoses, réanimation cardiorespiratoire, crise suicidaire, état de psychose, évaluation de la capacité à consentir.
- Des notions en toxicomanie : substances utilisées, risques liés à l'injection et aux mélanges de substances.
- Le dépistage d'ITSS, la contraception, la vaccination, les soins de plaies.
- Le partage des responsabilités entre infirmières et intervenants communautaires.

« Cette nouvelle pratique est un beau défi à relever, parce qu'elle fait une grande place à l'autonomie infirmière et met en valeur le droit de prescrire », explique Caroline Boislard, infirmière clinicienne qui travaille dans un SIS. « En mettant de l'avant l'autonomie infirmière, on donne plus de soins aux personnes qui utilisent des drogues par injection, en souhaitant qu'elles utilisent un jour les services du réseau de la santé », renchérit Laurie Mercure, infirmière clinicienne, chef de programme pour les SIS.

« Nous sommes très fières de notre nouveau rôle, témoigne Caroline Boislard. Malgré une certaine inquiétude face à l'inconnu lors de l'ouverture, tout s'est bien déroulé. Notre jugement clinique a été rapidement utilisé autant pour intervenir en salle d'injection que pour offrir des soins de santé autres. »

Réduction des méfaits

Le personnel des SIS met en pratique l'approche de réduction des méfaits couramment utilisée en santé publique (**Encadré 2**). Cette approche s'appuie sur deux principes : le pragmatisme et l'humanisme. « Les gens consomment des drogues depuis des millénaires et vont continuer à en consommer. De viser une société sans drogues, c'est utopique et irréaliste », explique Richard Cloutier, détenteur d'une maîtrise en sciences infirmières et agent de recherche et de planification au Service de lutte contre les infections transmissibles sexuellement et par le sang au ministère de la Santé et des Services sociaux (AIDQ, 2017).

Dans l'approche humaniste, l'intervenant adopte une position moralement neutre. Il ne juge pas les personnes qui utilisent des drogues par injection et ne les force pas à faire des choix. La personne qui consomme peut cheminer vers



Aperçu d'un SIS.

© Nathalie Boëls

l'abstinence, mais ce n'est pas un objectif absolu (AIIIC, 2011). « Il ne faut pas aller plus loin que ses besoins; il faut respecter son cheminement », précise Caroline Boislard. Les interventions auprès des utilisateurs de drogue injectable sont basées sur des protocoles qui ont été mis au point en partenariat avec plusieurs instances. « Dans certaines situations, une évaluation infirmière doit être faite avant que la personne ne puisse accéder à la salle d'injection », précise Marie-Annick Barbier. Les mineurs de moins de 14 ans et les personnes qui ne peuvent s'injecter seules n'y sont pas admis. L'accent est mis sur une consommation moins dangereuse et sur la santé et la sécurité de la population (AIIIC, 2011), principalement en diminuant le nombre d'injections dans les lieux publics et la dispersion de matériel contaminé. ■

Références

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). « La réduction des méfaits et les drogues actuellement illicites : Implications pour les politiques, la pratique, la formation et la recherche en soins infirmiers. Document de travail », 2011, 86 p.

Association des intervenants en dépendance du Québec (AIDQ). « Vers une meilleure cohérence des interventions. Capsule 1 - Raisons de la consommation de drogues : témoignages et risques perçus » (vidéo), 2017. En ligne : <https://aidq.org/outils/outils-intervention/sante-securite-publique>

Plusieurs postes en santé et services sociaux disponibles au CISSS de la Montérégie-Centre

Joignez-vous à nos équipes **ENGAGÉES!**

NOUS RECRUTONS.CA

Marilyn Robert, infirmière à l'Hôpital Charles-Le Moyne

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Centre Québec

Nouveauté pharmacologique

L'ivabradine (Lancora^{MD}) dans le traitement de l'insuffisance cardiaque

L'insuffisance cardiaque désigne la maladie résultant de l'incapacité du ventricule gauche du cœur à pomper suffisamment de sang pour répondre aux besoins métaboliques et en oxygène de l'organisme. On place beaucoup d'espoir dans de nouveaux médicaments commercialisés récemment, car on estime qu'ils pourront améliorer la qualité de vie des patients insuffisants cardiaques et prolonger leur survie. Parmi ces nouveautés, on compte l'ivabradine (Lancora^{MD}), approuvée par Santé Canada en janvier 2017, et commercialisée par Servier Canada.

Par **Jean-Dominic Rioux**, IPS en cardiologie

De façon classique, on parle d'insuffisance cardiaque avec fraction d'éjection du ventricule gauche (FEVG) abaissée, ou associée à une dysfonction systolique. Cette forme d'insuffisance cardiaque occasionne une diminution de la contractilité myocardique. Il existe une autre forme d'insuffisance cardiaque dite avec fraction d'éjection préservée, ou associée à une dysfonction diastolique. Le cœur est alors capable de répondre aux besoins métaboliques du corps, mais à des pressions de remplissage élevées. Il n'existe malheureusement aucun traitement permettant de diminuer la mortalité de l'insuffisance cardiaque avec FEVG préservée.

L'insuffisance cardiaque avec dysfonction systolique peut être causée entre autres par un infarctus du myocarde (dans 80 % des cas), une maladie des valves cardiaques, une myocardite virale, l'abus d'alcool ou de drogue, une cardiomyopathie péripartum ou de stress (cardiopathie de tako-tsubo), une cardiomyopathie rythmique (p. ex., fibrillation auriculaire rapide), une cardiopathie congénitale ou l'hyperthyroïdie non traitée.

La prévalence de l'insuffisance cardiaque dans les pays industrialisés est de 2 à 3 % (Dickstein *et al.*, 2008). Au Canada, on estime qu'environ 600 000 personnes souffrent d'insuffisance cardiaque et 50 000 nouveaux cas sont diagnostiqués chaque année (Cœur et AVC, 2016). L'insuffisance cardiaque est une cause importante de mortalité chez les personnes âgées de 65 ans et plus. La prévalence de l'insuffisance cardiaque continue de croître en raison du plus grand nombre de survivants à des crises cardiaques et à d'autres problèmes cardiaques aigus, mais le taux de mortalité à cinq ans reste élevé, soit d'environ 50 % (Kjekshus, 1986). La prise en charge de cette maladie chronique est essentielle pour améliorer la qualité de vie des patients et retarder la progression de la maladie.

Parmi les symptômes d'insuffisance cardiaque, on note l'essoufflement occasionné par des efforts de moins en moins importants, la fatigue, la perte d'énergie, l'orthopnée, la dyspnée paroxystique nocturne, les

difficultés à dormir, les difficultés à se concentrer, la toux, l'appétit diminué, la sensation de gonflement dans l'abdomen, le gain de poids en raison de la rétention d'eau, la difficulté à uriner, et des œdèmes aux chevilles et aux jambes.

L'ivabradine est le premier agent de la classe thérapeutique des inhibiteurs du courant I_f . L'ivabradine « [...] est indiquée dans le traitement de l'insuffisance cardiaque chronique stable avec une fraction d'éjection ventriculaire gauche diminuée (≤ 35 %) chez les patients adultes de classe NYHA II ou III en rythme sinusal et dont la fréquence cardiaque au repos est ≥ 77 battements par minute, en vue de réduire l'incidence de la mortalité cardiovasculaire et des hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque » (Servier, 2017). Elle s'ajoute ainsi à l'arsenal pharmacologique des patients atteints de cardiomyopathie avec fraction d'éjection du ventricule gauche.

Tableau 1 Classes fonctionnelles de la New York Heart Association (NYHA)

Classe I (légère) : pas de limitation de l'activité physique. L'activité physique habituelle n'engendre pas de fatigue exagérée, de palpitations, de dyspnée ni de douleurs angineuses. Aucun essoufflement anormal au moindre effort, ni de fatigue dans la vie courante.

Classe II (légère) : limitation modérée de l'activité physique. Absence de symptômes au repos, mais l'activité physique modérée entraîne fatigue, palpitations, dyspnée ou douleurs angineuses. Généralement, le patient est capable de monter deux paliers d'escalier sans dyspnée.

Classe III (modérée) : limitation marquée de l'activité physique. Absence de symptômes au repos, mais une activité physique inférieure à la normale entraîne fatigue, palpitations, dyspnée ou douleurs angineuses. Généralement, le patient présente une dyspnée marquée pendant les activités de la vie quotidienne.

Classe IV (grave) : aucune activité physique sans dyspnée. Les symptômes d'insuffisance cardiaque ou d'angor se manifestent même au repos. La dyspnée est augmentée au moindre effort.

Source : NYHA, 1964.

L'ivabradine réduit la fréquence cardiaque en diminuant l'activité rythmogène spontanée du nœud sinusal cardiaque; il inhibe sélectivement un courant sodique (I_f) au niveau du myocyte pour ralentir la fréquence cardiaque sans avoir d'effet sur la repolarisation ventriculaire ou sur la contractilité du myocarde (Hjalmarson, 2007).

Étude SHIFT

Méthodologie

L'ivabradine a été évaluée dans le cadre de l'étude SHIFT menée auprès de 6 558 patients atteints d'insuffisance cardiaque chronique stable (Swedberg *et al.*, 2010) de 625 centres dans 37 pays. Il s'agit d'une étude randomisée, à double insu, contrôlée par placebo. Le groupe ivabradine comptait 3 268 patients et le groupe placebo, 3 290. Le suivi s'est échelonné sur une période moyenne de 23 mois. Le nombre de patients participant à cette étude est suffisamment considérable pour permettre la transposition des résultats à notre pratique clinique. Les participants à l'étude avaient une insuffisance cardiaque de classe fonctionnelle NYHA II, III ou IV, un rythme sinusal avec une fréquence cardiaque au repos supérieure à 70 battements par minute (bpm) documentée par un ECG standard à 12 dérivations, et une FEVG ≤ 35 %. Les patients avaient été hospitalisés au cours de l'année précédant l'étude. Ils suivaient tous un traitement pharmacologique stable comprenant un bêtabloquant si celui-ci était bien toléré. L'insuffisance cardiaque devait être stabilisée depuis au moins quatre semaines au moment de leur inscription à l'étude.

Lors de la répartition aléatoire, les patients ont reçu soit leur traitement pharmacologique de fond – bêtabloquants (pour 89,5 %), IECA et/ou ARA (pour 91 %), diurétiques (pour 83 %), bloqueurs de l'aldostérone (pour 60 %) et digoxine (pour 22 %) –, soit leur traitement pharmacologique de fond auquel avait été ajoutée l'ivabradine pouvant être ajustée jusqu'à la dose maximale de 7,5 mg, deux fois par jour. Le principal paramètre que souhaitaient évaluer les chercheurs était l'impact de l'ivabradine sur le décès cardiovasculaire et sur l'admission à

Tableau 2 Effets indésirables les plus fréquents de l'ivabradine

Effet indésirable	Ivabradine N = 3232 (%)	Placebo N = 3260 (%)
Fibrillation auriculaire	267 (8,3)	217 (6,7)
Bradycardie asymptomatique	181 (5,6)	45 (1,4)
Bradycardie (y compris bradycardie sinusale)	148 (4,6)	28 (0,9)
Infarctus aigu du myocarde/infarctus du myocarde	115 (3,6)	104 (3,2)
Phosphènes	89 (2,8)	16 (0,5)

Adapté de Servier, 2017.

l'hôpital en raison d'une dégradation de l'insuffisance cardiaque.

Le profil pharmacologique des patients de l'étude révèle que ceux-ci recevaient un traitement conforme aux recommandations canadiennes pour le traitement de l'insuffisance cardiaque. Sur l'ensemble des patients inscrits à l'étude, seulement 11 % ne prenaient pas de bêtabloquant en raison d'une maladie pulmonaire obstructive chronique, d'asthme ou d'une dégradation de leur état. Parmi tous les autres patients, 1 488 ne recevaient pas la dose maximale de bêtabloquant pour cause de bradycardie, d'hypotension, de fatigue ou de surcharge volémique.

Il est important de noter de telles particularités dans les protocoles des études. Ces populations n'ayant pas été exclues de l'étude SHIFT, l'ivabradine pourrait être un choix possible pour ces groupes de patients. La monographie du produit précise toutefois que tout doit être mis en œuvre pour atteindre les doses cibles de bêtabloquants recommandées par les lignes directrices avant d'entreprendre un traitement par l'ivabradine. Si la fréquence cardiaque au repos demeure élevée (≥ 77 bpm), le traitement par l'ivabradine peut alors être envisagé.

Résultats

L'étude SHIFT a montré que l'ivabradine entraîne une diminution de 18 % du risque d'hospitalisation en raison d'une aggravation de l'insuffisance cardiaque. Toutefois, il ne produit pas d'effet sur la diminution du risque de mortalité cardiovasculaire.

La fréquence cardiaque a diminué de 15 bpm en moyenne. En revanche, les bienfaits de la molécule ont semblé plus importants chez les patients dont la fréquence cardiaque initiale était supérieure à 77 bpm. On a observé dans ce sous-groupe une diminution combinée de 25 % de la mortalité cardiovasculaire et des hospitalisations pour aggravation de l'insuffisance cardiaque. Rappelons que Santé Canada a approuvé l'utilisation de l'ivabradine pour le sous-groupe de patients ayant une fréquence cardiaque sinusale initiale supérieure à 77 bpm, mais également chez les patients des classes fonctionnelles NYHA II-III avec une FEVG ≤ 35 % et dont l'insuffisance cardiaque est stable depuis au moins quatre semaines.

De nombreuses études épidémiologiques ont établi une forte corrélation entre la fréquence cardiaque élevée et le risque de mortalité cardiovasculaire (Palatini *et al.*, 2006). Jusqu'à présent, ces données provenaient d'études rétrospectives sur l'utilisation des bêtabloquants à la suite d'un infarctus du myocarde ou d'une insuffisance cardiaque (Metra *et al.*, 2005; Kjekshus, 1986). Chez les patients atteints d'une cardiomyopathie, l'étude SHIFT a démontré que le risque de mortalité augmente de façon significative si, au repos, la fréquence cardiaque demeure supérieure à 70 bpm malgré un traitement optimal de l'insuffisance cardiaque (Swedberg, 2010). De plus en plus de données semblent indiquer qu'une fréquence cardiaque élevée ne permet pas seulement de prévoir l'évolution de l'état des patients,

De nombreuses études épidémiologiques ont établi une forte corrélation entre la fréquence cardiaque élevée et le risque de mortalité cardiovasculaire.

mais qu'elle pourrait aussi constituer un véritable facteur de risque cardiovasculaire.

Effets indésirables

Bien que l'ivabradine ait été bien tolérée par les patients de l'étude SHIFT, il existe toutefois un indice de risque significatif de fibrillation auriculaire accru (qui n'a toutefois pas nécessité le retrait du médicament sur le plan clinique)

(Tableau 2). Un électrocardiogramme de surveillance est recommandé au moment des suivis ou, au besoin, lorsque la situation clinique du patient le justifie. Quant aux troubles de la conduction chez un patient traité par l'ivabradine

(peu fréquents dans l'étude SHIFT), ils devraient, eux, mener au retrait du médicament.

L'incidence de la bradycardie sous ivabradine a été de 10,2 % (4,6 % des cas étant symptomatiques et 5,6 %, asymptomatiques). Par conséquent, si la fréquence cardiaque diminue sous le seuil des 50 bpm ou si le patient présente des symptômes de bradycardie (fatigue, hypotension, étourdissements), la posologie de l'ivabradine devra être ajustée à la baisse, ou le traitement cessé.

Des troubles visuels tel que des phosphènes (phénomènes lumineux)

et de la vision trouble ont été signalés par des patients sous ivabradine dans une proportion de 1 à 3 %. Ces effets sont reliés à la dose. Il n'existe aucune preuve confirmant un effet toxique de l'ivabradine sur la rétine de l'œil. L'arrêt du traitement sera envisagé s'il survient une détérioration inattendue de la fonction visuelle. La prudence est de mise chez les patients atteints d'une rétinopathie pigmentaire.

Environ 25 ans après l'arrivée des inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) et 15 ans après celle des bêtabloquants, les professionnels de la santé disposent maintenant d'un nouvel arsenal pour traiter l'insuffisance cardiaque. En effet, l'ivabradine est la deuxième molécule récemment approuvée par Santé Canada en vue de diminuer la mortalité et la morbidité causées par l'aggravation de l'insuffisance cardiaque, après le sacubitril/valsartan (Entresto^{MD}) homologué en novembre 2015.

L'ivabradine a aussi entraîné un effet sur la baisse de la mortalité cardiovasculaire lorsqu'elle est utilisée chez les patients ayant une fréquence cardiaque supérieure à 77 bpm. Elle n'a toutefois pas démontré de bénéfice clinique dans le traitement de la maladie coronarienne stable. L'entreprise pharmaceutique précise que l'ivabradine n'est pas indiquée pour le traitement de cette maladie.

Posologie et coût du traitement

L'ivabradine est disponible en comprimés de 5 et de 7,5 mg. Il n'était pas encore remboursé par la RAMQ au moment de mettre sous presse.

Conclusion

Une prise en charge globale de l'insuffisance cardiaque comprenant une optimisation pharmacologique, la modification des habitudes alimentaires (régime hyposodé, restriction liquidienne) et l'activité physique permet de ralentir la progression de la maladie. Puisque les infections qui touchent les voies respiratoires aggravent les symptômes d'insuffisance cardiaque, la vaccination contre la grippe et contre le pneumocoque est recommandée.

On peut se référer au tableau intitulé « Comment suivre et orienter votre patient souffrant d'insuffisance cardiaque » (**Tableau 3**).

Tableau 3 Comment suivre et orienter votre patient souffrant d'insuffisance cardiaque (IC)

Fréquence du suivi	Quoi surveiller	Quand orienter le patient
■ Changement aigu des symptômes d'IC - en moins de 24 à 48 heures ■ Après une hospitalisation pour IC - en moins de 2 semaines ■ Après une visite au département d'urgence pour IC - en moins de 2 semaines ■ Après l'ajout de médicaments pour IC ou augmentation de la dose - si instable : en moins de 7 jours - si stable : en moins de 2 semaines - si asymptomatique : 1 mois ■ Stable avec thérapie optimisée - 3 à 6 mois ■ Vérifier aussi les électrolytes, l'urée et la créatinine sériques si une maladie intercurrente peut vraisemblablement modifier la volémie (par ex. grippe)	■ À chaque consultation, consigner : - symptômes d'IC selon la classification de la New York Heart Association (NYHA) - nouveaux symptômes - poids - fréquence cardiaque (FC) - pression artérielle en position assise et debout - pression veineuse jugulaire - œdème périphérique - auscultation cardiaque et pulmonaire - vérifier les médicaments pris (prescrits et non-prescrits), suppléments et produits naturels ■ De façon périodique, selon les observations précédentes et seulement si les changements cliniques entraîneront une modification du traitement : - ECG (particulièrement en présence d'une nouvelle douleur thoracique ou suspicion d'arythmie (FA), radiographie thoracique, échocardiographie, BNP (si l'on doute que l'aggravation des symptômes soit due à l'insuffisance cardiaque). Électrolytes/créatinine dans les 7 à 14 jours d'un traitement avec un IECA/ARA, d'une majoration des doses de spironolactone, d'éplérénone ou d'un diurétique jusqu'à ce que l'état du patient soit stable. Autrement, dans les 1 à 3 mois.	■ Diagnostic récent d'IC ■ Hospitalisation récente pour IC ■ IC associée à : - une ischémie - une hypertension - une cardiopathie valvulaire - une syncope - une insuffisance rénale - présence de multiples autres comorbidités ■ IC d'étiologie inconnue ■ Antécédents familiaux d'IC ■ Intolérance aux thérapies ■ Manque de conformité au schéma thérapeutique

Source : Société canadienne de cardiologie, 2014.

Il reste toutefois beaucoup à faire afin d'améliorer la prise en charge des patients atteints d'insuffisance cardiaque. Au Québec, de nombreux patients n'ont toujours pas accès aux cliniques spécialisées en insuffisance cardiaque. Pourtant, selon les lignes directrices canadiennes, la prise en charge après une hospitalisation pour un diagnostic d'insuffisance cardiaque ou une aggravation de la maladie devrait survenir dans les deux semaines suivant le congé de l'hôpital, afin d'éviter les réhospitalisations fréquentes chez cette clientèle, et un suivi devrait être assuré tous les trois à six mois lorsque la maladie est considérée comme stable (SCC, 2014). ■

L'auteur



Jean-Dominic Rioux est infirmier praticien spécialisé (IPS) en cardiologie. Il pratique au CIUSSS de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Il est également moniteur clinique au baccalauréat en sciences biomédicales de l'Université de Sherbrooke. Il agit comme

conférencier pour Servier et Novartis et est consultant clinique pour le compte de Novartis.

Bibliographie

Amgen. « FDA approves Corlanor® (ivabradine) to reduce the risk of hospitalization for worsening heart failure in patients with chronic heart failure » (communiqué), 15 avril 2015. En ligne : <http://www.amgen.com/media/featured-news/2015/04/fda-approves-corlanor-ivabradine/>
 Dickstein, K., A. Cohen-Solal, G. Filippatos, J.J. McMurray, P. Ponikowski, P.A. Poole-Wilson *et al.* « ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008: the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008 of the European Society of Cardiology. Developed in collaboration with the Heart Failure Association of the ESC (HFA)

and endorsed by the European Society of Intensive Care Medicine (ESICM) », *European Journal of Heart Failure*, vol. 10, n° 10, oct. 2008, p. 933-989.

Flather, M.D., M.C. Shibata, A.J. Coats, D.J. Van Veldhuisen, A. Parkhomenko, J. Borbola *et al.* « Randomized trial to determine the effect of nebivolol on mortality and cardiovascular hospital admission in elderly patients with heart failure (SENIORS) », *European Heart Journal*, vol. 26, n° 3, févr. 2005, p. 215-225.

Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada (Cœur et AVC).

« L'insuffisance cardiaque et vous. Cette dernière étape du parcours douloureux et dégénératif des maladies du cœur fait de plus en plus de victimes » (communiqué), 2 févr. 2016. En ligne : <http://blogue.fmcoeur.ca/2016/02/insuffisance-cardiaque-et-vous/>

Hjalmarson, Å. « Heart rate: an independent risk factor in cardiovascular disease », *European Heart Journal Supplements*, vol. 9, n° Suppl F, sept. 2007, p. F3-F7. En ligne : <https://doi.org/10.1093/eurheartj/sum030>

Kjekshus, J.K. « Importance of heart rate in determining beta-blocker efficacy in acute and long-term acute myocardial infarction intervention trials », *American Journal of Cardiology*, vol. 57, n° 12, 25 avril 1986, p. 43f-49f.

Metra, M., C. Torp-Pedersen, K. Swedberg, J.G. Cleland, A. Di Lenarda, M. Komajda *et al.* « Influence of heart rate, blood pressure, and beta-blocker dose on outcome and the differences in outcome between carvedilol and metoprolol tartrate in patients with chronic heart failure: results from the COMET trial », *European Heart Journal*, vol. 26, n° 21, nov. 2005, p. 2259-2268.

New York Heart Association (NYHA). *Diseases of the Heart and Blood Vessels. Nomenclature and Criteria for Diagnosis* (6^e éd.), Boston, Little, Brown and Co., 1964, p. 114. Cité in American Heart Association, « Classes of heart failure ». En ligne : http://www.heart.org/HEARTORG/Conditions/HeartFailure/AboutHeartFailure/Classes-of-Heart-Failure_UCM_306328_Article.jsp#.WW0rhYtYtHE

Palatini, P., A. Benetos et S. Julius. « Impact of increased heart rate on clinical outcomes in hypertension: implications for antihypertensive drug therapy », *Drugs*, vol. 66, n° 2, févr. 2006, p. 133-144.

Servier Canada. *Monographie de produit incluant les renseignements pour le patient sur le médicament*, 6 mars 2017, 47p. En ligne : http://www.servier.ca/sites/default/files/webform/produits/PM_LANCORA_French_March%206%2C%202017.pdf?ts=1491794688

Société canadienne de cardiologie (SCC). *Est-ce de l'insuffisance cardiaque et que dois-je faire?*, Ottawa (ON), SCC, 2014, 22 p. En ligne : https://www.ccs.ca/images/Guidelines/PocketGuides_EN/HF_Gui_2014_PG_FR.PDF

Swedberg, K., M. Komajda, M. Bohm, J.S. Borer, I. Ford, A. Dubost-Brama *et al.* « Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): A randomised placebo-controlled study », *The Lancet*, vol. 376, n° 9744, 11 sept. 2010, p. 875-885. En ligne : <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2810%2961198-1/abstract>

à cause DES GENS

Une carrière à Montfort,
centrée sur la personne

 **Montfort**

Postulez maintenant au hopitalmontfort.com/emplois



Lisez les articles

- **La capnographie**
- **Nouvelles recommandations pour la prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse**

Répondez aux questionnaires pour valider vos acquis et cumulez des heures de formation continue (2-ACFA par article).

ARTICLE-QUESTIONNAIRE : COMMENT FAIRE?

> Rendez-vous sur la page d'accueil du site de formation continue de l'OIIQ, mistral.oiiq.org, pour accéder au questionnaire.

> À chaque parution, *Perspective infirmière* propose deux articles-questionnaires. Retrouvez tous les articles-questionnaires déjà parus en visitant mistral.oiiq.org/questionnaire.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

La capnographie

Outil de surveillance clinique de l'état respiratoire du patient en soins critiques

Par **Daniel Milhomme**, inf., Ph. D., **Dominique Beaulieu**, inf., Ph. D., et **Frédéric Douville**, inf., Ph. D.



© www.hamilton-medical.com (reproduction autorisée)

Objectifs pédagogiques

- Connaître les indications courantes de la capnographie
- Décrire les phases de la courbe de capnographie et reconnaître une courbe normale
- Nommer les différentes sources de données auxquelles l'infirmière peut se référer lorsqu'elle surveille l'état respiratoire d'un patient aux soins intensifs
- Énumérer des conditions pouvant modifier les valeurs de pression artérielle en dioxyde de carbone (PaCO_2) et la valeur du CO_2 en fin d'expiration (EtCO_2)

La capnographie est utilisée depuis longtemps pour l'anesthésie générale en salle d'opération. De nos jours, on l'emploie aussi pour les patients soumis à une sédation moins profonde, aux patients à l'unité des soins intensifs, au service des urgences, et parfois même en soins préhospitaliers. Le capnographe est l'appareil qui permet de mesurer le dioxyde de carbone (CO_2) en fin d'expiration. Il affiche les résultats sous forme graphique et numérique. Le présent article décrit les principaux avantages du système de surveillance respiratoire par capnographie en vue de faciliter la détection précoce d'une modification de l'état de santé du patient.

Cas clinique : M^{me} Brisson

La patiente, M^{me} Brisson, est hospitalisée aux soins intensifs pour une difficulté respiratoire. Intubée et ventilée, elle présentait, jusqu'à tout récemment, un état généralement stable. Depuis que l'infirmière a augmenté le niveau de sédation, la patiente est calme, mais une augmentation du CO_2 expiré est observée à la capnographie. Au moniteur, une légère hypertension ainsi qu'une tachycardie ont aussi fait leur apparition. Que se passe-t-il? Comment interpréter ces changements dans l'état clinique?

Tableau 1 Conséquences des variations du CO₂ dans l'organisme

Hausse du CO ₂	Baisse du CO ₂
■ Augmentation de la fréquence et de l'amplitude respiratoire (McKinley <i>et al.</i>, 2014) ■ Augmentation de la fréquence cardiaque et vasoconstriction systémique (p. ex., hausse de la tension artérielle)* (Marieb, 2015) ■ Vasodilatation cérébrale (p. ex., hausse de la pression intracrânienne) (Casey, 2015) ■ Acidose respiratoire pouvant causer une dépression du système nerveux central (p. ex., désorientation, coma) (Tortora, 2007) * Certaines contradictions ont été observées dans la littérature quant à l'effet d'une hausse du CO₂ sur le système vasculaire systémique.	■ Diminution de la fréquence et de l'amplitude respiratoire (McKinley <i>et al.</i>, 2014) ■ Vasoconstriction cérébrale pouvant réduire l'apport en oxygène au cerveau (p. ex., étourdissements, pertes de conscience, fourmillements, spasmes musculaires involontaires des mains et du visage) (McKinley <i>et al.</i>, 2014; Marieb, 2015) ■ Alcalose respiratoire pouvant provoquer une surexcitation des systèmes nerveux central et périphérique (p. ex., nervosité, spasmes musculaires, convulsions) (Tortora, 2007)

La capnographie désigne la mesure et la représentation graphique de la concentration en dioxyde de carbone (CO₂) dans l'air au moment de l'inspiration et de l'expiration du patient (Thomas *et al.*, 2014). Parfois nommée « capnogramme », elle permet d'évaluer la fonction respiratoire et, indirectement, la fonction hémodynamique de manière continue et non effractive (Jabre *et al.*, 2010).

Dans les unités de soins critiques, la capnographie est largement utilisée pour assurer le bon positionnement de la sonde d'intubation dans la trachée ou détecter précocement différents problèmes comme l'embolie pulmonaire, la crise d'asthme sévère ou la diminution du débit cardiaque (Jabre *et al.*, 2010). Son utilisation est recommandée dans les nouvelles lignes directrices de soins avancés en réanimation (Link *et al.*, 2015). Des études ont d'ailleurs démontré une sensibilité et une spécificité appropriées de la capnographie pour déterminer l'emplacement du tube endotrachéal (Link *et al.*, 2015), évaluer la diminution du taux de CO₂ expiré en cas d'arrêt cardiaque récent ou surveiller un patient sous sédation (Jabre *et al.*, 2010). Ortega *et al.* (2012) précisent pour leur part que la capnographie est utile pour collecter des informations relatives à l'état métabolique et respiratoire du patient.

Tableau 2 Indications courantes de la capnographie

■ Pour assurer la surveillance de la vidange alvéolaire (p. ex., asthme) ■ Pour assurer la surveillance d'un patient sous sédation consciente ■ Pour détecter l'insertion dans l'œsophage d'un tube endotrachéal ■ Pour détecter l'insertion dans les voies aériennes d'une sonde gastrique ■ Pour déterminer le pronostic et la qualité d'une réanimation cardiorespiratoire (c.-à-d. surveillance du débit sanguin) ■ Pour réduire l'utilisation des gaz artériels et les coûts liés aux radiographies ■ Pour détecter un espace mort physiologique (p. ex., embolie pulmonaire, diminution du débit cardiaque) ■ Pour le sevrage d'un ventilateur mécanique ou pour détecter un débranchement du ventilateur mécanique
--

Source : Johnson *et al.*, 2011.

Le CO₂ : origine, transport et élimination

Avant d'interpréter la mesure et la représentation graphique de la capnographie, il convient de comprendre le mécanisme de transport et les échanges de CO₂ qui se produisent au cours du processus respiratoire. Le dioxyde de carbone est un produit du métabolisme cellulaire (Tarini, 2014a) qui est acheminé des cellules vers les capillaires sanguins.

Le dioxyde de carbone est transporté dans le sang sous trois formes (McKinley *et al.*, 2014) :

- dissous dans le plasma (environ 7 %);
- lié à l'hémoglobine sous forme de carbhémoglobine, ou HbCO₂ (environ 23 %);
- converti en ions bicarbonates (HCO₃⁻) (environ 70 %).

Indépendamment des formes qu'il adopte pendant son transport, le CO₂ est acheminé dans le sang en direction du côté droit du cœur par le réseau veineux systémique. De là, il est pompé dans la circulation artérielle pulmonaire vers les capillaires pulmonaires. Il passe par la suite à travers la membrane alvéolocapillaire jusqu'aux alvéoles grâce aux différences de pressions partielles entre les capillaires et les alvéoles. Il est ensuite éliminé dans l'atmosphère pendant l'expiration (McKinley *et al.*, 2014). L'efficacité de la diffusion du CO₂ à travers la membrane alvéolocapillaire dépend des caractéristiques de cette membrane, notamment de son épaisseur et de l'étendue de sa surface (McKinley *et al.*, 2014). L'intérêt pour le CO₂ n'est pas nouveau, car une variation de sa concentration dans le sang peut entraîner des conséquences physiologiques importantes pour le patient (**Tableau 1**).

Système aspiratif et système non aspiratif

En clinique, il existe principalement deux types de technologie servant à mesurer l'élimination du CO₂ à l'expiration, soit le système aspiratif (*side stream*) et le système non aspiratif (*main stream*). Le système aspiratif mesure le dioxyde de carbone à partir d'un échantillon de gaz aspiré dans un appareil pour être ensuite analysé. Le système non aspiratif, quant à lui, mesure directement le flux gazeux à partir d'un capteur infrarouge situé à l'extrémité du tube endotrachéal chez le patient intubé et ventilé. Chez le patient non intubé, un capteur est installé à même un masque ou une canule nasale.

Une troisième technologie de flux latéral (*microstream*) est également offerte tant pour les patients intubés que non intubés, mais elle est actuellement peu utilisée en milieu clinique au Québec. Cette technologie a l'avantage d'utiliser un faible débit d'échantillonnage dans la mesure des valeurs de CO₂ (Zwerneman, 2006).

La capnographie en soins critiques

En soins critiques, la capnographie est surtout utilisée chez les patients intubés en raison de leur instabilité, mais comme nous l'avons indiqué précédemment, on peut aussi y avoir recours pour des patients non intubés. Johnson *et al.* (2011) ont dressé une liste des indications courantes de la capnographie (**Tableau 2**).

Lorsqu'elle évalue le CO₂ expiré, l'infirmière en soins critiques s'appuie sur deux éléments importants, soit la capnographie qui trace la courbe de CO₂ expiré ainsi que la capnométrie (**Figure 1**) qui représente la valeur numérique de la concentration de CO₂ en fin d'expiration (EtCO₂ pour *End-tidal CO₂*) (Brochard *et al.*, 2008; Gravenstein, 2011).

Pour les patients non intubés

Au cours des dernières décennies, on a observé une augmentation du nombre de traitements médicaux requérant une sédation-analgésie réalisés à l'extérieur des salles d'opération (Kodali, 2013). Ces traitements sont parfois effectués sur des patients non intubés, particulièrement dans les services de soins intensifs, d'urgence, d'endoscopie, de radiologie ou d'électrophysiologie. La capnographie réalisée hors des salles d'opération, dite non effractive, permet d'obtenir un échantillonnage concomitant de CO₂ et d'O₂ (oxygène) grâce à l'emploi d'une canule nasale (Krauss et Hess, 2007).

Dans le cas de la plupart des actes médicaux avec sédation et analgésie, le médicament prescrit est administré par une infirmière, alors que c'est un médecin qui effectue le traitement. Considérant que la sédation-analgésie peut entraîner une hypoxie et une hypercapnie, le *Guide d'exercice de l'anesthésie* (Kodali, 2013) et *La sédation-analgésie – Lignes directrices* précisent clairement ceci : « Le monitoring du CO₂ permet d'identifier précocement les complications telles la sédation excessive, l'hypoventilation et l'apnée, en plus de permettre de mieux contrôler le niveau de sédation en fonction de l'intervention diagnostique ou thérapeutique réalisée » (CMQ/OIIQ/OPIQ, 2015). À ce sujet, les résultats de l'étude de McCarter *et al.* (2008) ont montré que la capnographie était plus efficace que la saturométrie

Tableau 3 Paramètres de la surveillance clinique pendant une coloscopie réalisée sous sédation-analgésie

- Capnographie
- Monitoring cardiaque
- Niveau de sédation (état de conscience)
- Pouls
- Pression artérielle
- Saturation en oxygène
- Respiration (fréquence, amplitude et rythme)
- Douleur

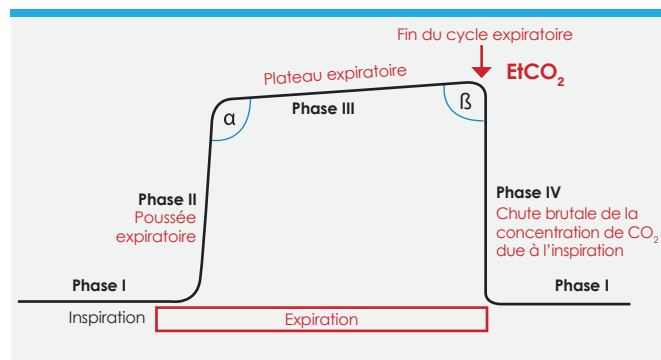
Source : OIIQ, 2016.

Tableau 4 Qu'est-ce que l'espace mort?

L'espace mort correspond à l'espace des voies aériennes qui ne participe pas aux échanges gazeux. On en distingue trois types :

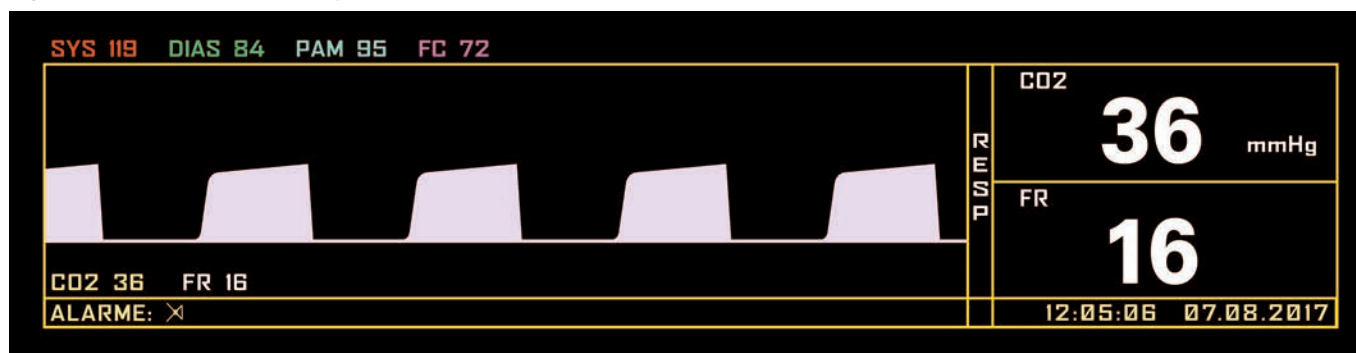
- L'espace mort anatomique, qui désigne les bronches, la trachée et les voies aériennes supérieures (Stacy, 2014a).
- L'espace mort physiologique, attribuable à une anomalie de la perfusion sanguine au niveau alvéolocapillaire comme celle pouvant se produire lors d'une embolie pulmonaire (Stacy, 2014b).
- L'espace mort de l'appareil, dû à l'appareillage de ventilation mécanique, par exemple au tube endotrachéal ou aux canalisations du ventilateur (Schmalisch, 2011).

Figure 2 Phases de la capnographie normale



Source : Manifold *et al.*, 2013.

Figure 1 Exemple de capnographie



pour détecter précocement la dépression respiratoire chez les patients recevant de l'oxygène. Malgré toute l'importance accordée à la capnographie dans la documentation scientifique, il n'en demeure pas moins que l'infirmière qui assure la surveillance clinique d'un patient sous sédation-analgésie doit également porter une attention particulière à un ensemble de paramètres (**Tableau 3**) (OIIQ, 2016).

Pour les patients intubés

L'Intensive Care Society (ICS) recommande l'utilisation de la capnographie en continu pour tous les patients intubés et ventilés dans les unités de soins intensifs (Thomas *et al.*, 2014). Dans ce cas, la capnographie est proposée afin de guider et confirmer le bon positionnement de la sonde d'intubation dans la trachée (Link *et al.*, 2015; Thomas *et al.*, 2014; Whitaker, 2011), d'assurer la gestion adéquate de la ventilation mécanique et de monitorer la réanimation cardiorespiratoire (Walsh *et al.*, 2011).

Interprétation de la capnographie et de la capnométrie

Une capnographie (capnogramme) normale montre une courbe dont la forme de l'onde est presque carrée et qui oscille au même rythme que la fréquence respiratoire du patient (Ortega *et al.*, 2012) (**Figure 2**). Cette courbe est créée en fonction du temps et varie selon l'inspiration et l'expiration. La capnographie comporte quatre phases :

Phase I

Elle correspond à l'inspiration et au début de l'expiration alors que se produit la vidange de l'espace mort anatomique ou de l'appareil, c'est-à-dire l'espace où il n'y a pas d'échange gazeux (**voir Tableau 4**).

Phase II

L'expiration entraîne une augmentation importante de la concentration de CO_2 en raison de la vidange des alvéoles. À la fin de la phase II et au début de la phase III, l'angle alpha (α) est d'environ 100 à 110 degrés (Lucangelo *et al.*, 2011). Par contre, ce dernier risque de devenir plus obtus en cas de pathologie respiratoire obstructive qui gêne l'élimination du CO_2 à l'expiration (Kirby, 2011), par exemple lors d'une crise d'asthme (Jabre *et al.*, 2010).

Phase III

Le plateau alvéolaire prend forme en raison de la vidange des alvéoles les moins bien ventilées. C'est à la fin de la phase III que l'Et CO_2 (valeur du CO_2 en fin d'expiration) est mesurée et qu'elle apparaît à la capnométrie. À ce moment, l'angle bêta (β) créé à la fin de la phase III et au début de la phase IV est d'environ 90 degrés, mais ce dernier risque d'augmenter en cas de réinhalation de CO_2 puisque la courbe descendante sera moins verticale si le patient réinhalait le CO_2 expiré (Kirby, 2011).

Le regroupement de différentes données permet à l'infirmière de dresser un portrait global de la situation du patient.

Figure 3 Courbe d'hypoventilation (Manifold *et al.*, 2013).



Hypoventilation résultant de la dépression du système nerveux central. On peut observer les niveaux croissants de CO_2 en fin d'expiration (Et CO_2) et l'onde qui conserve sa morphologie normale.

Phase IV

L'inspiration provoque une chute brutale de la courbe de dioxyde de carbone étant donné la quasi-absence de CO_2 dans l'atmosphère. Une courbe qui ne revient pas à zéro à la fin de cette phase peut indiquer qu'il y a une réinhalation de CO_2 (Ortega *et al.*, 2012).

Les variations du taux de CO_2 et ses causes

Dans des conditions normales et en l'absence de pathologie pulmonaire, la capnométrie donne un bon aperçu de la valeur de la pression artérielle partielle en CO_2 (PaCO_2), inférieure de 2 à 5 mmHg à la valeur sanguine (Jabre *et al.*, 2010). Dans le cas d'une pathologie pulmonaire qui augmente l'espace mort physiologique (p. ex., emphysème pulmonaire), la capnographie et la capnométrie risquent d'être perturbées au point où une gazométrie du sang artériel est nécessaire pour obtenir une mesure fiable de la PaCO_2 ; dans ce dernier cas, le gradient s'accroît au fur et à mesure que l'espace mort augmente (Ortega *et al.*, 2012).

La surveillance clinique de M^{me} Brisson

L'infirmière, attentive aux données de la capnographie de cette patiente, note une modification de la courbe. L'hypoventilation montre une légère modification de l'amplitude de la courbe avec une ligne de base constante (**Figure 3**). Pourtant, la valeur de saturométrie montre une saturation pulsatile en oxygène (SpO_2) à 96 %, ce qui semble adéquat compte tenu de la situation. Au moniteur, un rythme cardiaque sinusal à 92 battements/min et une pression artérielle de 160/80 mmHg sont observés, ce qui montre une légère modification des paramètres cliniques habituellement observés chez M^{me} Brisson. En plus de lui permettre de constater des modifications de sa fréquence cardiaque et de sa pression artérielle, la vigilance de l'infirmière l'amène à ausculter les plages pulmonaires de la patiente, ainsi qu'à vérifier la fréquence, l'amplitude et le rythme de sa respiration. Constatant l'ensemble de la situation, l'infirmière en avise le médecin qui lui demande alors de faire un prélèvement à la canule artérielle afin de confirmer l'augmentation de la valeur de PaCO_2 ainsi qu'une perturbation du pH sanguin. Dans le cas de M^{me} Brisson, la capnographie en combinaison avec d'autres observations cliniques a permis de détecter précocement l'hypoventilation alvéolaire, fort probablement liée à l'augmentation du niveau de sédation de la patiente et à un réglage inapproprié des paramètres de ventilation mécanique.

Bien que les appareils soient utiles pour détecter précocement une modification de l'état de santé d'un patient, il reste que la vigilance de l'infirmière à l'égard de toute modification demeure la clé de voûte pour assurer la sécurité du patient.

Plusieurs facteurs influencent la valeur de la PaCO_2 et conséquemment celle de l' EtCO_2 . Ces facteurs sont le métabolisme, la perfusion, la ventilation, l'arbre trachéobronchique et le circuit respiratoire (Jabre *et al.*, 2010; Johnson *et al.*, 2011).

Le **Tableau 5** présente des exemples de situations liées à des modifications de ces facteurs et leur impact à la fois sur le CO_2 au niveau artériel (PaCO_2) et sur le CO_2 expiré (EtCO_2).

Miser sur le regroupement des données cliniques

La combinaison des différentes données permet à l'infirmière de dresser un portrait global de la situation du patient. Outre les différentes manifestations physiologiques que peut présenter ce dernier et auxquelles l'infirmière doit rester vigilante par l'utilisation de ses sens (vue, ouïe, toucher et odorat), il reste que l'infirmière en soins critiques a tout avantage à utiliser les données technologiques, dont celles liées à la capnographie si elles sont disponibles.

Prises seules, les données liées à la capnographie donnent un aperçu de la ventilation et de la perfusion pulmonaire d'un patient, mais l'infirmière a tout intérêt à regrouper plusieurs observations pour expliquer physiologiquement la variation observée à la capnographie. Par exemple, la capnographie peut se révéler utile pour confirmer l'intubation endotrachéale, mais n'informe pas sur le positionnement adéquat du tube endotrachéal par rapport à la carène, comme peut le faire une radiographie pulmonaire (Ortega *et al.*, 2012).

Contrairement à la saturométrie, la capnographie ne donne pas d'information précise sur l'oxygénation du patient. Alors que la saturométrie mesure en continu la valeur de l'oxyhémoglobine dans le sang, la capnographie s'intéresse à celle du dioxyde de carbone. Par conséquent, une hypoxémie peut survenir même en présence d'une capnographie normale (Ortega *et al.*, 2012), d'où l'intérêt de combiner la saturométrie et la capnographie.

Tableau 5 Exemples de facteurs qui agissent sur la quantité de CO_2 sanguin et expiré

Facteur d'influence	PaCO_2	Exemples	EtCO_2
Métabolisme (ensemble des réactions chimiques qui se déroulent à l'intérieur des cellules) (Marieb <i>et al.</i> , 2015)	↑	Une augmentation de l'activité métabolique accroît le taux de CO_2 sanguin (p. ex., lors d'une activité physique, d'une fièvre, d'une infection, de convulsions) (Casey, 2015; Willner et Weissman, 2011).	↑ ¹⁻²
Perfusion (circulation sanguine dans les capillaires pulmonaires)	↑	Certaines maladies ou pathologies qui réduisent la circulation sanguine au niveau pulmonaire peuvent nuire ou empêcher les échanges gazeux provoquant ainsi une augmentation du CO_2 emprisonné dans le sang : p. ex., l'embolie pulmonaire, (McKinley <i>et al.</i> , 2014; Casey, 2015), l'hypovolémie, l'hémorragie (Johnson <i>et al.</i> , 2011), l'hypotension, la diminution du débit cardiaque, l'insuffisance cardiaque et l'arrêt cardiaque (Casey, 2015).	↓ ³⁻⁵
Ventilation (processus d'inspiration et d'expiration) (Eisel, 2016)	↑	L' hypoventilation favorise l'accumulation du CO_2 sanguin. Les causes possibles sont la restriction de l'amplitude respiratoire : p. ex., l'obésité (Jabre <i>et al.</i> , 2010), l'ascite, les fractures de côtes (Mathers, 2016), l'altération de la commande nerveuse causée par un traumatisme crânien, un accident vasculaire du tronc cérébral ou une myasthénie (Jabre <i>et al.</i> , 2010), la surdose d'opiacés (Pattinson, 2008), ou des paramètres de ventilation mécanique insuffisants (c.-à-d. volume courant ou fréquence respiratoire trop faibles) (Fox, 2009).	↑ ³
	↓	L' hyperventilation : des conditions telles que l'anxiété, la peur, la douleur, des paramètres de ventilation mécanique trop élevés (Johnson <i>et al.</i> , 2011), la surdose d'acideacétylsalicylique qui stimule le centre respiratoire, l'hypoxémie causée par l'anémie ou l'ascension en haute montagne (Tarini, 2014b) auront pour effet de réduire la quantité de CO_2 sanguin.	↓ ³⁻⁵
Arbre trachéobronchique incluant la membrane alvéolocapillaire	↑	Certaines conditions ou pathologies affectant l'arbre trachéobronchique peuvent nuire à l'efficacité des échanges gazeux et entraîner une augmentation du CO_2 emprisonné dans l'organisme et conséquemment une baisse du CO_2 expiré (McKinley <i>et al.</i> , 2014).	↓ ⁵⁻⁶
Circuit respiratoire (désigne le circuit de ventilation mécanique)	↑	Un circuit ventilatoire défaillant peut nuire à l'élimination du CO_2 et donc en augmenter la valeur sanguine (p. ex., débranchement du circuit ventilatoire, tube endotrachéal coudé, intubation endobronchique) (Thompson et Craig, 2011).	↓ ⁴⁻⁷

1 Maiden, 2014; 2 Willner et Weissman, 2011; 3 Casey, 2015; 4 Jabre *et al.*, 2010; 5 Johnson *et al.*, 2011; 6 Scherer *et al.*, 2011; 7 Thompson et Craig, 2011.

En soins critiques, la capnographie est surtout utilisée chez les patients intubés, en raison de leur instabilité, mais on peut aussi y avoir recours pour les patients non intubés.

D'autres instruments, comme le stéthoscope, peuvent aussi être utiles pour évaluer la présence et la qualité du mouvement de l'air dans l'arbre bronchique, bien que celui-ci fournisse peu d'information sur la relation entre la ventilation et la perfusion (Johnson *et al.*, 2011). Il y a donc des avantages à regrouper les différentes sources de données pour assurer une surveillance clinique appropriée du patient en phase critique, comme l'a fait l'infirmière responsable de M^{me} Brisson (voir « La surveillance clinique de M^{me} Brisson » en page 56).

L'infirmière qui assure la surveillance clinique de l'état respiratoire du patient veillera donc à utiliser l'auscultation pulmonaire, la saturométrie, la capnographie et la gazométrie du sang artériel pour avoir une vue d'ensemble adéquate de l'état respiratoire du patient. Elle portera aussi une attention particulière aux alarmes qu'elle règle sur les appareils de monitoring afin d'être avisée rapidement de l'apparition d'une valeur anormale, notamment d'une donnée qui peut apparaître à la capnographie.

Bibliographie

- Brochard, L., A. Mercat et J.C.M. Richard. *Ventilation artificielle : de la physiologie à la pratique*, Paris, Elsevier Masson, 2008, 336 p.
- Casey, G. « Capnography: monitoring CO₂ », *Nursing New Zealand*, vol. 21, n° 9, oct. 2015, p. 20-24.
- Collège des médecins du Québec (CMQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec (OPIQ). *La sédation – analgésie. Lignes directrices*, Montréal, CMQ/OIIQ/OPIQ, 2015, 70 p. En ligne : https://www.oiiq.org/sites/default/files/2440-sedation-analgésie_0.pdf
- Eisel, S.J. « Système respiratoire », in: S.L. Lewis, S.R. Dirksen, M.M. Heitkemper, L. Bucher et I.M. Camera (ss la dir. de), *Soins infirmiers. Médecine–Chirurgie* (2^e éd.), Montréal, Chenelière Éducation, 2016, p. 180-215.
- Fox, L.K., M.C. Flegal et S.M. Kuhlman. « Principles of anesthesia monitoring–capnography », *Journal of Investigative Surgery*, vol. 22, n° 6, nov./déc. 2009, p. 452-454.
- Gravenstein, J.S. « Clinical perspectives », in J.S. Gravenstein, M.B. Jaffe, N. Gravenstein et D.A. Paulus (ss la dir. de), *Capnography* (2^e éd.), Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2011, p. 1-8.
- Jabre, P., X. Combes et F. Adnet. « Place de la surveillance de la capnographie dans les détresses respiratoires aiguës », *Réanimation*, vol. 19, n° 7, nov. 2010, p. 633-639.
- Johnson, A., D. Schweitzer et T. Ahrens. « Time to throw away your stethoscope? – Capnography: evidence-based patient monitoring technology », *Journal of Radiology Nursing*, vol. 30, n° 1, mars 2011, p. 25-34.
- Kirby, R.R. « Capnography and respiratory assessment outside of the operating room », in J.S. Gravenstein, M.B. Jaffe, N. Gravenstein et D.A. Paulus (ss la dir. de), *Capnography* (2^e éd.), Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2011, p. 11-18.
- Kodali, B.S. « Capnography outside the operating rooms », *Anesthesiology*, vol. 118, n° 1, janv. 2013, p. 192-201.
- Krauss, B. et D.R. Hess. « Capnography for procedural sedation and analgesia in the emergency department », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 50, n° 2, août 2007, p. 172-181.
- Link, M., L. Berkow, P. Kudenchuk, H. Halperin, E. Hess, V. Moitra *et al.* « Part 7: Adult advanced cardiac life support–2015 AHA Guidelines Update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care », *Circulation*, vol. 132, n° 18, suppl. 2, 3 nov. 2015, p. S444-S464. En ligne : http://circ.ahajournals.org/content/132/18_suppl_2/S444.full.pdf?download=true
- Lucangelo, U., A. Gullo, F. Bernabè et L. Blanch. « Capnographic measures », in J.S. Gravenstein, M.B. Jaffe, N. Gravenstein et D.A. Paulus (ss la dir. de), *Capnography* (2^e éd.), Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2011, p. 329-339.
- Maiden, J.M. « Examens paracliniques du système respiratoire », in L.D. Urden, K.M. Stacy et M.E. Lough (ss la dir. de), *Soins infirmiers. Soins critiques*, Montréal, Chenelière Éducation, 2014, p. 572-587.
- Manifold, C.A., N. Davids, L.C. Villers et D.A. Wampler. « Capnography for the nonintubate patient in the emergency setting », *Journal of Emergency Medicine*, vol. 45, n° 4, oct. 2013, p. 626-632.
- Marieb, E.N., K. Hoehn, L. Moussakova et R. Lachaine. « Anatomie et physiologie humaines » (5^e éd.), Éditions du Nouveau pédagogique, Saint-Laurent (QC), 2015, 1470 p.
- Mathers, D.M. « Troubles des voies respiratoires inférieures », in S.L. Lewis, S.R. Dirksen, M.M. Heitkemper, L. Bucher et I.M. Camera (ss la dir. de), *Soins infirmiers. Médecine–Chirurgie* (2^e éd.), Montréal, Chenelière Éducation, 2016, p. 256-319.
- McCarter, T., Z. Shaik, K. Scarfo et L.J. Thompson. « Capnography monitoring enhances safety of postoperative patient-controlled analgesia », *American Health and Drug Benefits*, vol. 1, n° 5, juin 2008, p. 28-35.

En conclusion

La capnographie est l'une des sources importantes de données qui peut aider l'infirmière à assurer une surveillance clinique adéquate de l'état respiratoire d'un patient en phase critique. Bien que l'appareillage soit utile pour déceler précocement une modification de l'état de santé d'un patient, il reste que la vigilance de l'infirmière à l'égard de toute modification demeure la clé de voûte pour assurer la sécurité du patient. ■

Cet article est accompagné d'un post-test en ligne donnant droit à des heures admissibles dans la catégorie formation accréditée. Il est en ligne sur la plateforme de téléapprentissage Mistral.



Les auteurs



Daniel Milhomme est directeur du Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR) et professeur en soins critiques à l'UQAR, campus de Lévis. Il est titulaire d'un doctorat en sciences infirmières de l'Université Laval.



Dominique Beaulieu est professeure en soins critiques au Département des sciences infirmières de l'UQAR, campus de Lévis. Elle est titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières et d'un doctorat en santé communautaire de l'Université Laval.



Frédéric Douville est professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval. Il est titulaire d'une maîtrise en sciences infirmières et d'un doctorat en santé communautaire de l'Université Laval.

- McKinley, M.P., V.D. O'Loughlin et T.S. Bidle. « Le système respiratoire », in M.P. McKinley, V.D. O'Loughlin et T.S. Bidle (ss la dir. de), *Anatomie et physiologie. Une approche intégrée*, Montréal, Chenelière Éducation, 2014, p. 1052-1118.
- Merchant, R., D. Chartrand, S. Dain, G. Dobson, M.M. Kurrek, A. Lagacé *et al.* « Guidelines to the practice of anesthesia-Revised edition 2016 », *Canadian Journal of Anaesthesia*, vol. 63, n° 1, janv. 2016, p. 86-112.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Lignes directrices sur les soins infirmiers en coloscopie chez l'adulte* (2^e éd.), Montréal, OIIQ, 2016. En ligne : <http://www.oiiq.org/sites/default/files/2465-lignes-directrices-coloscopie-web.pdf>
- Ortega, R., C. Connor, S. Kim, R. Djang et K. Patel. « Monitoring ventilation with capnography », *New England Journal of Medicine*, vol. 367, n° 19, 8 nov. 2012, p. e27.
- Pattinson, K.T. « Opioids and the control of respiration », *British Journal of Anaesthesia*, vol. 100, n° 6, juin 2008, p. 747-758.
- Scherer, P.W., J.W. Huang et K. Zhao. « Capnography and the single-path model applied to cardiac output recovery and airway structure and function », in J.S. Gravenstein, M.B. Jaffe, N. Gravenstein et D.A. Paulus (ss la dir. de), *Capnography* (2^e éd.), Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2011, p. 347-359.
- Schmalisch, G. « Neonatal monitoring », in J.S. Gravenstein, M.B. Jaffe, N. Gravenstein et D.A. Paulus (ss la dir. de), *Capnography* (2^e éd.), Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2011, p. 80-95.
- Stacy, K.M. « Anatomie et physiologie du système respiratoire », in L.D. Urden, K.M. Stacy et M.E. Lough (ss la dir. de), *Soins infirmiers. Soins critiques*, Montréal, Chenelière Éducation, 2014a, p. 534-555.
- Stacy, K.M. « Troubles respiratoires », in L.D. Urden, K.M. Stacy et M.E. Lough (ss la dir. de), *Soins infirmiers. Soins critiques*, Montréal, Chenelière Éducation, 2014b, p. 588-630.
- Tarini, L. « L'énergie, les réactions chimiques et la respiration cellulaire », in M.P. McKinley, V.D. O'Loughlin et T.S. Bidle (ss la dir. de), *Anatomie et physiologie. Une approche intégrée*, Montréal, Chenelière Éducation, 2014a, p. 83-120.
- Tarini, L. « Les liquides, les électrolytes et l'équilibre acidobasique », in M.P. McKinley, V.D. O'Loughlin et T.S. Bidle (ss la dir. de), *Anatomie et physiologie. Une approche intégrée*, Montréal, Chenelière Éducation, 2014b, p. 1172-1210.
- Thomas, A.N., D.J.R. Harvey et T. Hurst. *Standards for Capnography in Critical Care*, Londres (UK), Intensive Care Society, 2014, 32 p. En ligne : https://www.medacx.co.uk/sites/default/files/product-pdfs/capnography_standards_for_critical_care_1.pdf
- Thompson, J. et N. Craig. « Monitoring during mechanical ventilation », in J.S. Gravenstein, M.B. Jaffe, N. Gravenstein et D.A. Paulus (ss la dir. de), *Capnography* (2^e éd.), Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2011, p. 54-62.
- Tortora, G.J. et B. Derrickson. *Principes d'anatomie et de physiologie* (2^e éd.), Saint-Laurent, Éditions du Nouveau pédagogique, 2007, 1121 p.
- Walsh, B.K., D.N. Crotwell et R.D. Restrepo. « Capnography/Capnometry during mechanical ventilation: 2011 », *Respiratory Care*, vol. 56, n° 4, avril 2011, p. 503-509.
- Willner, D. et C. Weissman. « Carbon dioxide production, metabolism and anesthesia », in J.S. Gravenstein, M.B. Jaffe, N. Gravenstein et D.A. Paulus (ss la dir. de), *Capnography* (2^e éd.), Cambridge (UK), Cambridge University Press, 2011, p. 239-249.
- Whitaker, D.K. « Time for capnography–everywhere », *Anaesthesia*, vol. 66, n° 7, juill. 2011, p. 544-549.
- Zwernekan, K. « End-tidal carbon dioxide monitoring: a VITAL sign worth watching », *Critical Care Nursing Clinics of North America*, vol. 18, n° 2, juin 2006, p. 217-225.

L'anorexie mentale réfractaire

Que faire quand les traitements échouent?

Par **Fethi Boudebza**, inf., B. Sc., M. Sc. (c.)

Julie, âgée de 28 ans, a reçu à l'adolescence un diagnostic d'anorexie mentale de type accès hyperphagiques/purgatifs. Leur fille étant hospitalisée pour la septième fois et ayant frôlé la mort à maintes reprises, ses parents s'inquiètent beaucoup de l'aspect réfractaire de la maladie. Plusieurs traitements et approches thérapeutiques ont été tentés auprès d'elle, sans succès. Julie rechute peu de temps après ses congés de l'hôpital.

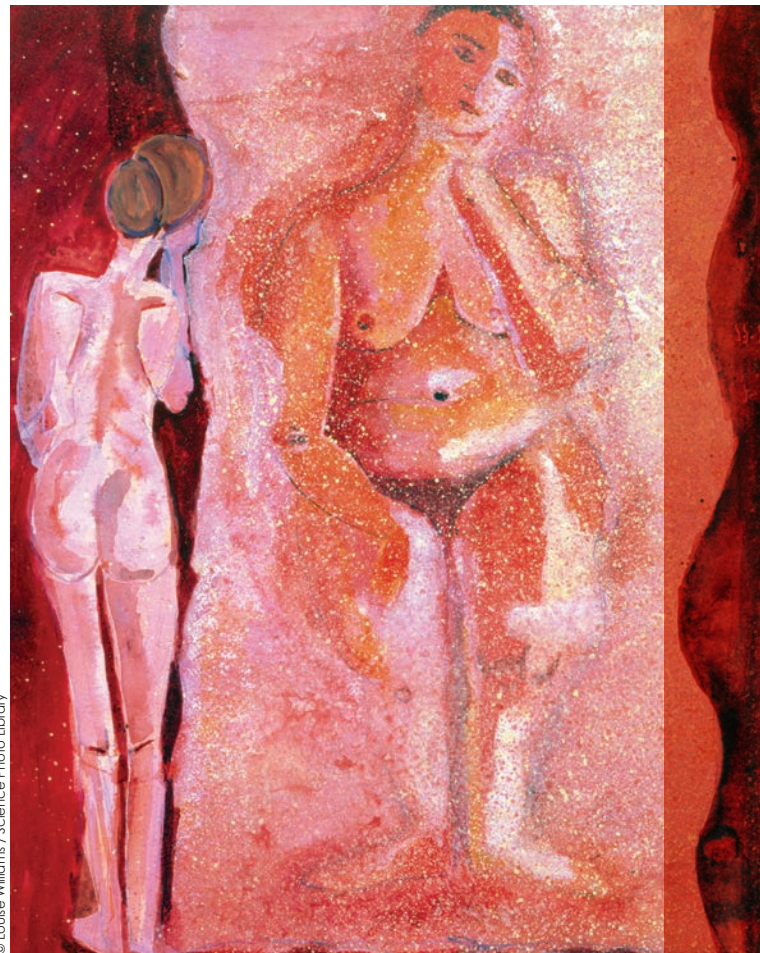
Malgré l'avancement des connaissances dans le domaine ultraspécialisé des troubles alimentaires, plusieurs questions restent toujours sans réponse : pourquoi ces personnes d'une maigreur extrême persistent-elles à se voir « grosses »? Pourquoi ont-elles peur de façon quasi délirante de prendre du poids? Pourquoi ces personnes intelligentes, au potentiel remarquable et aux multiples talents, continuent-elles à se détruire malgré leurs hospitalisations à répétition? Quel ingrédient fait défaut dans le traitement? Ou alors quelle composante de ce traitement faut-il « ajuster »?

Cet article a pour but de susciter chez les intervenants un regard critique à l'égard des traitements prodigués lors de la prise en charge des personnes atteintes d'anorexie mentale chronique et réfractaire, à avoir l'humilité d'accepter l'échec en tant qu'intervenant, ainsi que de développer la curiosité scientifique et l'ouverture d'esprit envers d'autres paradigmes de traitement.

Selon la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* [DSM-5] de l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013), l'anorexie mentale fait partie des « Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments » (**Tableau 1**). Elle désigne une restriction de l'apport énergétique sous le seuil des besoins de la personne, menant à un poids en deçà des valeurs pondérales moyennes en fonction de l'âge, du sexe, du stade de développement et de l'état de santé physique de la personne. Une peur obsessionnelle du gain pondéral et une altération de l'image corporelle caractérisent les personnes atteintes de cette maladie.

Épidémiologie

L'anorexie mentale est une maladie qui touche, à différents degrés, tous les pays, toutes les cultures et toutes les classes sociales. Elle touche davantage les femmes que les hommes dans une proportion de 10 : 1. Elle apparaît généralement durant l'adolescence ou à l'âge adulte, et rarement avant la puberté ou après l'âge de 40 ans. Selon Simon (2007), la prévalence de l'anorexie mentale est estimée en moyenne à 0,5 % chez les jeunes filles. L'incidence la plus élevée est observée entre l'âge de 10 et de 19 ans. Chez les femmes, la prévalence de l'anorexie mentale est estimée entre 0 et 1,5 %. Elle varie entre 0,6 et 4 % au cours de la vie. Cependant, il est à noter qu'en raison des critères diagnostiques désormais plus inclusifs du DSM-5, la prévalence de l'anorexie mentale pourrait augmenter significativement (Mustelin et al., 2016).



© Louise Williams / Science Photo Library

Une fois diagnostiquées, les patientes peuvent être suivies à l'externe ou devoir être hospitalisées en raison de la détérioration de leur état de santé physique, attribuable à la dénutrition ou à d'autres comportements alimentaires pathologiques. Or, le nombre de rechutes et d'hospitalisations récurrentes demeure significativement élevé chez les patientes atteintes de cette maladie : entre 30 et 50 % des adultes hospitalisés devront l'être à nouveau dans l'année suivant leur congé (Steinglass et al., 2011).

Taux de mortalité dramatique

L'anorexie mentale est considérée comme le problème de santé mentale occasionnant le plus de mortalité. En Angleterre, entre 2001 et 2009, le taux de mortalité standardisé (*standardized mortality ratio*) des patients dans la tranche d'âge des 25 à 44 ans atteints d'anorexie mentale était de 14, soit le plus haut niveau. En comparaison, le taux de mortalité standardisé des patients atteints de schizophrénie se situait à 7,3, celui des patients atteints de dépression à 4,9 et celui des patients atteints de trouble bipolaire à 4,3 (Hoang *et al.*, 2014). Le taux de mortalité standardisé représente, pour une population donnée, le rapport entre le nombre de décès observés (les décès réels) et le nombre de décès prévus (les probabilités de décès).

Selon Rosling *et al.* (2011), les causes de décès répertoriées en lien avec l'anorexie mentale peuvent être divisées en trois catégories : décès par dénutrition; décès par suicide; décès par d'autres facteurs tels qu'arrêt cardiaque, pneumonie, œdème pulmonaire, saignement des varices œsophagiennes et insuffisance hépatique. Ainsi, des 201 patientes suivies dans cette étude, 23 sont décédées.

Traitement conventionnel

Le rétablissement de l'anorexie mentale est un concept qui demeure parfois vague, car il n'existe pas de consensus clair sur les critères d'un tel rétablissement. Plusieurs chercheurs ont tenté d'identifier les facteurs précipitant les rechutes et de suggérer des pistes thérapeutiques

différentes du traitement traditionnel ou qui seraient expérimentées en concomitance avec celui-ci durant le suivi à l'externe ou l'épisode d'hospitalisation.

La maladie étant d'origine multifactorielle, le traitement traditionnel de l'anorexie mentale repose sur une approche interdisciplinaire. La durée d'hospitalisation dans les unités spécialisées des patients adultes atteints de troubles alimentaires est en moyenne de 12 semaines, mais elle peut varier selon la complexité du cas, la présence de comorbidités, l'indice de masse corporelle (IMC), ainsi que l'intensité des comportements hyperactifs, purgatifs ou hyperphagiques, entre autres facteurs.

Durant l'hospitalisation, le traitement consiste principalement à stabiliser l'état de santé physique de la personne et à entreprendre progressivement sa réalimentation de même que, conséquemment, le rétablissement pondéral avec un objectif d'un kilo par semaine en moyenne. Le traitement s'appuie aussi sur une thérapie cognitive-comportementale, motivationnelle et psychoéducatrice abordant des problématiques diverses. Quelques semaines avant la fin de l'hospitalisation, les patients profiteront de plusieurs sorties hebdomadaires, planifiées afin de développer une autonomisation (*empowerment*) progressive à l'égard de la réhabilitation nutritionnelle.

Le critère habituel d'un congé consiste en l'atteinte d'un poids santé qui équivaut à un IMC se situant entre 18,5 et 20 kg/m². Un suivi ambulatoire (à l'hôpital de jour, au programme de jour ou à la clinique externe) est également planifié, dans le but de permettre aux patients de consolider les acquis et de prévenir la rechute.

L'état de la recherche

Facteurs de rechutes

De nombreux chercheurs ont mené des études au cours des 15 dernières années afin de tenter d'identifier les raisons pouvant expliquer l'échec ou la réussite des traitements de l'anorexie mentale, ou encore dans le but d'explorer de nouvelles pistes de traitements. Voici un bref résumé de plusieurs de ces études :

McFarlane *et al.* (2008) ont mené une recherche quantitative prospective échelonnée sur 24 mois afin d'identifier les facteurs qui prédisent la rechute. Pour ce faire, ils ont suivi 58 patientes qui ont eu une rémission complète ou partielle de leurs troubles alimentaires après un suivi intensif à l'hôpital de jour de l'Hôpital général de Toronto. Les participantes ont été interviewées à chaque six mois pendant deux ans où jusqu'à la survenue d'une rechute. Quatre facteurs pouvant prédire la rechute ont été identifiés : la restriction calorique sévère en pré-traitement, l'intensité des symptômes résiduels à la fin du traitement, le fait d'être réfractaire au traitement et, enfin, l'estime de soi qui est basée sur le poids ou la forme corporelle.

Dans le même contexte, Carter *et al.* (2012) ont mené une étude quantitative prospective/longitudinale d'une durée de 12 mois au sein du programme des troubles alimentaires de l'Hôpital général de Toronto. Ici aussi, on souhaitait identifier les facteurs prédictifs de rechute. La population était constituée de 100 participants (5 % d'hommes et 95 % de femmes) souffrant d'anorexie mentale, âgés en moyenne de 25,4 ans et suivis à l'interne ou à l'externe. Majoritairement d'origine caucasienne, ils avaient un indice de masse corporelle (IMC) moyen de 15,1 kg/m². Diagnostiqués depuis 6,3 ans en moyenne, ils avaient donc

En première position

dans l'appel d'offres Montréal-Laval

Assurances collectives complètes

Salaires très compétitifs

Avantages sociaux

Horaires flexibles

et plus ...

JOIGNEZ-VOUS À NOTRE ÉQUIPE
Emplois disponibles partout au Québec

www.expertise24-7.com

Tableau 1 Classification et définition des troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Trouble des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments	Définition
Pica	Ingestion continue et répétée de substances non comestibles et non nutritives pendant au moins 1 mois, dans un contexte qui ne correspond pas au niveau de développement de la personne (dont l'âge minimal est ≥ 2 ans), ni à sa culture. Ce trouble peut générer des urgences médicales, parfois fatales, selon la nature des substances ingérées.
Mérycisme	Régurgitation répétée d'aliments, non liée à une cause médicale digestive, gastro-intestinale ou autre, pendant au moins 1 mois. La nourriture régurgitée peut être remâchée, ravalée ou recrachée. Ce comportement ne survient pas exclusivement en présence d'anorexie mentale, de boulimie, d'accès hyperphagiques, de restriction ou d'évitement de l'ingestion d'aliments. Chez les nourrissons atteints, ce trouble disparaît souvent spontanément, mais peut aboutir à des complications médicales si sa durée se prolonge.
Restriction ou évitement de l'ingestion d'aliments	Manque d'intérêt pour la nourriture, évitement fondé sur les caractéristiques sensorielles des aliments, dégoût de manger aboutissant à un déficit nutritionnel et à une perte pondérale significatifs, générant une altération substantielle du fonctionnement psychosocial de la personne. Cette perturbation n'est pas due à un malaise d'image corporelle, à une pratique culturelle ni à un problème de santé physique.
Anorexie mentale	■ Type restrictif : ce sous-type décrit des situations où la perte de poids est essentiellement obtenue par le régime, le jeûne et l'exercice physique excessif au cours des trois derniers mois. ■ Type accès hyperphagiques/purgatifs : ce sous-type décrit des situations où la personne a présenté des accès récurrents de gloutonnerie ou des comportements purgatifs pendant les trois derniers mois.
Boulimie	Accès hyperphagiques durant lesquels la personne éprouve une perte de contrôle en ingérant une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens ingéreraient dans les mêmes circonstances, en une période de temps similaire. L'estime de soi est significativement altérée par le poids et l'image corporelle. Pour pallier le gain pondéral, la personne adopte des comportements compensatoires récurrents (p. ex. : usage de laxatifs, lavements ou diurétiques, vomissements induits, exercice physique compulsif, jeûne, etc.), et ce, au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois. Typiquement, les personnes boulimiques ont un poids normal, mais quelques-unes peuvent présenter un excès pondéral.
Accès hyperphagiques	Épisodes durant lesquels la personne éprouve une perte de contrôle en ingérant une quantité de nourriture largement supérieure à ce que la plupart des gens ingéreraient dans les mêmes circonstances, en une période de temps similaire. Durant ces crises de gloutonnerie, la personne mange beaucoup et très rapidement, sans nécessairement avoir faim, jusqu'au point d'avoir de pénibles distensions abdominales. Ces comportements génèrent de la culpabilité et du dégoût de soi-même. Ils surviennent au moins 1 fois par semaine pendant 3 mois. Comparés à la boulimie, les accès hyperphagiques ne sont pas associés au recours régulier à des comportements compensatoires. Cette problématique affecte les individus de poids normal ou en surpoids ainsi que les personnes obèses, mais demeure distincte de l'obésité.
Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, spécifié	Désigne les troubles de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments qui entraînent une détresse et une altération cliniquement significative du fonctionnement de l'individu sur plusieurs plans (social, professionnel, etc.), mais qui ne remplissent pas tous les critères des troubles spécifiques décrits précédemment. Cette catégorie est utilisée dans des situations où le clinicien décide de préciser la raison particulière pour laquelle les critères d'aucun trouble spécifique de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments ne sont remplis. Il note « autre trouble de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments », suivi de la raison spécifique.
Autre trouble de l'alimentation ou de l'ingestion d'aliments, non spécifié	Même définition que le trouble précédent. Toutefois, cette catégorie est utilisée si le clinicien décide de ne pas préciser la raison particulière pour laquelle la présentation clinique ne remplit pas tous les critères d'un trouble spécifique de l'alimentation et de l'ingestion d'aliments, et inclut des situations où les informations sont insuffisantes pour poser un diagnostic spécifique (p. ex., en situation d'urgence).

Source : adapté de APA, 2013.

Tableau 2 Comparaison entre le traitement visant la guérison et le programme COPP

	Traitement visant la guérison	Community Outreach Partnership Program (COPP)
But du traitement	■ Guérison	■ Amélioration de la qualité de vie ■ Réduction des méfaits
Qui fixe les objectifs?	■ L'équipe de traitement	■ Le patient
Point focal de la thérapie	■ Réduction des symptômes et/ou abstinence ■ Enseignement des risques des symptômes	■ Gestion des symptômes pour réduire les méfaits ■ Compréhension des avantages et risques des symptômes
Rythme du traitement	■ Déterminé par l'établissement de santé	■ Déterminé par le patient
Milieu de traitement	■ Bureau de l'intervenant	■ La communauté du patient

Source : Williams *et al.*, 2010 (traduction libre).

en moyenne 19,4 ans au début de leur maladie. L'étude a mis en lumière trois éléments prédicteurs de rechute : 1) anorexie mentale de sous-type hyperphagique/purgatif (risque de rechute de plus du double de celui des personnes souffrant d'anorexie mentale de sous-type restrictif, les premiers disposant de deux moyens de rechute par comparaison aux seconds qui recourent à un seul moyen); 2) faible niveau de motivation de la personne durant les quatre premières semaines de traitement à l'hôpital; 3) combinaison d'anorexie mentale et de comportements obsessionnels-compulsifs (vérification corporelle, etc.).

Nordbo *et al.* (2012), quant à eux, ont procédé en Norvège à une recherche qualitative de type phénoménologique auprès de 36 femmes âgées entre 18 et 39 ans suivies à l'interne et à l'externe pour anorexie mentale. Dans une perspective motivationnelle, le but de leur étude était d'explorer l'expérience subjective des patientes afin d'identifier ce qui interfère avec le vouloir de guérison ou entrave celui-ci. Sept obstacles ont été identifiés : les préjugés perçus, le sentiment d'être pris au piège par la maladie, le sentiment de détresse, le déni de la maladie, l'alimentation (penser à devoir manger, à ce qu'il faut manger et à quel endroit peut affecter

SURPIED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED

Formation en soins des pieds

Cours donnés par des infirmières qui pratiquent en soins des pieds.

Formation pour débutants

- 160 heures de cours, 7 heures par jour.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de 12 à 15 personnes permet un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.

FORMATION COMPLÈTE
160 heures
Reconnue par l'AIISQP

Formations avancées en soins des pieds

- Cours de perfectionnement: traitements spécifiques et utilisation d'instruments spécialisés.

Prochains cours :

INTENSIF
2 octobre 2017
ACCÉLÉRÉ
12 septembre 2017
HEBDOMADAIRE
14 septembre 2017



ÉTUDIANTS, procurez-vous votre trousse de départ chez SURPIED et nous payons les taxes* pour vous !

* Vous devez présenter une preuve de votre statut d'étudiant au sein d'un établissement reconnu. Offre limitée.



SURPIED est un membre institutionnel de la SOFEDUC. Par cette accréditation, les formations de SURPIED donnent droit à des Unités d'Éducation Continue (UEC)



WWW.SURPIED.COM

INFORMATIONS : 514.990.8688
SANS FRAIS : 1.888.224.4197

la motivation), le gain de poids et l'appréciation des avantages de la maladie.

Bouton (2000), cité par Schlam et Wilson (2007), a mis au point une théorie à partir de laquelle il tente d'expliquer les facteurs pouvant contribuer à la rechute. Cet auteur s'est demandé pourquoi une thérapie en particulier pouvait réussir à faire disparaître un comportement pathologique dans un contexte donné, alors que ce même comportement pouvait resurgir dans un autre contexte. Il propose que les thérapeutes s'attardent aux contextes pouvant générer les comportements pathologiques et non aux comportements dysfonctionnels proprement dits.

Les situations parfois stressantes de la vie, combinées à des stratégies d'adaptation déficientes ou négatives, peuvent faire récidiver les comportements alimentaires pathologiques chez certaines personnes atteintes d'anorexie mentale. Dans ce contexte, Keel *et al.* (2005) suggèrent que les recherches explorent dans l'avenir des interventions ciblant, entre autres, les stratégies efficaces d'adaptation (*coping*) afin de prévenir la rechute.

Et les médicaments?

De prime abord, la pharmacologie ne fait pas, d'emblée, partie des lignes directrices de la prise en charge de l'anorexie mentale. Cependant pour les cas chroniques/réfractaires, quelques recherches ont investigué l'apport potentiellement bénéfique de quelques médicaments spécifiques. Dans ce contexte, Dunican et DelDotto (2007) ont compilé les résultats de plusieurs études cliniques prospectives et d'études de cas pour déterminer le rôle d'un antipsychotique atypique, l'olanzapine, dans le traitement de l'anorexie mentale. Ils ont conclu que l'administration de petites doses (entre 2,5 et 15 mg/jour) de cette médication semble avoir un rôle potentiel dans le traitement des personnes souffrant d'anorexie mentale réfractaire. Les résultats préliminaires, encourageants, ont montré un meilleur gain pondéral et une réduction de l'intensité de quelques symptômes de la maladie comme les pensées envahissantes, les symptômes dépressifs, l'insomnie, l'anxiété et le malaise lié à l'image corporelle. Cependant, ces études ont été réalisées auprès d'un échantillon restreint de patients et un nombre important d'entre eux ont abandonné ces études précocement.

Dans la même perspective pharmacologique, une étude a examiné l'effet d'un autre médicament de la même classe thérapeutique, soit l'aripiprazole. Des doses entre 5 et 15 mg/jour ont été administrées à huit patientes âgées entre 15 et 55 ans (cinq cas d'anorexie mentale et trois cas de boulimie) pour une durée de 3 à 41 mois. Toutes les participantes ont rapporté moins de symptômes anxieux ou dépressifs, moins de pensées obsessionnelles envers la nourriture, le poids ou l'image corporelle, une meilleure flexibilité cognitive, une diminution significative des comportements alimentaires pathologiques et un rétablissement pondéral progressif. Bien que les chercheurs aient observé l'efficacité du médicament dans ce contexte, la limite principale de cette étude est que l'aripiprazole n'était pas utilisé exclusivement en monothérapie (d'autres médicaments, principalement des antidépresseurs, étaient utilisés en concomitance avec cet antipsychotique) (Trunko *et al.*, 2011).

La motivation

Federici et Kaplan (2008) ont mené une recherche qualitative auprès de 15 patientes souffrant d'anorexie mentale qui étaient parvenues à atteindre un poids santé. Les chercheurs souhaitaient comprendre comment ces

patientes avaient vécu la maladie après le rétablissement pondéral. Ils voulaient également identifier les facteurs qui ont contribué au maintien de cet acquis pondéral et ceux qui ont contribué aux rechutes. Six facteurs ont été identifiés : la motivation intrinsèque à changer, le fait de considérer le rétablissement en tant que continuum, la perception de la valeur du traitement, le développement d'un réseau de soutien, la conscience et la tolérance des émotions négatives et, enfin, l'estime de soi. Chacun de ces six facteurs peut soit contribuer au rétablissement, soit entraver celui-ci. Par exemple, une patiente qui est plus consciente de ses émotions négatives et qui fait montre de plus de tolérance à leur égard a plus de chance de se rétablir que celle qui n'en a que peu conscience. Il est important pour les intervenants d'aborder ces facteurs en contexte de thérapie, par exemple lors de programmes de prévention de rechutes.

À l'aide d'un questionnaire en ligne que devaient remplir les patientes, Leung *et al.* (2013) ont exploré comment il était possible d'augmenter le degré de motivation des patientes à se rétablir des troubles alimentaires. Ce questionnaire, qui s'inspirait en partie de « l'entretien motivationnel » de Miller et Rollnick (2002), abordait les éléments suivants : les avantages et inconvénients du changement si l'on se projette dans cinq ans, avec et sans le trouble alimentaire, les difficultés rencontrées au cours des premières étapes du changement, la rédaction d'une lettre dans laquelle l'expression de l'ambivalence des émotions ressenties à l'égard du trouble alimentaire est encouragée et, enfin, l'établissement d'un plan détaillé de changement.

TD Assurance
Melche Monnex

Conseils d'efficacité énergétique à la maison

- Étendez votre linge pour le faire sécher et utilisez la sècheuse moins souvent.
- Servez-vous de votre barbecue à gaz quand il fait chaud pour éviter de chauffer votre maison.
- Nettoyez le filtre du climatiseur au moins une fois pendant la saison d'utilisation. Un filtre obstrué est moins efficace et peut endommager l'appareil.

Programme d'assurance
recommandé par :



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Composez le 1-866-269-1371
Ou allez au tdassurance.com/oiiq



^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.
Sources d'information : Institute for Business & Home Safety; Bureau d'assurance du Canada.

Schlegl *et al.* (2016) suggèrent des hospitalisations précoces ainsi que des programmes de prévention de rechute en période de post-hospitalisation afin d'améliorer les résultats de traitement. En outre, ils recommandent la mise au point d'une stratégie visant à accroître la motivation dans les cas d'anorexie mentale réfractaire.

Autres pistes de recherche

Un trouble de la personnalité ou certains traits de personnalité pourraient-ils jouer un rôle dans la décision des patientes hospitalisées d'abandonner prématurément le traitement avant le congé formel? C'est l'hypothèse qu'émettent Pham-Scottez *et al.* (2012). Ces auteurs suggèrent que les interventions des professionnels de la santé soient basées sur les composantes problématiques de la personnalité de la patiente qui peuvent entraver le cheminement thérapeutique du traitement.

Mayer *et al.* (2012) proposent une autre piste de réflexion : il est connu que les patientes anorexiques ont des connaissances avancées sur la nutrition et la valeur nutritionnelle des aliments, connaissances pouvant les amener à surestimer faussement et de façon récurrente leur apport calorique. C'est donc cette surestimation erronée qui, selon eux, pourrait mener à la restriction calorique et éventuellement, à la rechute.

D'autres chercheurs ont évalué l'efficacité de certaines méthodes complémentaires au traitement de l'anorexie mentale réfractaire. Smith *et al.* (2014) ont étudié le

recours à l'acupuncture et à la massothérapie. Leurs résultats montrent une amélioration de l'humeur, une baisse de l'anxiété et un degré de motivation accru des participantes.

Souhaitant trouver un nouveau paradigme de traitement de l'anorexie mentale réfractaire, Touyz et Hay (2015) ont recommandé d'avoir recours à des approches thérapeutiques qui s'appuieraient sur les forces des patientes et non sur leurs faiblesses.

Chen *et al.* (2016) se sont penchés, quant à eux, sur le rôle de la famille. Ils soulignent, dans leur recherche, que la thérapie familiale complémentaire au traitement représente une avenue prometteuse pour le rétablissement et le maintien pondéral des patientes.

Beaucoup de patientes atteintes de cette maladie ont une très faible estime d'elles-mêmes, et le fait de « réussir » à perdre du poids devient leur principal ou unique accomplissement. Dans ce contexte, Brockmeyer *et al.* (2013) suggèrent que le traitement mette l'accent sur l'estime de soi de façon précoce, car le rétablissement pondéral, obtenu ou en voie d'obtention durant les hospitalisations ou les suivis à l'externe, peut priver les patientes d'une importante source de valorisation, ce qui peut ainsi contribuer à leur rechute.

Grâce à une revue systématique, McClelland *et al.* (2013), pour leur part, se sont penchés sur une technique de traitement innovatrice et non invasive, la « neuromodulation ». Ils ont évalué les effets des procédures de stimulation magnétique cérébrale, telle que la stimulation magnétique transcrânienne répétitive (SMTTr) qui cible le cortex préfrontal du cerveau, sur les comportements alimentaires des patients atteints de troubles alimentaires. Utilisée en tant qu'option complémentaire en concomitance avec d'autres traitements, cette technique a généré des résultats potentiellement prometteurs sur la réduction des comportements alimentaires pathologiques et l'amélioration du rétablissement pondéral dans les cas de troubles alimentaires chroniques ou réfractaires.

Vandereycken (2003) a soulevé un ensemble de questions qui sont autant de sujets de réflexion concernant les critères d'une hospitalisation, les conséquences de l'hospitalisation, le poids à atteindre avant l'obtention du congé, l'impact de la méthode utilisée pour le rétablissement pondéral et les aspects du traitement qui génèrent le changement. En outre, ce même auteur rapporte que la majorité des patientes atteintes d'un trouble alimentaire sont hospitalisées dans des unités spécialisées qui utilisent un traitement « préprogrammé » incluant des interventions d'ordre médical, infirmier, social et psychologique. Les patientes doivent suivre un traitement de type « package » au lieu de participer activement à un traitement individualisé selon leurs besoins. Encore aujourd'hui, certains établissements de santé proposent des approches thérapeutiques « pseudo-comportementales » et quasi coercitives qui adoptent le principe de la solution toute faite ou de l'approche unique, ce qui compromet ainsi le processus de traitement, particulièrement des cas réfractaires.

Conclusion

Il est important de souligner que, malgré la chronicité et le caractère réfractaire de cette catégorie de patients atteints d'anorexie mentale, les intervenants doivent

FUTURES RETRAITÉES

Le RIIRS est pour toutes les infirmières et infirmiers, infirmières et infirmiers auxiliaires, inhalothérapeutes et perfusionnistes **RETRAITÉS**, sans égard aux champs d'activités et aux fonctions occupées au cours de leur carrière.

Le RIIRS

- entretient un sentiment d'appartenance par la participation à des activités;
- fournit le soutien aux membres concernant l'amélioration de leur qualité de vie;
- donne une voix collective à ses membres en participant aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l'Écho du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

Pour vous prévaloir du privilège de transfert de votre assurance vie, il est essentiel que vous deveniez membre du RIIRS dans les **60 jours** suivant la date de votre prise de retraite.

**Informez-vous dès aujourd'hui
en nous contactant :**



riirs

Regroupement interprofessionnel des
intervenants retraités des services de santé
Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519
info@riirs.org • www.riirs.org

Cas clinique : retour sur la situation de Julie

Revenons sur la situation de Julie, évoquée au début de cet article. Julie pourrait bénéficier d'un meilleur résultat thérapeutique si l'équipe soignante travaillait avec elle selon une approche inspirée de celle qui a été développée par Williams *et al.* (2010). Cette approche, baptisée COPP (*Community Outreach Partnership Program*), combine les soins donnés à l'hôpital avec ceux offerts dans la communauté. Ce programme ne cible pas le même objectif que le traitement conventionnel, lequel s'appuie essentiellement sur la réduction des comportements alimentaires problématiques. Le programme COPP repose plutôt sur la réhabilitation psychosociale, l'entretien motivationnel et la réduction des méfaits en vue de permettre à la patiente vivant avec un trouble alimentaire d'améliorer sa qualité de vie (Tableau 2).

garder espoir et s'intéresser de près aux nouvelles données probantes issues de la recherche. Dans le domaine de l'anorexie mentale, celle-ci était, par le passé, surtout de type quantitatif postpositiviste (c'est-à-dire s'appuyant

sur l'idée qu'il existe une seule réalité qui est objective et objectivable), dominée par le modèle biomédical qui mettait l'accent sur des chiffres, des statistiques et des comportements problématiques. L'émergence récente de recherches qualitatives constructivistes (s'appuyant, à l'inverse, sur l'idée que la réalité n'est pas figée, qu'elle est subjective, multiple et correspond aux constructions mentales de chacun) donnant la priorité à l'interprétation et à la compréhension de l'expérience du patient, de son unicité et de son expérience de vie, amène ainsi des approches innovatrices dans la prise en charge de cette clientèle. ■

L'auteur



Fethi Boudebza est coordonnateur clinico-administratif à l'Institut Philippe-Pinel de Montréal, infirmier clinicien assistant du supérieur immédiat au Programme des troubles de l'alimentation de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas et infirmier clinicien en milieu de chirurgie colorectale/gynéco-oncologie/urologie de l'Hôpital général juif. Il est aussi membre du comité d'élaboration de l'examen professionnel de l'OIIQ.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^e éd.), Arlington (VA), APA, 2013, p. 338-341.
- Bouton, M.E. « A learning theory perspective on lapse, relapse, and the maintenance of behavior change », *Health Psychology*, vol. 19, n° 1S, janv. 2000, p. 57-63.
- Brockmeyer, T., M.G. Holtforth, H. Bents, A. Kammerer, W. Herzog et H.C. Friederich. « The thinner the better: self-esteem and low body weight in anorexia nervosa », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 20, n° 5, sept./oct. 2013, p. 394-400.
- Brown, K.W. et R.M. Ryan. « Multilevel modeling of motivation: A self-determination theory analysis of basic psychological needs » in A.D. Ong et M.H.M. van Dulmen (ss la dir. de), *Oxford Handbook of Methods in Positive Psychology*, New-York (NY), Oxford University Press, 2007, p. 530-541. En ligne : <http://citeseer.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.690.2576&rep=rep1&type=pdf>
- Carter, J.C., K.B. Mercer-Lynn, S.J. Norwood, C.V. Bewell-Weiss, R.D. Crosby, D.B. Woodside *et al.* « A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention », *Psychiatry Research*, vol. 200, n° 2-3, 30 déc. 2012, p. 518-523.
- Chen, E.Y., J.A. Weissman, T.A. Zeffiro, A. Yiu, K.T. Eneva, J.M. Arlt *et al.* « Family-based therapy for young adults with anorexia nervosa restores weight », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 49, n° 7, juill. 2016, p. 701-707.
- Dawson, L., P. Rhodes et S. Touyz. « "Doing the impossible": the process of recovery from chronic anorexia nervosa », *Qualitative Health Research*, vol. 24, n° 4, avril 2014, p. 494-505.
- De la Rie, S., G. Noordenbos, M. Donker et E. van Furth. « The patient's view on quality of life and eating disorders », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 40, n° 1, janv. 2007, p. 13-20.
- Dunican, K.C. et D. DelDotto. « The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 41, n° 1, janv. 2007, p. 111-115.
- Federici, A. et A.S. Kaplan. « The patient's account of relapse and recovery in anorexia nervosa: a qualitative study », *European Eating Disorders Review*, vol. 16, n° 1, janv. 2008, p. 1-10.
- Hoang, U., M. Goldacre et A. James. « Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: national record linkage study, England, 2001-2009 », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 47, n° 5, juill. 2014, p. 507-515.
- Kaap-Deeder, J., M. Vansteenkiste, B. Soenens, J. Verstuyf, L. Boone et J. Smets. « Fostering self-endorsed motivation to change in patients with an eating disorder: the role of perceived autonomy support and psychological need satisfaction », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 47, n° 6, sept. 2014, p. 585-600.
- Keel, P.K., D.J. Dorer, D.L. Franko, S.C. Jackson et D.B. Herzog. « Postremission predictors of relapse in women with eating disorders », *American Journal of Psychiatry*, vol. 162, n° 12, déc. 2005, p. 2263-2268.
- Leung, S.F., J. Ma et J. Russell. « Enhancing motivation to change in eating disorders with an online self-help program », *International Journal of Mental Health Nursing*, vol. 22, n° 4, août 2013, p. 329-339.
- Mayer, L.E., J. Scheibendach, L.P. Bodell, R.M. Shingleton et B.T. Walsh. « Eating behavior in anorexia nervosa: before and after treatment », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 45, n° 2, mars 2012, p. 290-293.
- McClelland, J., N. Bozhilova, I. Campbell et U. Schmidt. « A systematic review of the effects of neuromodulation on eating and body weight: evidence from human and animal studies », *European Eating Disorders Review*, vol. 21, n° 6, nov. 2013, p. 436-455.
- McFarlane, T., M.P. Olmsted et K. Trottier. « Timing and prediction of relapse in a transdiagnostic eating disorder sample », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 41, n° 7, nov. 2008, p. 587-593.
- Miller W.R. et S. Rollnick. *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2^e éd.), New York (NY), Guilford Press, 2002, 428 p.
- Mustelin, L., Y. Silen, A. Raevuori, H.W. Hoek, J. Kaprio et A. Keski-Rahkonen. « The DSM-5 diagnostic criteria for anorexia nervosa may change its population prevalence and prognostic value », *Journal of Psychiatric Research*, vol. 77, juin 2016, p. 85-91.
- Nordbo, R.H., E.M. Espeset, K.S. Gulliksen, F. Skarderud, J. Geller et A. Holte. « Reluctance to recover in anorexia nervosa », *European Eating Disorders Review*, vol. 20, n° 1, janv. 2012, p. 60-67.
- Pham-Scott, A., C. Huas, F. Perez-Diaz, C. Nordon, S. Divac, R. Dardennes *et al.* « Why do people with eating disorders drop out from inpatient treatment?: the role of personality factors », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 200, n° 9, sept. 2012, p. 807-813.
- Rosling, A.M., P. Sørensen, C. Nørring et A.L. von Knorring. « Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000 », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 44, n° 4, mai 2011, p. 304-310.
- Schlam, T.R. et G.T. Wilson. « Relapse prevention for eating disorders », in K. Witkiewitz et G. Marlatt (ss la dir. de), *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention*, St. Louis (MO), Academic Press, 2007, p. 169-190.
- Schlegl, S., A. Diedrich, C. Neumayr, M. Fumi, S. Naab et U. Voderholzer. « Inpatient treatment for adolescents with anorexia nervosa: clinical significance and predictors of treatment outcome », *European Eating Disorders Review*, vol. 24, n° 3, mai 2016, p. 214-222.
- Simon, Y. « Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale », *Nutrition Clinique et Métabolisme*, vol. 21, n° 4, déc. 2007, p. 137-142.
- Smith, C., S. Fogarty, S. Touyz, S. Madden, G. Buckett et P. Hay. « Acupuncture and acupressure and massage health outcomes for patients with anorexia nervosa: findings from a pilot randomized controlled trial and patient interviews », *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, vol. 20, n° 2, févr. 2014, p. 103-112.
- Steinglass, J.E., R. Sysko, D. Glasofer, A.M. Albano, H.B. Simpson et B.T. Walsh. « Rationale for the application of exposure and response prevention to the treatment of anorexia nervosa », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 44, n° 2, mars 2011, p. 134-141.
- Strober, M., R. Freeman et W. Morrell. « The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 22, n° 4, déc. 1997, p. 339-360.
- Tiller, J.M., G. Sloane, U. Schmidt, N. Troop, M. Power et J.L. Treasure. « Social support in patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 21, n° 1, janv. 1997, p. 31-38.
- Touyz, S. et P. Hay. « Severe and enduring anorexia nervosa (SE-AN): In search of a new paradigm », *Journal of Eating Disorders*, vol. 3, n° 26, 31 juill. 2015, p. 26-27.
- Trunko, M.E., T.A. Schwartz, V. Duvvuri et W.H. Kaye. « Aripiprazole in anorexia nervosa and low-weight bulimia nervosa: case reports », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 44, n° 3, avril 2011, p. 269-275.
- Vandereycken, W. « The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered », *International Journal of Eating Disorders*, vol. 34, n° 4, déc. 2003, p. 409-422.
- Williams, K.D., T. Dobney et J. Geller. « Setting the eating disorder aside: an alternative model of care », *European Eating Disorders Review*, vol. 18, n° 2, mars 2010, p. 90-96.

Prudence avec les analgésiques topiques en vente libre contenant du menthol

Des analgésiques topiques en vente libre pour soulager les douleurs musculaires et articulaires peuvent brûler gravement la peau s'ils contiennent du menthol.

Santé Canada arrive à cette conclusion après avoir étudié les données de pharmacovigilance liées à l'utilisation de ces produits au pays et à l'étranger. Le risque de brûlures de la peau est rare, mais si des brûlures se produisent, elles peuvent être graves, prévient Santé Canada.

Une première étude d'innocuité faite en 2013 avait soulevé un doute quant au risque de brûlures graves de la peau associées à des analgésiques topiques contenant du menthol, du salicylate de méthyle ou de la capsaïcine.

Depuis, 29 Canadiens ont déclaré des brûlures graves après avoir utilisé ces produits. Santé Canada a donc demandé une deuxième analyse des données fournies par les fabricants. Celle-ci fait ressortir un lien entre la présence de menthol et le risque de brûlures graves.

Santé Canada émet donc une mise en garde concernant ces produits. Elle ne s'applique toutefois qu'au menthol, l'analyse n'ayant pas trouvé de lien entre les brûlures de la peau graves et le salicylate de méthyle et la capsaïcine quand ils sont utilisés seuls.

Il est toutefois à noter que, sur les 400 analgésiques topiques sous forme de gels, crèmes, liquides et timbres transdermiques vendus librement au Canada, plusieurs contiennent des associations des trois ingrédients. Le risque maintenant identifié de brûlures graves lors de la présence de menthol dans la liste des ingrédients figure déjà sur un certain nombre de ces produits.

Santé Canada met actuellement à jour les normes sur l'étiquetage de tous les analgésiques topiques contenant les trois ingrédients, utilisés seuls ou en combinaison, afin d'informer le consommateur du risque de brûlure potentiel. Il lui est recommandé de cesser d'utiliser le produit et de consulter un médecin immédiatement en présence de réactions graves de la peau, comme de la douleur, de l'enflure ou des ampoules. ■ **Guy Sabourin**

Source

Santé Canada. « Résumé de l'examen de l'innocuité – Analgésiques topiques en vente libre contenant du menthol, du salicylate de méthyle ou de la capsaïcine : Évaluation du risque de brûlures graves de la peau », 13 février 2017. En ligne : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/medefet-canada/examens-innocuite/resume-examen-innocuite-analgésiques-topiques-menthol-salicylate-methyle-capsaïcine-evaluation-risque-brulures-peau.html> (Page consultée le 4 juillet 2017.)



Séminaires publics accrédités



Le Cégep Marie-Victorin : votre partenaire en formation continue

Séminaires publics accrédités :

- Soins de plaies
- Intervenir en contexte de démence
- Contrôle de la douleur en fin de vie
- Prévention des chutes et dépistage du délirium
- Diabète - Pathologie et traitements
- Et bien plus!



Formations sur mesure en milieu de travail aussi offertes

514 278-3535, poste 5221
seminaires@collegemv.qc.ca
collegemv.qc.ca/sae

PAVILLON BÉLANGER

 Jean-Talon

Combinaison de dabigatran et de statines

Risque d'hémorragie

Deux statines communément prescrites, la lovastatine et la simvastatine, peuvent accroître le risque d'hémorragie quand elles sont combinées au dabigatran (Pradaxa), un anticoagulant oral couramment utilisé pour prévenir l'accident vasculaire cérébral (AVC) chez les patients souffrant de fibrillation auriculaire – selon une étude ontarienne publiée dans un récent numéro du *Canadian Medical Association Journal*.

Le saignement est l'un des effets indésirables potentiels du dabigatran. Il peut être à l'occasion suffisamment grave pour justifier une visite à l'urgence et une admission à l'hôpital.

Les chercheurs ont effectué une double étude populationnelle et suivi un total de 45 991 patients ontariens de plus de 66 ans, ayant commencé à prendre du dabigatran entre le 1^{er} mai 2012 et le 31 mars 2014.

La première étude portait sur des patients admis à l'hôpital ou s'étant rendus à l'urgence à la suite d'un AVC ischémique, et prenant depuis au moins 60 jours l'une des statines suivantes : lovastatine, simvastatine, atorvastatine, pravastatine, fluvastatine ou rosuvastatine. La seconde étude, structurée de la même manière, s'est penchée sur les cas d'hémorragie majeure.

La première étude fait état de 836 patients ayant un diagnostic d'AVC ischémique ou d'accident ischémique transitoire. Sur ce nombre, 397 (47,5 %) avaient pris une statine dans les 60 jours précédents. Dans la seconde étude, ils ont identifié 2 406 patients ayant souffert d'hémorragie grave et, de ce nombre, 1 117 (46,4 %) avaient reçu une statine dans les 60 jours précédents.

Après analyse des données, les chercheurs ont découvert que la lovastatine et la simvastatine étaient associées à un risque accru d'hémorragie majeure chez les patients âgés prenant du dabigatran. La lovastatine et la simvastatine peuvent accroître la dose de dabigatran absorbée et ainsi

accentuer le risque de saignement, ont-ils noté. Selon eux, la combinaison de l'anticoagulant et de l'une de ces deux statines inhibe la P-glycoprotéine intestinale, ce qui accroît l'exposition systémique au dabigatran. La simvastatine et la lovastatine multiplieraient par 10 l'inhibition de la P-glycoprotéine, en raison de leur composition.

En revanche, aucune différence n'a été identifiée en ce qui concerne le risque d'AVC chez les patients prenant du dabigatran conjointement avec de la lovastatine ou de la simvastatine, comparativement à ceux qui combinent le dabigatran à d'autres statines.

Les auteurs préviennent que leurs conclusions se heurtent à certaines limites. Par exemple, ils ignoraient à quel point les patients adhéraient à leur médication, et ils n'ont pu obtenir de données sur leur état rénal, l'utilisation ou non d'aspirine à faible dose ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, leur tension artérielle, le contrôle du diabète et le tabagisme.

Ils n'en soutiennent pas moins qu'une interaction médicamenteuse cliniquement importante existe entre l'anticoagulant et les deux statines. ■ **G.S.**

Sources

Antoniou, T., E.M. Macdonald, Z. Yao, S. Hollands, T. Gomes, M. Tadrous *et al.* « Association between statin use and ischemic stroke or major hemorrhage in patients taking dabigatran for atrial fibrillation », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 189, n° 1, 9 janv. 2017, p. E4-E10.

Canadian Medical Association Journal (CMAJ). « Risk of hemorrhage with statins and stroke prevention drug combination » (communiqué), 21 nov. 2016. En ligne : http://www.cmaj.ca/site/misc/pr/21nov16_prxhtml (Page consultée le 23 décembre 2016.)

LISTE DES ANNONCEURS

Allergan (Fibristal)	2
Banque Nationale	6 et 68
Cégep Marie-Victorin	66 et 70
Centre de santé Inuulitsivik	8
Centre de santé Tulattavik	16
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ)	18
Centre hospitalier universitaire de Montréal (CHUM)	5
Clinique Santé optimale	67
CISSS de la Montérégie-Centre	47
CLSC Naskapi	69
Code Bleu – Placement en santé	11
Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James	71
Expertise en soins de santé 24/7	60
Hôpital Montfort	51
OIIQ – Congrès 15%	43
OIIQ – Congrès programme 2017	34 et 35
OIIQ – Fondation	29
OIIQ – Formation	30
OIIQ – Mistral questionnaire	52
OIIQ – Publications	19
Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé (RIIRS)	64
Servier (Lancora)	44 et 45
Soins Intermédiaire inc.	33
Solutions Nursing	14
Surpied	62
TD Assurance	63 et 72
Université de Montréal	12
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT)	41
Vigi Santé	21

FORMATION CONTINUE accréditée À DISTANCE

/ PAR ENVOI POSTAL / TOUT AU LONG DE L'ANNÉE /
/ NE NÉCESSITE PAS D'ORDINATEUR / PARTOUT AU QUÉBEC /

ÉTÉ 2017 **LE TRAITEMENT DU DIABÈTE : MÉDICATION ET INSULINOTHÉRAPIE**
par Sylvie Rajotte, éducatrice agréée en diabète

LES STOMIES : COMPRENDRE ET INTERVENIR
par Marie-Claude Racine, infirmière B. SC.

LA NUTRITION : DU MODE DE VIE AU TRAITEMENT
par Isabelle Marinacci, nutritionniste DT. P.

LE DIABÈTE DE A À Z
par Sylvie Rajotte, éducatrice agréée en diabète

OBTENEZ JUSQU'À **10 HEURES** DE FORMATION CONTINUE ACCRÉDITÉES POUR **150 \$** OU MOINS

Pour plus de renseignements et/ou pour vous inscrire, visitez notre site Internet ou téléphonez-nous.

www.cliniquesanteoptimale.com
info@cliniquesanteoptimale.com
T. 450 494-1876

CLINIQUE SANTÉ OPTIMALE

Chronique financière :

QUATRE IDÉES FUTÉES POUR INVESTIR 1 000 \$

Vous avez 1 000 \$ dans vos poches et vous vous demandez comment les multiplier ? Avant tout, est-ce possible ? Vous pensez probablement qu'il faut avoir de l'expérience et une somme plus importante pour qu'elle vaille la peine d'être investie. Détrompez-vous, ce montant pourrait croître sans trop d'efforts !

Alors, si vous vous demandez par où commencer, voici quatre solutions qui, à terme, pourraient vous rapporter gros.

1. Accumuler vite et économiser de l'impôt

Vous êtes une personne prévoyante qui préfère planifier longtemps à l'avance ? Dans ce cas, le REER peut être un bon outil d'épargne pour votre retraite, qui vous aidera également à payer moins d'impôt. Par exemple, pour un salaire annuel de 35 000 \$, vos 1 000 \$ vous permettront de réaliser une économie d'impôt d'environ 285 \$, et de 371 \$ pour un salaire de 50 000 \$ (en 2017).

Cet argent accumulé doit-il obligatoirement demeurer dans votre REER jusqu'à la retraite ? À certaines conditions, vous pourriez retirer un maximum de 25 000 \$ sans incidence fiscale immédiate pour acheter une propriété (via le Régime d'accession à la propriété – RAP), ou encore un maximum de 20 000 \$ pour financer un retour aux études (via le Régime d'encouragement à l'éducation permanente – REEP). Une bonne façon d'en tirer tous les bénéfices avant même vos vieux jours !

Il faut savoir qu'un REER devient de plus en plus intéressant au fur et à mesure que la rémunération augmente.

2. De l'argent qui rapporte et un impôt différé

Si votre revenu net est plus faible, vous bénéficierez de peu d'économies fiscales en cotisant à un REER, c'est pourquoi le CELI pourrait être un outil d'épargne à considérer. Les sommes retirées sont ajoutées à vos droits de cotisation CELI de l'année suivante. Le CELI favorise donc une épargne pour des projets à plus court terme (achat de voiture, rénovations, etc.) ou encore peut servir pour se bâtir un fonds d'urgence. Contrairement au REER, avec un CELI il n'y a aucun impact fiscal en cas de retrait.

Le CELI et le REER sont deux outils d'épargne complémentaires dont les avantages et les inconvénients respectifs peuvent se compenser selon votre situation financière.

3. Penser au futur de ses enfants

Vous avez des enfants et vous prévoyez payer leurs études postsecondaires ? Le REEE est ce qu'il vous faut !

Non seulement vos jeunes vous remercieront plus tard mais, en plus, le gouvernement vous donne un coup de main ! Le REEE est donc doublement intéressant car, en cotisant, on reçoit des subventions de deux paliers de gouvernement. Ces sommes seront versées directement dans le compte REEE de votre enfant. Ainsi, avec la Subvention canadienne pour l'épargne-études (SCEE), on reçoit une somme équivalant à 20 % de chaque dollar cotisé au REEE, jusqu'à un maximum de 500 \$ par an (1 000 \$ s'il y a des droits inutilisés d'une année précédente) et de 7 200 \$ à vie.

Quant à l'Incitatif québécois pour l'épargne-études (IQÉÉ), il donne un montant supplémentaire équivalant à 10 % de la cotisation, jusqu'à un plafond de 250 \$ par an ou de 3 600 \$ à vie. Des bonifications sont également prévues pour les familles à faible revenu.

Le REEE permet du même coup de réduire l'impact fiscal sur les revenus accumulés, lorsque les sommes seront retirées.

4. Des investissements en Bourse à moindres frais

Vous aimeriez placer votre argent en Bourse, mais vous êtes un débutant en la matière ? Sachez qu'il existe des produits faits pour vous et que votre conseiller financier peut vous aider à trouver le plus approprié en fonction de votre tolérance au risque et de vos objectifs.

Les fonds négociés en Bourse (FNB) présentent l'avantage de frais de gestion inférieurs à ceux des fonds communs de placement, et de ne pas avoir de frais d'ouverture ou de fermeture.

Avantage de poids : les FNB vous donnent accès à un panier de titres diversifiés. Vous pouvez aussi vendre vos FNB à n'importe quel moment pendant l'ouverture des marchés, et ce, sans pénalité. Cela en fait donc un produit d'investissement flexible et une bonne façon de vous initier à la Bourse en minimisant les risques.

Quel que soit votre profil d'investisseur ou vos projets, il existe différentes façons d'investir 1 000 \$. À vous d'explorer celle qui vous convient le mieux.

Pour alléger votre budget, la Banque Nationale a conçu un programme financier exclusivement pour vous.

Pour connaître les avantages reliés aux programmes financiers spécialement adaptés pour les infirmiers et infirmières de la Banque Nationale, visitez le bnc.ca/infirmier.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



**BANQUE
NATIONALE**

Réalisons vos idées^{MC}

Pour tout conseil concernant vos finances et celles de votre entreprise, veuillez consulter votre conseiller de la Banque Nationale, votre planificateur financier ou, le cas échéant, tout professionnel (comptable, fiscaliste, avocat, etc.).

^{MC} RÉALISONS VOS IDÉES est une marque de commerce de la Banque Nationale du Canada.

À propos du consentement aux soins

Par **Martine Lafleur**, M. Sc. inf.

Le consentement aux soins est omniprésent dans le quotidien des professionnels de la santé, dont celui des infirmières. Il comprend plusieurs dimensions et peut se révéler complexe, raison pour laquelle la notion de consentement aux soins figure parmi les questions les plus souvent posées. Voyons si vous êtes en mesure de répondre : vrai ou faux?

1. Le consentement aux soins est un droit énoncé dans le Code civil du Québec.

Vrai – La nécessité d'obtenir un consentement est énoncée dans le Code civil du Québec :

Art. 10 C.c.Q. « Toute personne est inviolable et a droit à son intégrité. Sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé. »

Art. 11 C.c.Q., 1^{er} alinéa « Nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'examen, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention. Sauf disposition contraire de la loi, le consentement n'est assujéti à aucune forme particulière et peut être révoqué à tout moment, même verbalement. »

Le professionnel de la santé ne peut pas examiner, investiguer, traiter ni soigner une personne sans avoir préalablement obtenu son consentement ou celui de son représentant légal, à moins de situations exceptionnelles telle une ordonnance de traitement.

2. Pour qu'il soit valide, le consentement doit être libre et éclairé.

Vrai – Pour être considéré comme étant libre, le consentement doit être obtenu sans aucune forme de pression, de menace, de contrainte de la part du médecin, de l'équipe traitante ou des proches de la personne soignée. Il doit aussi être obtenu sans crainte de représailles.

Le consentement est dit éclairé lorsqu'il est donné en toute connaissance de cause. La personne doit recevoir toutes les informations pertinentes à sa prise de décision, de façon claire et dans un langage qu'elle comprend. Parmi ces informations : le diagnostic (si présent), la nature du traitement, l'intervention à réaliser, les avantages et les risques en lien avec l'intervention, les avantages et les risques si l'intervention n'est pas réalisée ainsi que les autres possibilités de traitement.

3. Le consentement à un traitement est valide pour la durée totale de celui-ci.

Faux – Le consentement jouit d'un caractère évolutif, c'est-à-dire qu'il évolue dans le temps, selon les circonstances. Bien que le Code civil du Québec n'aborde pas la durée de la validité d'un consentement, celui-ci précise que la personne qui a donné son consentement peut le retirer en tout temps et doit le renouveler dès qu'une modification est apportée à l'intervention initialement prévue.

4. La signature d'un formulaire de consentement fait foi du consentement de la personne.

Faux – Le consentement est le résultat du processus de communication (explicatif) entre le professionnel de la santé et la personne soignée. Le formulaire de consentement signé par la personne soignée vient confirmer qu'elle a accepté ce qui est écrit sur le formulaire. En plus d'être souvent incomplet, le formulaire ne démontre pas la démarche entreprise ni la validité du consentement. En effet, le patient pourrait démontrer au tribunal que le consentement n'était pas libre puisque la signature a été obtenue sous la menace ou encore que le consentement n'était pas éclairé en raison d'explications insuffisantes, par exemple. C'est pourquoi il est essentiel que les informations données soient bien documentées au dossier du patient.

Cela ne signifie pas que les formulaires de consentement sont sans utilité, puisque la loi prévoit dans certaines situations qu'un consentement écrit doit être obtenu. C'est le cas notamment pour les soins qui ne sont pas requis par l'état de santé, le don d'organe et la recherche susceptible de porter atteinte à l'intégrité (C.c.Q., art. 24), l'anesthésie, la chirurgie (ROAE, art. 52.1), les soins ou les services dispensés en centre hospitalier ainsi que pour la prise de photos, les films ou les enregistrements concernant le patient (ROAE, art. 53).

5. Il existe des situations où le consentement de la personne soignée ou de son représentant légal n'est pas requis.

Vrai – Le consentement n'est pas requis lorsque la vie d'une personne est en danger ou que son intégrité est menacée et que le consentement ne peut être obtenu en temps utile pour porter secours à cette personne (C.c.Q., art. 13).

Le consentement, pour les soins d'hygiène à l'intention du majeur inapte, n'est pas obligatoire puisqu'il ne s'agit pas d'un acte à caractère médical (C.c.Q., art. 16).

Il existe aussi certaines dispositions légales relatives à l'examen psychiatrique, la garde autorisée, l'ordonnance de traitement et l'ordonnance d'hébergement (C.c.Q. et (RLRQ., c.P-38.001).

L'auteure



Martine Lafleur, infirmière, est conseillère à la qualité de la pratique à la Direction, Développement et soutien professionnel de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Sources

Code civil du Québec (C.c.Q.), CCQ-1991.

Collège des médecins du Québec. « Qu'est-ce que le consentement libre et éclairé? » En ligne : <http://aldo.cmq.org/fr-CA/GrandsThemes/Consentement/DefConsentement.aspx>

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (RLRQ, ch. P-38.001).

Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements (ROAE). RLRQ, ch. S-5, r. 3.01.



NASKAPI

Local Community Service Centre

Tél (418) 585-2110

Fax : (418) 585-3126

RECHERCHONS INFIRMIER(S) INFIRMIERE(S) Établissement nordique milieu Autochtone

**Dynamisme, jugement, autonomie professionnelle, leadership,
respect de la confidentialité, ouverture !
Milieu de vie et de travail exceptionnel !**

Poste : Temps complet et Temps partiel régulier **Postes Cliniques**

Salaires : Milieu conventionné / Primes du nord

Région : Secteur Schefferville

Responsabilités :

- Réceptions et traitements de la clientèle contexte de rôle élargi.
- Participation et gestion des programmes de préventions et de dépistages.
- Promotion et application des programmes de santé communautaires courants.
- Promotion et application des activités de santé générale.
- Assurer les services de garde 24/7.
- Participation à la bonne marche des activités du CLSC.

Postulez dès maintenant

A/S : Chef des programmes

C.P. 5154 Kawawachikamach (QC) G0G 2Z0

Courriel : daniel.goudreault.09naskp@ssss.gouv.qc.ca

Trois questions sur la vaccination

Les infirmières et infirmiers du Québec sont nombreux à communiquer avec le Service de consultation professionnelle de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) pour obtenir des réponses à une foule de questions concernant le champ d'exercice de l'infirmière et les activités réservées, leurs obligations professionnelles, le partage d'activités avec les autres professionnels de la santé, la déontologie, et bien plus. Cette rubrique vous présente certaines des questions les plus fréquemment reçues par ce service au cours des dernières semaines.

Vous avez des doutes sur la chaîne de froid? Dites-le!

L'abolition des frais accessoires pourrait inciter des personnes à vous consulter pour se faire vacciner avec des vaccins achetés en pharmacie. Rappelez-vous vos droits et responsabilités envers le patient dans une telle situation. Si vous avez des doutes sur la qualité d'un vaccin provenant de l'extérieur, vous devez le mentionner à votre patient avant l'administration. Le *Protocole d'immunisation du Québec* (PIQ) précise à la page 126 : « Pour les usagers qui apportent leur vaccin de l'extérieur, si le vaccinateur a de sérieuses raisons de croire qu'il y a eu bris de la chaîne de froid, il avisera la personne que le vaccin pourrait être moins efficace et le notera au dossier. Ce sera alors à la personne de décider si elle recevra le vaccin ou non. »

Les vaccins, gratuits ou non?

Si vous êtes en pratique privée et que vous souhaitez obtenir des vaccins financés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, vous devez vous adresser à la Direction de la santé publique (DSP) de votre région pour vous informer

des modalités d'accès aux vaccins gratuits du Programme québécois d'immunisation. En fonction de l'organisation régionale des services de vaccination, la DSP pourrait conclure une entente avec vous afin que vous puissiez obtenir et fournir les vaccins gratuits prévus au Programme. La DSP n'a toutefois pas l'obligation de conclure des ententes avec les vaccinateurs qui en font la demande.

L'infirmière en pratique privée qui n'a pas conclu d'entente avec la DSP peut quand même offrir le service de vaccination si cette activité découle de l'application de la *Loi sur la santé publique* (c. S-2.2). Elle doit cependant se procurer les vaccins en respectant les dispositions du *Règlement sur les conditions et modalités de vente des médicaments* (c. P-10, r. 12) qui permet à l'infirmière d'acheter et de vendre les vaccins qu'elle administre conformément au PIQ.

Le client doit payer les vaccins reçus lorsque ceux-ci n'ont pas été obtenus grâce au programme de gratuité. Avant d'administrer des vaccins, demandez-vous s'ils font partie de ceux visés par le Programme de gratuité. Dans l'affirmative, vous devez informer votre client qu'il pourrait se les procurer gratuitement. Enfin, s'il souhaite que vous procédiez tout de même à la vaccination, informez-le du prix de vente du vaccin afin qu'il puisse prendre une décision éclairée, conformément à votre code de déontologie.

Où en est le déploiement du Registre de vaccination du Québec?

Le Registre de vaccination du Québec est un fichier informatisé provincial dans lequel seront inscrites les personnes ayant reçu au moins un vaccin au Québec. Il remplace certains registres locaux ou régionaux de vaccination. Les vaccins reçus par un résident du Québec à l'extérieur de la province, qui sont portés à la connaissance d'un professionnel de la santé du Québec en mesure de le valider, en feront aussi partie. Depuis juin 2014 et jusqu'en décembre 2018, ce registre est progressivement rendu disponible dans les différentes régions du Québec. Une fois le déploiement complété, il permettra aux infirmières et aux autres professionnels de la santé pouvant réaliser l'acte de vacciner d'avoir accès rapidement à l'historique des vaccins reçus par une personne, si elle est inscrite au registre, et d'éviter l'administration de doses de vaccins non nécessaires. Un règlement ministériel au sujet du Registre de vaccination a été modifié afin que les vaccinateurs n'ayant pas encore accès au registre de vaccination dans leur région puissent conserver les renseignements de vaccination jusqu'au 31 décembre 2018. Pour plus de détails à ce sujet, on peut consulter le site Web du MSSS et sa page sur le Registre de vaccination du Québec¹.

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Registre de vaccination du Québec. En ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/registre-vaccination/obligations-de-saisie-et-de-conservation-des-renseignements-sur-les-vaccins-administres/#etablissements-sans-acces>

Pour communiquer avec le Service de consultation professionnelle : infirmiere-conseil@oiiq.org



Cégep Marie-Victorin
Savoir inventer demain
Formation continue et Services aux entreprises

Formation professionnelle en soins podologiques

Reconnue par l'AIISPQ & l'AIASP et accréditée par la Société de formation et d'éducation continue

Formation de 160 heures
Offerte exclusivement aux membres de l'OIIQ et de l'OIIAQ

Programme intensif
Du mardi 5 septembre au lundi 2 octobre 2017, de 8 h à 17 h

Programme régulier
Tous les mercredis plus quatre fins de semaine
du 27 septembre au 17 décembre 2017, de 8 h à 17 h

514 278-3535, poste 5221 | sdp@collegemv.qc.ca
collegemv.qc.ca/sae





16 UEC

PAVILLON BÉLANGER
767, rue Bélanger, Montréal

 Jean-Talton



Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

σᵛᵈᵇᵃ ᵇᵇ ᵃᵇᵇ ᵃᵇᵇ ᵃᵇᵇ ᵃᵇᵇ ᵃᵇᵇ ᵃᵇᵇ

Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Bienvenue chez nous.

**Personnel infirmier:
passionné, talentueux**

Avantages exceptionnels

Travail disponible

- ▶ Centre de santé de Chisasibi (médecine, urgence, hémodialyse et CLSC)
- ▶ 8 dispensaires ou CMC* (rôle élargi)
- ▶ Services aux patients Cris à Montréal, Chibougamau et Val d'Or
- ▶ Formation de 5 semaines en rôle élargi pour les CMC
- ▶ Primes d'isolement, d'attraction et rétention et prime pour le rôle élargi offertes

*Centre de Miyupimaatisiun (santé) Communautaire

Profil recherché

- ▶ Un an d'expérience pour travailler dans notre hôpital
- ▶ Deux ans d'expériences diversifiées pour oeuvrer dans un de nos dispensaires
- ▶ Bilingue : français et anglais
- ▶ Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- ▶ Flexibilité, capacité d'adaptation



**Watchiya
Bonjour**



Faites parvenir votre curriculum vitae par courriel ou par télécopieur à:
jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca | T 1-877-562-2733 | F 514-989-7495

<http://www.santeterrescries.org/carrieres>



Tirez le meilleur parti de votre adhésion.

Obtenez des tarifs préférentiels et une protection qui répond à vos besoins.

Vous pourriez économiser gros*
quand vous combinez vos
tarifs préférentiels de membre
et regroupez vos assurances
habitation et auto.

Programme d'assurance habitation
et auto recommandé par



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Profitez pleinement de votre adhésion.

En tant que membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, vous avez accès au programme TD Assurance Meloche Monnex. Ainsi, vous bénéficiez de tarifs préférentiels sur toute une gamme de protections d'assurance habitation et auto personnalisables selon vos besoins.

Depuis plus de 65 ans, TD Assurance aide les Canadiens à trouver des solutions d'assurance habitation et auto de qualité.

Ayez l'assurance que votre protection habitation et auto répond à vos besoins. Demandez une soumission.

HABITATION | AUTO | VOYAGE

Obtenez une soumission et découvrez combien
vous pourriez économiser!

Composez le **1-866-269-1371**

Ou allez au **tdassurance.com/oiiq**



Le programme TD Assurance Meloche Monnex est offert par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE. Il est distribué par Meloche Monnex Assurance et Services Financiers inc. au Québec, par Meloche Monnex services financiers inc. en Ontario et par Agence Directe TD Assurance Inc. ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, place Crémazie, 12^e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6. En raison des lois provinciales, notre programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan. *À l'échelle nationale, 90 % de nos clients qui font partie d'un groupe de professionnels ou de diplômés avec qui nous avons une entente et qui font assurer leur résidence (sauf les logements loués et les copropriétés) et leur véhicule au 31 octobre 2016 économisent 625 \$ par rapport aux primes qu'ils auraient payées s'ils n'avaient pas obtenu un tarif de groupe préférentiel et un rabais multiproduit. Ces économies ne sont pas garanties et peuvent varier selon le profil du client. Le montant des économies varie d'une province à l'autre et peut être supérieur ou inférieur à 625 \$. L'assurance voyage Solution sans frontières^{MD} est offerte par la Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances et distribuée dans certaines provinces par Assurance Voyage RSA inc., qui fait affaire en Colombie-Britannique sous le nom d'Agence Assurance Voyage RSA. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. ^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.