



# perspective infirmière

Été 2024  
Vol. 21, n° 3

La maladie  
de Parkinson:  
le traitement  
en mouvement

---

Prévention des  
chutes chez les  
personnes âgées  
de 65 ans et plus  
en CHSLD

---

Démystifier l'embolie  
pulmonaire

---

**ACFA**  
La rétroaction  
constructive.  
Pour faciliter la  
transition des études  
à la pratique



**Jusqu'à 24 829 \$ / année selon la communauté**

- En plus de la prime de vie chère, d'éloignement et de CLSC jusqu'à 29 689\$ / année
- Transport et logement meublé fournis
- Jusqu'à 16 semaines de congé / année
- Possibilité de temps partiel occasionnel et temps partagé (4/4, 5/5, 6/6 sem)
- Congé nordique accepté dans un délai de 45 jours
- Accès gratuit au gym à Kuujuaq
- Une super équipe de 10 conseillers en soins infirmiers pour vous supporter
- Un suivi personnalisé par notre conseillère en dotation DSI

**Des questions? Écrivez-nous**

**recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca**

# Travailler en santé peut vous faire économiser jusqu'à 1 313\$ par année

Découvrez nos offres



Conditions et restrictions sur [bnc.ca/sante](https://bnc.ca/sante)

# SOMMAIRE

Été 2024 - Vol. 21, n° 3

## ÉDITORIAL

- 07 — Nos actions guidées par la protection du public

## PORTRAIT

- 10 — Dannielle Philibert : favoriser des soins culturellement sécurisants pour tous

## EN BREF

- 08 — Élections 2024 : rencontre avec une infirmière et un infirmier impliqués dans la gouvernance de leur ordre professionnel

## MYTHES ET RÉALITÉS

- 27 — La sélection du bon dispositif d'accès veineux (DAV)

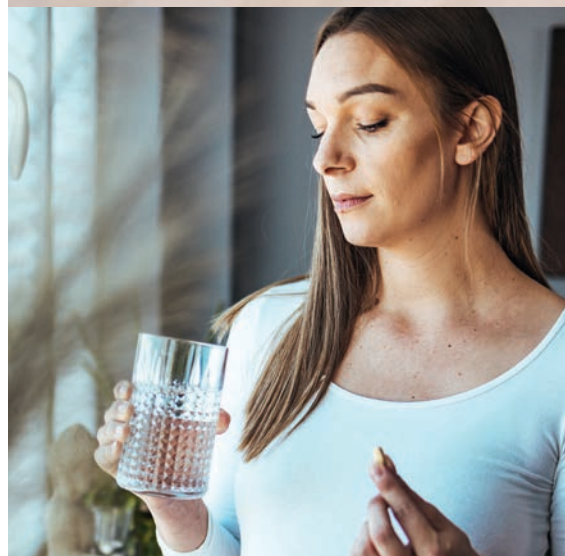
Réponses en page 44

## PRATIQUE CLINIQUE

- 14 — La maladie de Parkinson : le traitement en mouvement
- 20 — Projet Para-Chutes : prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus en CHSLD
- 37 — Démystifier l'embolie pulmonaire : il n'y a pas de quoi en faire un caillot!

## RECHERCHE

- 28 — Quand les femmes primigestes commencent-elles à prendre de l'acide folique?



10

ACFA

20

49

28

37



49 — La rétroaction constructive.  
Pour faciliter la transition des  
études à la pratique

DÉVELOPPEMENT  
PROFESSIONNEL CONTINU



Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec

Président — LUC MATHIEU  
Directrice générale — MARIE-CLAIRE RICHER  
Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF  
Isabelle Lacroix  
RESPONSABLE DE PRODUCTION  
Marianne Lapierre

GRAPHISME ET MISE EN PAGE  
Catherine Beaupré

RÉVISEURS LINGUISTIQUES  
Alexandre Roberge et Annick Loupias

CORRECTRICE D'ÉPREUVES  
Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE  
Isabelle Gagné et Luc Girard  
pour MissPixels

IMPRIMEUR  
SOLISCO

PAGE COUVERTURE  
© Shutterstock /  
PeopleImages.com - Yuri A

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU  
Dominique Nadeau, inf., M. Sc.,  
Conseillère à la qualité de la pratique  
Direction, Développement et soutien  
professionnel

#### COLLABORATEURS

Sylvie Allaire, inf., M. Sc. – Manon Bouchard, MD, FRCP(C) – Charlie Buchmann, B. Sc. – Martin Charette, inf., Ph. D. – Audrey Chouinard, inf., M. Sc., CSI(o) – Jonathan Couture-Roussy, inf., B. Sc. – Catherine Déry, inf. M. Sc. (c.) – Julie Dicaire, IPSSA – Nicolas Dupré, MD, M. Sc., FRCP (C) – Camille Gavois, inf., B. Sc. – Lélia Holden, IPSSA – Geneviève Labrecque, IPSSA, M. Sc. inf. – Caroline Langlois – Mélissa Lavoie, inf., Ph. D. – Hazar Mrad, inf., M. Sc. – Evy Nazon, inf., Ph. D. – David Parent, inf., M. Sc. – Marie-Eve Poitras, inf., Ph. D. – Marie-Eve Pouliot, inf., M. Sc. – Jésusienne Régistre, inf., B. Sc. – Alexandra Robitaille, inf., M. Sc. – Katia Vermette

#### POLITIQUE DE LA REVUE

*Perspective infirmière* est publiée quatre 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. Le contenu des articles publiés a été approuvé par les auteurs ainsi que par les personnes interviewées et a fait l'objet d'une vérification sérieuse et diligente de leur part. 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. 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.

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

PUBLICITÉ  
Marie-Hélène Langlois  
Communications  
Courtier publicitaire  
En collaboration avec  
Opale Média  
514 605-0340  
partenaires@oiiq.org

#### ABONNEMENT

Michelle Dalphond  
Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048 poste 288  
ventepublications@oiiq.org  
www.oiiq.org/abonnement-pi

TARIFS pour 1 an  
Canada : 17,27 \$ taxes comprises  
Autres pays : 77,45 \$

Les membres de l'OIIQ, les étudiantes immatriculées ayant terminé leur deuxième année d'études et les personnes inscrites comme membres inactifs reçoivent un abonnement.

Pour les membres de l'OIIQ, il est possible de choisir de recevoir *Perspective infirmière* en version papier et/ou de recevoir une alerte par courriel de la publication de sa version PDF. Pour ce faire, les membres doivent cocher la ou les cases correspondant à leur choix dans les *Préférences de communication* de leur compte sur oiiq.org.

#### DÉPÔT LÉGAL 2024

Bibliothèque nationale  
du Québec  
Bibliothèque nationale  
du Canada  
ISSN 1708-1890  
Répertorié  
dans Repère, Cinahl,  
PubMed, CISMef et BDSP  
N° d'enregistrement 9790  
Parution : Été 2024  
Convention de la  
Poste-publications  
N° 40062569

3 DÉCEMBRE  
CONGRÈS **oiiq**  
2024

# À vos agendas

Le plus grand rassemblement infirmier au Québec sera de retour le **3 décembre 2024** au Palais des congrès de Montréal.

Pour recevoir les informations en primeur, inscrivez-vous dès maintenant au **[oiiq.org/congres2024](https://oiiq.org/congres2024)**.

*Notez qu'aucun appel de communications ne sera fait pour la prochaine édition du Congrès.*

Fiers partenaires :

**beneva**



**TD Assurance**



**BANQUE  
NATIONALE**

# Nos actions guidées par la protection du public

## Engagement continu de l'OIIQ à l'égard des grands chantiers en cours



© Audrey Boivin

**LUC MATHIEU**, inf., DBA, ASC  
Président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

L'été est l'occasion de faire un bilan de mi-année. Nous pouvons prendre la mesure des étapes à franchir pour apporter des résultats positifs et des impacts populationnels significatifs. En ce sens, le printemps a été fructueux! Nous avons eu des échanges constructifs avec nos parties prenantes et avons contribué à plusieurs travaux pour réaffirmer le rôle sociétal et consolider la mission de protection du public de l'OIIQ.

Dans le cadre du projet de loi 11 sur les soins de fin de vie et l'aide médicale à mourir, l'expertise infirmière a été mise à contribution dans l'accompagnement des personnes se trouvant dans cette situation et dans l'exploration des solutions de soulagement à considérer (sédation palliative continue, aide médicale à mourir).

Avec le Collège des médecins du Québec et le Barreau du Québec, nous avons publié une lettre ouverte adressée au gouvernement fédéral afin de permettre l'application des dispositions législatives québécoises portant sur les demandes anticipées d'aide médicale à mourir. Cette démarche a fait l'objet d'une sortie conjointe avec l'Association québécoise pour le droit de mourir dans la dignité et six ordres professionnels.

De plus, dans la foulée du projet de loi 32, nous avons poursuivi nos activités en vue de sensibiliser les infirmières et infirmiers à la sécurisation culturelle des soins.

### MAINTENIR LE CAP EN VUE D'ACCROÎTRE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ

L'OIIQ a annoncé les résultats de l'examen d'admission à la profession de mars 2024. En fonction des résultats obtenus, les milieux cliniques ont pu accueillir 1 702 infirmières et infirmiers de plus. Par ailleurs, à la suite de l'examen de mai 2024, 161 candidates et candidats IPS ont obtenu leur certificat de spécialiste. Nous continuerons de soutenir les candidates et candidats à l'exercice de la profession infirmière dans la préparation et la réussite de leur examen d'admission, et nous poursuivrons les travaux d'amélioration du processus de l'examen avec nos collaborateurs.

De surcroît, l'OIIQ a pris une part active au chantier sur l'élargissement des pratiques professionnelles, et ce, en étroite collaboration avec d'autres ordres professionnels, en plus de faire des démarches auprès de l'Office des professions du Québec (OPQ) et du ministère de la Santé et des Services sociaux. À ce sujet, la ministre Sonia LeBel a déposé un projet de loi le 4 juin dernier pour étendre le diagnostic en santé mentale à d'autres professionnels que les médecins et les IPS en santé mentale. C'est le principe d'accessibilité compétente qui guide nos travaux dans cet important chantier.

En matière de soutien clinique, deux nouvelles spécialités d'infirmières cliniciennes spécialisées et infirmiers cliniciens spécialisés sont envisagées, soit en soins aux aînés et en soins aux personnes aux prises avec des problèmes de santé complexe. De plus, nous suivons de près le déploiement d'une offre de services bonifiée en soins à domicile par la concrétisation du plan d'action gouvernemental 2024-2029 intitulé « La fierté de vieillir » de la ministre Sonia Bélanger. Cette dernière amorcera sous peu les travaux menant à l'élaboration d'une politique sur les soins à domicile.

### DES SOINS INFIRMIERS Tournés vers l'avenir

L'OIIQ continuera de participer aux consultations en cours menées par l'OPQ afin de moderniser le système professionnel.

Grâce au Comité de vigie stratégique du Conseil d'administration de l'OIIQ qui mène des travaux sur l'intelligence artificielle, nous poursuivons la réflexion au sujet de son impact potentiel sur la profession et la protection du public. Un avis devrait être déposé au Conseil d'administration de l'OIIQ à ce sujet au cours de la prochaine année.

Pour finir, quelques mots sur la Loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace qui découle du projet de loi 15. À la rentrée, cette loi se concrétisera avec la mise en place de l'Agence Santé Québec. À maintes reprises, nous avons rappelé l'importance de bien positionner la direction des soins infirmiers au sein de la structure de l'Agence et des établissements de santé. Nous avons aussi fait valoir l'importance d'une gouvernance interdisciplinaire où les conseils des infirmières et infirmiers seront mis à contribution.

Votre engagement et votre participation active feront en sorte que ces initiatives soient couronnées de succès. La transformation du système doit se faire avec et par les infirmières et infirmiers du Québec. C'est l'occasion de vous impliquer et de faire entendre votre voix.

D'ici là, je vous souhaite de passer un agréable été!

À bientôt,

# Élections 2024 : rencontre avec une infirmière et un infirmier impliqués dans la gouvernance de leur ordre professionnel

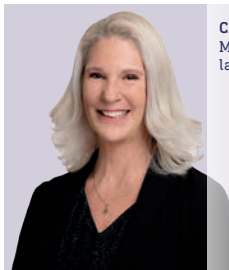
Du 27 septembre au 4 octobre prochains, les infirmières et infirmiers de toutes les régions du Québec voteront électroniquement pour élire des conseillères et conseillers de section de partout au Québec, de même que cinq administratrices et administrateurs pour siéger au Conseil d'administration (CA) de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Entrevues avec une administratrice et un conseiller de section qui vous en apprendront davantage sur leur rôle, leurs responsabilités et leur participation active à la mission de protection du public de l'OIIQ, ainsi qu'à l'avancement de la profession infirmière.

Cette année, les infirmières et infirmiers des régions électorales du Bas-Saint-Laurent/Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, de Québec, de l'Estrie, de Montréal/Laval et du Saguenay-Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec et Côte-Nord voteront pour élire leur administratrice ou administrateur qui siègera au CA de l'OIIQ. Par la même occasion, les infirmières et infirmiers de toutes les sections du Québec devront élire des conseillères et conseillers de section. Les personnes candidates intéressées auront d'ailleurs jusqu'au 4 septembre 2024 pour soumettre leur candidature.

En s'impliquant dans la gouvernance de l'OIIQ, les membres élus auront le privilège de participer activement à sa mission de protection du public, de vivre une expérience professionnelle enrichissante et de soutenir le développement de la profession infirmière.

Carole Leblanc, administratrice et trésorière de l'OIIQ pour la région électorale de la Montérégie et trésorière de l'Ordre, et Gilles Coulombe, administrateur de l'OIIQ pour la région électorale de l'Outaouais et également président du Conseil de section de l'Outaouais, se livrent sur leur expérience et sur ce qui les passionnent dans cet engagement inspirant.

## CAROLE LEBLANC : MEMBRE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION



**CAROLE LEBLANC, inf.**  
Membre du Conseil d'administration pour la région électorale de la Montérégie

Leader qui fonctionne aux défis, Carole Leblanc a développé pendant plusieurs années son expertise d'infirmière clinicienne en gestion des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence avant d'entamer un parcours de gestionnaire en soins infirmiers. Son intérêt marqué pour la qualité des soins et des services offerts à la clientèle aînée l'a notamment amenée à occuper les postes de directrice des soins dans une résidence pour personnes âgées et de coordonnatrice dans un centre d'hébergement de soins de longue durée.

Diplômée en études supérieures spécialisées en administration publique, elle occupe depuis 2019 le poste de directrice adjointe aux pratiques professionnelles

et excellence en soins infirmiers au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. Elle est également responsable du volet de la télésanté dans son organisation, un service qui connaît un essor fulgurant depuis le début de la pandémie.

## Vous êtes membre du CA depuis deux ans. Quelle a été votre motivation pour vous impliquer?

Je voulais m'investir davantage dans la profession infirmière, une profession qui a toute sa pertinence dans l'offre de soins et de services à la clientèle. Je n'avais jamais siégé à un CA et j'y ai vu une occasion de faire entendre ma voix sur la profession infirmière, en constante évolution. Je suis fière de m'être engagée, car, aujourd'hui, je m'épanouis pleinement en tant qu'administratrice et j'apporte une valeur ajoutée à la saine gouvernance de l'OIIQ.

## Comment apportez-vous une valeur ajoutée à l'OIIQ?

D'abord, il faut savoir que l'OIIQ est une instance provinciale, dont le CA se compose de 11 administratrices et administrateurs issus des différentes régions électorales, en plus de quatre autres nommés par l'Office des professions du Québec. Nos expériences sont différentes, et chaque membre apporte une valeur ajoutée. La diversité de nos parcours et de nos compétences donne donc de la force à l'équipe et favorise l'intelligence collective.

## Quel est votre rôle principal en tant que membre du CA?

Mon rôle, tout comme celui des autres administratrices et administrateurs, consiste à m'assurer que les activités de l'OIIQ répondent à sa mission de protection du public. Autrement dit, nous jouons vraiment un rôle de vigie selon les principes établis de saine gouvernance d'un ordre professionnel.

Nous devons aussi avoir une vue d'ensemble de la profession, sans privilégier notre région ou notre domaine de pratique ou notre milieu de travail. Cette vision d'ensemble est importante pour participer aux discussions stratégiques et être à l'affût des changements constants, car la profession infirmière évolue continuellement. Nous devons nous assurer que nos orientations répondent aux besoins grandissants de la population.

## Combien de temps investissez-vous dans votre rôle au sein du CA?

Annuellement, il faut siéger à six réunions régulières du Conseil d'administration auxquelles peuvent s'ajouter des réunions extraordinaires. Chaque rencontre dure d'une demi-journée à une journée complète. Il faut donc disposer d'un horaire flexible pour être en mesure d'y assister.

Nous devons aussi prévoir quelques heures pour prendre connaissance de la documentation en préparation de chaque séance.

En tant qu'administratrices et administrateurs, nous devons siéger à l'un des quatre comités relevant du Conseil d'administration : le Comité de gouvernance, le Comité des ressources humaines, le Comité de vigie stratégique et le Comité d'audit et des finances, pour lequel je préside d'ailleurs à titre de trésorière. Une fois engagée dans un comité, cela demande de participer à environ cinq rencontres additionnelles par année.

#### Qu'appréciez-vous le plus lors des réunions du CA?

J'ai le sentiment que mon point de vue est toujours entendu. La perspective de chaque administratrice et administrateur est considérée afin de prendre ensemble les meilleures décisions possibles. J'apprécie aussi les échanges, qui sont de grande qualité et empreints des valeurs de l'OIIQ soit le respect, la bienveillance, la confiance et l'équité. Ils ont d'ailleurs le devoir de véhiculer ces valeurs tout en portant également une attention particulière à l'inclusion de la diversité dans chaque sujet traité. C'est un aspect remarquable.

#### Que diriez-vous à une personne souhaitant s'engager dans le CA?

C'est une belle occasion d'utiliser votre leadership et un privilège de faire entendre sa voix en participant à la gouvernance de l'OIIQ, en établissant, avec les autres membres du CA, les orientations stratégiques de l'organisation.

De plus, l'OIIQ nous offre un soutien précieux pour nous permettre de bien remplir notre rôle. Nous recevons tous les outils nécessaires et de la formation sur des sujets clés comme la gouvernance, l'éthique, la diversité ethnoculturelle et le Code des professions. Cette expérience est extrêmement enrichissante et stimulante. N'attendez plus et osez relever ce défi!



#### LE CONSEIL D'ADMINISTRATION

Il se compose de membres appartenant à une des 11 régions électorales de l'OIIQ. Ces personnes sont élues au suffrage direct des membres de leur région électorale. Le Conseil d'administration compte donc 15 membres, dont quatre nommées par l'Office des professions du Québec à titre de représentantes du public. Bisannuellement, la moitié des administratrices et administrateurs des 11 régions électorales sont en élection, ce qui assure la continuité. Le mandat d'une personne administratrice est de quatre ans, renouvelable deux fois.

#### GILLES COULOMBE : PRÉSIDENT DU CONSEIL DE SECTION DE L'OUTAOUAIS



**GILLES COULOMBE, inf.**  
Président du Conseil de section de l'Outaouais et membre du Conseil d'administration de l'Ordre, pour la région électorale de l'Outaouais

Gilles Coulombe a sa profession à cœur. Après avoir consacré les 20 premières années de sa carrière d'infirmier aux secteurs de la pédiatrie, de la périnatalité et de la néonatalogie, il a complété une maîtrise en administration publique pour occuper ensuite divers postes de gestion. Pendant 15

ans, il a notamment assuré la direction des soins infirmiers et des services multidisciplinaires au Centre de santé et de services sociaux de Gatineau.

Aujourd'hui retraité du réseau de la santé, il continue de contribuer à la formation de la relève à titre de coordonnateur et de chargé de cours au Département des sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais. Il s'engage aussi en tant que président du Conseil de section de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de l'Outaouais, où il s'implique activement depuis 25 ans.

#### Vous vous impliquez depuis 1999 dans le Conseil de section de l'Outaouais. Pourquoi poursuivez-vous cet engagement?

Je m'implique en raison de mon intérêt pour la profession infirmière. En siégeant au Conseil de section, nous bénéficions d'une position privilégiée pour rester au courant des enjeux régionaux de la profession, émettre des opinions et, en fin de compte, participer aux processus de consultation. Nous sommes aux premières lignes!

#### Quel est le rôle principal d'un Conseil de section?

Nous avons un rôle de proximité auprès des membres qui consiste, entre autres, à siéger sur des comités spécifiques (finances, formation, jeunesse, etc.), à organiser et à permettre l'accès aux infirmières et infirmiers de la région à de la formation continue. Nous mettons aussi en œuvre des activités de reconnaissance de la pratique infirmière dans la région et collaborons à l'ensemble des activités de notre section, dont l'Assemblée générale annuelle régionale (AGAR).

De plus, par l'entremise du Conseil des sections, instance de l'Ordre regroupant les présidentes et présidents de toutes les sections, nous formulons des recommandations au CA de l'OIIQ sur les enjeux de la profession en général ou plus spécifiquement dans notre région ou encore à la mission de l'OIIQ.

#### Qu'appréciez-vous le plus de votre implication au Conseil de section?

Je me sens privilégié de travailler avec une équipe qui entretient une aussi belle synergie. Nous développons des liens et une complicité qui m'apportent beaucoup sur le plan humain.

#### Pourquoi devrait-on poser sa candidature à un poste de conseiller de section?

D'une part, la pratique infirmière est complexe en ce moment. Faire partie d'un Conseil de section permet de mettre son expertise à profit et d'exercer son leadership tout en étant à l'écoute des besoins des membres sur le terrain. Voici donc mon message pour les futures personnes candidates : foncez, participez, vous serez agréablement surprises! •



#### LES CONSEILS DE SECTION

L'OIIQ est divisé en 12 sections, aussi appelées ordres régionaux. Chaque section est administrée par un Conseil de section formé d'un maximum de dix conseillères et conseillers élus pour un mandat de quatre ans. Bisannuellement, la moitié des conseillères et conseillers de toutes les sections est en élection afin d'assurer la continuité.



#### MISE EN CANDIDATURE ET ÉLECTIONS 2024

Pour en savoir plus sur les élections et sur la marche à suivre pour déposer votre candidature, consultez : [oiiq.org/elections-2024](https://oiiq.org/elections-2024)



**« Je veux que les patients autochtones quittent l'hôpital avec le sentiment d'avoir été bien soignés. Je veux que les familles soient en mesure de retourner à la maison sans être inquiètes que quelque chose arrive à leurs proches en leur absence. »**

## Dannielle Philibert : favoriser des soins culturellement sécurisants pour tous

Dannielle Philibert est l'une des rares infirmières autochtones qui occupent un rôle de gestionnaire dans le réseau de la santé. Depuis le début de sa carrière, il y a près de 16 ans, elle cherche à sensibiliser et à guider ses collègues à la réalité des Premières Nations et des Inuit afin d'assurer la sécurisation culturelle en santé. Portrait d'une infirmière qui contribue à changer les perspectives, un jour à la fois.

par **KATIA VERMETTE**

Cheffe des soins intensifs et des soins intensifs coronariens au Centre hospitalier affilié universitaire régional (CHAUR) de Trois-Rivières, Dannielle Philibert rencontre ses équipes chaque semaine en vue de faire le point. Elle en profite souvent pour partager avec elles des anecdotes personnelles ou des histoires liées à ses origines et à sa culture.

Ces parcelles d'elle-même, qu'elle dévoile peu à peu, font découvrir à ses équipes son parcours et les difficultés qu'elle a surmontées en tant qu'autochtone pour devenir infirmière. Par le fait même, la gestionnaire conscientise le personnel aux enjeux vécus par les membres des Premières Nations et les Inuit afin d'assurer la sécurisation culturelle en santé – une mission qu'elle poursuit depuis son arrivée dans la profession.

### UN PARCOURS SEMÉ D'EMBÛCHES

Dannielle Philibert est née en 1971, aux États-Unis, d'un père américain et d'une mère abénaquise. À l'âge de 15 ans, après le divorce de ses parents, elle revient au Québec et réintègre la communauté natale de sa mère à Odanak, dans le Centre-du-Québec. Elle parle alors uniquement l'anglais.

Dannielle Philibert a toujours eu le désir de devenir infirmière, mais elle parle peu le français et n'arrive pas à obtenir son diplôme d'études secondaires; par le fait même, les portes du cégep et des soins infirmiers ne lui sont pas accessibles. Elle met donc ses aspirations de côté et fonde une famille, tout en s'impliquant dans sa communauté.

Toutefois, à l'âge de 35 ans, la jeune mère décide de retourner sur les bancs d'école pour terminer ses études. « Je voulais réaliser mon rêve de devenir infirmière, mais aussi représenter un modèle pour mes enfants », explique-t-elle. Soutenue par sa communauté, elle décroche son équivalence de secondaire 5 et réalise une technique, puis un DEC-BAC en soins infirmiers. « C'était très difficile à cause de la barrière de la langue, mais j'ai réussi! », se souvient-elle avec fierté.

### D'INFIRMIÈRE À GESTIONNAIRE

Dannielle Philibert gravit rapidement les échelons dans le réseau. Pendant ses études, elle occupe des postes de préposée aux bénéficiaires et de technicienne en loisirs. Elle pratique ensuite en tant qu'externe, puis en tant qu'infirmière terrain, avant de devenir infirmière clinicienne au terme de son parcours scolaire. « C'était important pour moi de voir différents aspects des soins de santé pour bien comprendre le fonctionnement du réseau », souligne-t-elle.

Après avoir obtenu son diplôme, elle travaille en soins critiques à l'urgence de Nicolet. Elle se démarque rapidement par son écoute, son ouverture, sa proactivité et sa capacité à trouver des solutions pour faciliter le quotidien des infirmières, tout en assurant la sécurité et la santé des patients. Après quelques années de pratique à peine, elle devient assistante infirmière-chef.

Depuis bientôt six ans, elle occupe le poste de cheffe des soins intensifs et des soins intensifs coronariens au CHAUR. Ses équipes et ses patients apprécient sa joie de vivre et sa personnalité sociable, tout comme la grande disponibilité dont elle fait preuve malgré son horaire chargé.

Même si elle porte désormais un chapeau de gestionnaire, Dannielle Philibert continue toujours de soigner les gens en soutenant ses équipes et en collaborant avec elles. « Mon rôle consiste à veiller à la qualité des soins et à la sécurité des patients, en tout temps et dans toutes les sphères, précise-t-elle. Chaque patient, quelles que soient ses origines ou sa culture, doit recevoir les meilleurs soins possible. »

### S'OUVRIR À L'AUTRE POUR FAIRE TOMBER LES BARRIÈRES

En tant que gestionnaire, infirmière et autochtone, Dannielle Philibert sent qu'elle peut agir concrètement en faveur de la sécurisation culturelle des membres des Premières Nations et des Inuit. « Je veux que les patients autochtones quittent l'hôpital avec le sentiment d'avoir été bien soignés, précise-t-elle. Je veux que les familles puissent retourner à la maison sans

**« Mon idéal, c'est que l'on puisse tous vivre et travailler ensemble, dans un monde sans discrimination, sans racisme, dans lequel nous sommes tous égaux et où nous recevons tous des soins sécuritaires et de qualité. »**



être inquiètes que quelque chose arrive à leurs proches en leur absence. »

Par son leadership, elle réussit à mobiliser ses collègues gestionnaires et les membres de son équipe. Elle constate, entre autres, qu'à force de partager avec eux les enjeux auxquels elle fait face, ceux-ci font preuve d'une plus grande ouverture envers les membres des Premières Nations et les Inuit.

« Chez les autochtones, chaque famille, chaque nation a ses valeurs, sa culture. Aujourd'hui, lorsque des usagers autochtones font des demandes différentes, le personnel soignant s'arrête pour y réfléchir, explique-t-elle, ce qu'il ne faisait pas automatiquement auparavant. » Ces améliorations pour le bien-être des usagers sont le fruit d'un travail collectif, et elle a le sentiment d'avoir appris autant de ses collègues qu'eux-mêmes ont appris d'elle.

Dannielle Philibert le constate au quotidien : la grande ouverture de ses équipes de soins favorise inévitablement la sécurisation culturelle en santé. Par exemple, la conception de la mort, chez les autochtones, est différente de celle des allochtones, et s'accompagne de rituels pour veiller le corps de la personne décédée. De plus, la notion de don d'organes est étrangère à leur culture : le corps d'un défunt doit rester entier pour son départ vers l'au-delà. Dans ces circonstances, les équipes accompagnent les familles en étant à l'écoute de leurs besoins, en favorisant la tenue des rituels et en adaptant leur approche de soins, notamment au moment d'aborder le sujet du don d'organes. Elles discutent ensuite avec leur gestionnaire en vue d'identifier des pistes d'amélioration.

Dannielle Philibert encourage ses équipes à développer le réflexe de se tourner vers diverses ressources pour mieux répondre aux besoins des patients inuit ou issus des Premières Nations. Comme des membres de nombreuses communautés autochtones font appel aux services du CHAUR et des autres centres hospitaliers de la région, plusieurs ressources sont à la disposition du personnel soignant, comme le Bureau de la collaboration autochtone et des services de traduction. Grâce à ces ressources, les équipes de soins peuvent mieux accompagner ces usagers

lorsqu'elles sont confrontées à une barrière linguistique ou à une demande culturelle.

« L'important, explique-t-elle, c'est que le personnel sache où aller chercher de l'aide en cas de besoin afin d'offrir aux personnes autochtones des soins sécuritaires et de qualité en tout temps. »

#### **POUR EN FINIR AVEC LES PRÉJUGÉS**

Pour Dannielle Philibert, être une autochtone au Québec revêt son lot de défis quotidiens. Elle se rappelle très bien la première fois où elle a été confrontée à ses origines dans le réseau de la santé. « Pendant un de mes stages en soins infirmiers, un patient m'a appelée "la sauvagesse" lorsque je lui ai confié que j'étais une Panadis (le nom de fille de sa mère) d'Odanak », se rappelle-t-elle. Même si les paroles de l'homme ne se voulaient pas insultantes, elles dénotaient un besoin criant de sensibilisation et d'éducation dans la population. C'était il y a 15 ans.

Aujourd'hui, Dannielle Philibert constate que la perception des gens envers les personnes autochtones tend à s'améliorer. « Je vois maintenant beaucoup d'allochtones qui s'impliquent dans la cause et qui prennent conscience du problème, remarque-t-elle. Les gens s'ouvrent peu à peu aux valeurs, aux traditions et à la culture de l'autre. »

Elle considère cependant qu'il reste beaucoup à faire pour regagner la confiance des membres des Premières Nations et des Inuit envers le système de santé, surtout depuis le décès tragique de Joyce Echaquan en septembre 2020. En effet, la sécurisation culturelle est loin d'être acquise pour les autochtones, qui demeurent craintifs face aux soins de santé, notamment en raison d'une sous-représentation de leurs communautés dans le réseau. Dannielle Philibert remarque d'ailleurs cette incertitude chez ses proches, notamment sa mère, qui a peu confiance dans les professionnels de la santé allochtones.

« Plus il y aura d'infirmières et de professionnels de la santé autochtones dans le réseau de la santé, plus on verra de changements », affirme la gestionnaire, qui invite d'ailleurs les personnes autochtones à explorer les carrières en santé, dont les soins infirmiers. Tout comme elle, ces membres des

Premières Nations et Inuit qui choisiront une profession en santé pourront partager leur culture et devenir des personnes de référence pour mieux accompagner les autochtones dans leurs soins.

Dans l'intervalle, Dannielle Philibert s'implique dans la cause de la sécurisation culturelle dès qu'elle en a l'occasion. Au CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ), elle agit souvent à titre de consultante lorsque des questionnements surgissent en lien avec les soins offerts aux patients autochtones. Elle est aussi membre du Groupe de concertation sur l'amélioration des soins aux Premières Nations et Inuit de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et du comité d'éthique du CIUSSS MCQ, en plus de participer notamment à quelques projets sur le sujet avec des universités partout au Québec.

La jeune fille qui aspirait à devenir infirmière a fait bien du chemin depuis son arrivée à Odanak. Dannielle Philibert espère que la culture d'écoute, d'ouverture et de partage qu'elle contribue à instaurer se renforcera sans cesse, au profit de la sécurisation culturelle en santé. « Mon rêve, c'est que l'on puisse tous vivre et travailler ensemble, dans un monde sans discrimination et sans racisme, dans lequel nous sommes tous égaux et où nous recevons tous des soins sécuritaires et de qualité. » •



#### **SÉCURISATION CULTURELLE DES SOINS AUPRÈS DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT**

Consultez les diverses ressources et initiatives à disposition sur notre site Web afin de promouvoir, dans les pratiques infirmières, des relations partenariales optimales et la sécurisation culturelle auprès des membres des Premières Nations et des Inuit.

[www.oiiq.org//pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/premieres-nations-inuit](http://www.oiiq.org//pratique-professionnelle/encadrement-de-la-pratique/premieres-nations-inuit)

Disponible en tout  
temps pour vos patients



**Exufiber®**  
**Exufiber® Ag+**



Fibre gélifiante nouvelle génération  
Pansement pour plaies très exsudatives

**Mepilex®** Border Flex



Polyvalent par sa flexibilité  
Pansement mousse absorbant tout-en-un  
pour plaies exsudatives chroniques et aiguës

Mölnlycke  
1-800-494-5134  
[www.molnlycke.ca](http://www.molnlycke.ca)

*SafetaC*  
TECHNOLOGIE

**RAMQ**

Membres de l'OIIQ

# Beneva assure fièrement votre responsabilité professionnelle depuis plus de 35 ans.

Beneva est heureuse de vous en offrir plus en protégeant vos activités professionnelles avec un programme taillé sur mesure, selon les besoins spécifiques des infirmières et infirmiers du Québec.

## Beneva garantit :

- votre responsabilité professionnelle
- vos frais de défense de juridiction criminelle
- vos frais de défense pour pratique illégale
- vos frais d'assistance légale devant le coroner

[beneva.ca/oiiq](https://beneva.ca/oiiq)  
1 800 644-0607



# beneva

Les gens  
qui protègent  
des gens



© Shutterstock / LightField Studios

## La maladie de Parkinson : le traitement en mouvement

La maladie de Parkinson (MP) est la condition neurodégénérative dont le nombre de nouveaux cas croît le plus rapidement dans le monde, si bien que les experts osent maintenant parler d'une pandémie. Aggravée par l'industrialisation et la population vieillissante, cette pandémie de MP pourrait toucher jusqu'à 17 millions de personnes à travers le monde d'ici 2040 (Dorsey et al., 2018), alors que 8,5 millions en souffraient en 2019 (Organisation mondiale de la Santé, 2023). En raison de la complexité de la maladie et de son traitement ainsi que de la nature des motifs d'hospitalisation des individus qui en sont atteints (tels que les chutes, les infections ou la détérioration des symptômes moteurs et neuropsychiatriques), il devient essentiel de former une équipe interdisciplinaire centrée sur le patient en milieu hospitalier, composée entre autres de divers professionnels : physiothérapeutes, ergothérapeutes, neuropsychologues, nutritionnistes, orthophonistes, travailleurs sociaux, pharmaciens, médecins et infirmières. Ces dernières jouent par ailleurs un rôle essentiel dans le processus de traitement et dans la facilitation d'une communication fluide entre les membres de l'équipe, les patients et leurs proches (Tosin et al., 2022).

par **CHARLIE BUCHMANN, B. Sc., CATHERINE DÉRY, inf., M. Sc. (c.), GENEVIÈVE LABRECQUE, IPSSA, MANON BOUCHARD, M.D., FRCPC, et NICOLAS DUPRÉ, M.D., FRCPC**

Récemment, une importante étude américaine a mis en évidence des lacunes considérables dans les connaissances que possèdent les professionnels de la santé en milieu hospitalier en ce qui concerne la MP et ses traitements (Yu et al., 2023). Selon les auteurs, ces lacunes entraînent des erreurs récurrentes telles que des retards dans l'administration des médicaments, des substitutions médicamenteuses inappropriées ainsi que des interactions entre différents composés thérapeutiques. Ces erreurs se traduisent ensuite par une augmentation des réadmissions des patients atteints de MP à l'hôpital, des séjours hospitaliers prolongés et même des décès (Veilleux Carpentier, Salloum et Okun, 2023; Yu et al., 2023). Dans ce contexte, nous préconisons une actualisation des connaissances sur la MP et résumons les lignes directrices canadiennes sur la MP révisées en 2019 (Grimes et al., 2019), de même que les avancements récents dans les traitements disponibles.

### LA MALADIE

La MP affecte principalement les individus âgés de 60 ans et plus, bien qu'elle puisse également se manifester avant l'âge de 50 ans dans 10 % des cas (Côté et Bouchard, 2022). Cette affection dégénérative provoque une détérioration des neurones responsables de la production de dopamine, une substance cruciale pour le contrôle des mouvements. Les premiers symptômes de la maladie se manifestent d'abord au cours du stade

prémoteur, qui peut précéder de plusieurs années le diagnostic et durant lequel des symptômes dits non moteurs prédominent habituellement. La diminution de l'odorat est l'un des symptômes non moteurs les plus courants et les plus précoces (Hustad et Aasly, 2020). À cette étape, les problèmes de sommeil sont fréquents. Dans certains cas, les proches, qu'il s'agisse des partenaires ou conjoints, rapportent que l'individu exprime ses rêves en criant, en bougeant ou en donnant des coups (Côté et Bouchard, 2022; Lepage, 2012). Selon Goldman et Postuma (2014), ces troubles du sommeil paradoxal sont, parmi les symptômes précoces, ceux qui sont associés au plus grand risque de développer la MP. Certains individus souffrent aussi d'insomnie, de fatigue ou de somnolence excessive pendant la journée. Au stade prémoteur, l'entrevue peut révéler des perturbations du système nerveux autonome : constipation, augmentation de la fréquence des urines et troubles sexuels, comme la dysfonction érectile. Si présente, l'hypotension orthostatique doit être détectée afin de limiter le risque de chute aux changements de position. Dans 65 % des cas, la MP peut aussi initialement se manifester par une dépression, de l'anxiété et, dans 20 % des cas, par des troubles neurocognitifs mineurs. En raison de leur impact significatif sur la qualité de vie des patients (Côté et Bouchard, 2022), les symptômes non moteurs suscitent de plus en plus l'intérêt des chercheurs et des cliniciens.

Après quelques années, la MP progresse au stade moteur. Les signes et symptômes moteurs classiques sont la lenteur des mouvements (bradykinésie), les tremblements de repos, la rigidité des membres et du tronc ainsi que les troubles de la marche (Grimes et al., 2019) (**Figure 1**). Le diagnostic peut habituellement être posé à ce stade. De plus, l'individu atteint de la MP peut aussi présenter une perte de dextérité et une diminution de la spontanéité des mouvements ainsi que de l'expressivité du visage et du clignement des yeux, appelée hypomimie (Côté et Bouchard, 2022). Les atteintes motrices débutent le plus souvent d'un côté puis deviennent bilatérales avec le temps, souvent de façon asymétrique. Les symptômes de la MP évoluent habituellement sur plusieurs années, voire plusieurs décennies.

En début de maladie, le diagnostic de MP peut parfois être difficile à établir hors de tout doute, puisqu'il s'agit essentiellement d'un diagnostic basé sur des observations cliniques (Grimes et al., 2019). La réponse positive à une thérapie de remplacement de dopamine peut venir appuyer le diagnostic de MP (Postuma et al., 2015). Avec le temps, les symptômes deviennent de plus en plus invalidants, et de nouveaux symptômes tels que la douleur, la fatigue, la dysphagie, l'hypersalivation et l'hypophonie peuvent apparaître (Côté et Bouchard, 2022; Lepage, 2012). De plus, des troubles neurocognitifs et neuropsychiatriques apparaissent et progressent habituellement avec l'avancement de la maladie (González-Usigli et al., 2023).

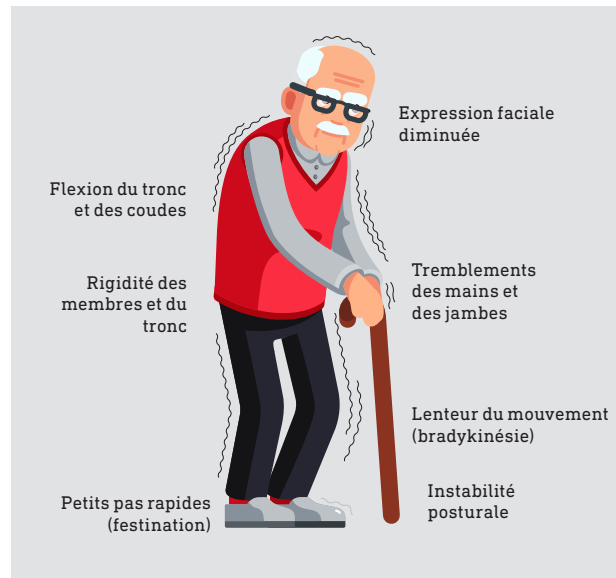
### LE TRAITEMENT

Bien que les chercheurs s'efforcent de découvrir un médicament capable de ralentir ou d'inverser la progression de la MP, le traitement demeure actuellement axé sur la gestion des symptômes. Des médicaments et des approches non médicamenteuses peuvent être utilisés de concert afin d'améliorer la qualité de vie du patient ainsi que celle de ses proches. La lévodopa (un précurseur de la dopamine) administrée sous forme de comprimé oral est le traitement de choix pour atténuer les symptômes moteurs de la MP. Son utilisation peut être débutée rapidement après le diagnostic. Elle a cependant un effet limité sur les symptômes non moteurs. La lévodopa contrôle habituellement mieux les symptômes moteurs durant les trois à six premières années, une période appelée « lune de miel ». Par la suite, son efficacité commence à fluctuer dans la journée chez environ 50 % des patients. L'état clinique des individus atteints de la MP alterne alors entre des périodes dites « ON », durant lesquelles la médication allège les symptômes, et des périodes « OFF », caractérisées par la réapparition des symptômes. Souvent, les périodes « OFF » se manifestent lorsque l'effet de la lévodopa est insuffisant : avant la prochaine dose, quelques heures après la dose précédente, la nuit ou encore le matin au réveil. Cependant, elles peuvent aussi survenir de façon imprévisible ou être associées à un effet retardé ou absent de certaines doses de lévodopa, potentiellement en lien avec des problèmes d'absorption de la médication. Au cours des périodes « OFF », les individus peuvent éprouver une variété de symptômes moteurs et non moteurs de façon plus intense : anxiété, bradypsychie, envies d'uriner impérieuses, tremblements, bradykinésie, rigidité et difficultés de mobilisation comme un blocage à la marche (*freezing*). Lors d'un épisode de blocage, la personne peut soudainement cesser de marcher, avoir de la difficulté à initier son mouvement et chuter (Côté et Bouchard, 2022).

Avec la progression de la MP, les individus peuvent également développer des dyskinésies, soit des mouvements choréiques aléatoires axiaux ou aux extrémités (Côté et Bouchard, 2022; Grimes et al., 2019). Plus fréquemment, les dyskinésies se manifestent au cours de la phase « ON ».

Une stratégie pour diminuer l'impact des fluctuations motrices consiste à modifier la fréquence d'administration et le dosage de lévodopa (Grimes et al., 2019) afin d'en contenir les valeurs plasmatiques à l'intérieur de la fenêtre thérapeutique (**Figure 2** à la page 17).

**Figure 1**  
**REPRÉSENTATION DES SYMPTÔMES MOTEURS DE LA MP :  
BRADYKINÉSIE, RIGIDITÉ, TREMBLEMENTS DE REPOS ET  
INSTABILITÉ POSTURALE**



Une autre stratégie de traitement consiste à recourir à d'autres classes de médicaments telles que les agonistes dopaminergiques, les inhibiteurs de la catéchol-O-méthyltransférase (COMT) et les inhibiteurs de la monoamine-oxydase de type B (iMAO-B) (Grimes et al., 2019). Il peut également être indiqué de prescrire des anticholinergiques ou des antitrembleurs. Ces différentes molécules permettent de potentialiser l'efficacité de la lévodopa et de prolonger son effet (**Tableau 1** à la page 16). Les individus traités avec un agoniste dopaminergique sont plus à risque de développer un trouble de contrôle des impulsions. Les professionnels de la santé doivent donc être attentifs aux comportements à caractère potentiellement compulsif (p. ex. : hypersexualité, jeu compulsif et excès dans certains loisirs) (Goetz et al., 2008).



Il est important de respecter l'horaire prévu de la médication afin d'éviter une alternance entre des périodes de baisse d'effet de la lévodopa et des périodes de dyskinésies. Un délai d'aussi peu qu'une quinzaine de minutes peut entraîner un impact significatif sur les symptômes parkinsoniens. De plus, il faut à tout prix éviter un arrêt soudain des médicaments antiparkinsoniens, lequel pourrait occasionner de graves conséquences : akinesie aiguë sévère ou syndrome neuroleptique malin (Grimes et al., 2019). Ce dernier peut mettre en danger la vie du patient en provoquant un état mental altéré, de la fièvre, de la rigidité musculaire et des changements autonomiques (Simon, Hashmi et Callahan, 2023).

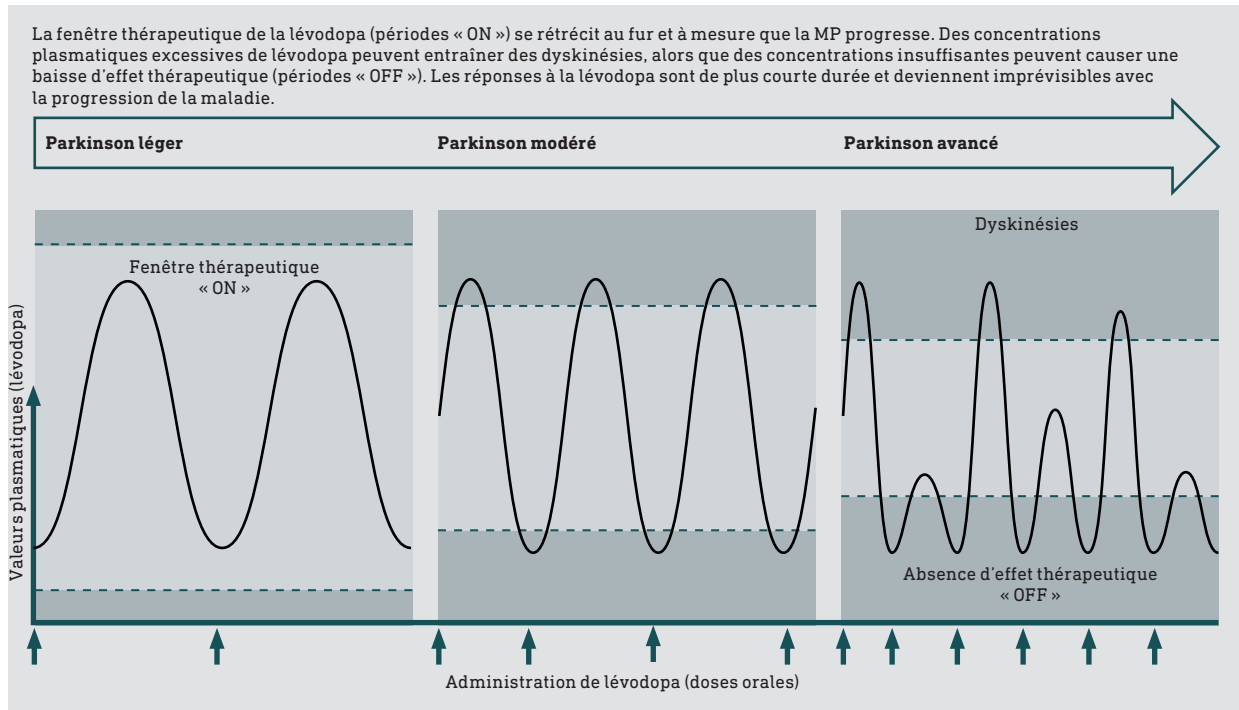
La lévodopa peut aussi être administrée de façon continue en vue de réduire les fluctuations motrices. La perfusion entérale continue d'un gel de lévodopa/carbidopa par une pompe (Duodopa<sup>MD</sup>) est maintenant utilisée de façon routinière dans le but de diminuer les fluctuations motrices et de réduire les périodes « OFF », tout en augmentant la durée des périodes « ON » sans dyskinésies. Une perfusion continue de lévodopa/carbidopa peut aussi être administrée par le biais d'un cathéter sous-cutané, ce qui permettrait également une réduction des périodes « OFF » et des fluctuations motrices (Soileau et al., 2022). Vu la popularité grandissante de ce type de dispositifs, les professionnels de la santé en milieu hospitalier seront davantage en contact avec des patients qui y recourent afin de traiter leurs symptômes (**Tableau 1**).

**Tableau 1**  
**TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DISPONIBLES AU CANADA POUR LA GESTION DES SYMPTÔMES DE LA MP**

| CLASSE, MOLÉCULE<br>(NOM COMMERCIAL)                                   | DOSAGE ET VOIE D'ADMINISTRATION                                                                                                  | UTILITÉ CLINIQUE                                                                                                | EFFETS SECONDAIRES LES PLUS<br>FRÉQUENTS                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PRÉCURSEURS DE LA DOPAMINE (MAX. 2400 MG/J LÉVODOPA)                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Lévodopa/carbidopa<br>• (Sinemet)                                    | • 100 mg/25 mg, de 3 à 12 prises par jour<br>• PO                                                                                | La lévodopa est le traitement le plus efficace pour les symptômes parkinsoniens, en plus d’être le mieux toléré | • Dyskinésies<br>• Épuisement de l'effet thérapeutique en fin de dose<br>• Nausées<br>• Hallucinations<br>• Hypotension orthostatique                  |
| • Lévodopa/<br>benserazide<br>• (Prolopa)                              | • 100 mg/25 mg, 200 mg/50 mg ou 50 mg/12.5 mg, de 3 à 12 prises par jour<br>• PO                                                 |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Lévodopa/carbidopa<br>• (Sinemet CR)                                 | • 100 mg/25 mg, 200 mg/50 mg, habituellement au coucher<br>• PO                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Gel intestinal de lévodopa/carbidopa<br>• (Duodopa)                  | • Perfusion en continu 16 ou 24 h/24 h. Dose de charge au lever et entre-doses PRN<br>• Entérale (jéjunum) sous pompe via stomie | Pour traiter certains patients à un stade avancé qui présentent des fluctuations motrices réfractaires          | • Idem aux précurseurs de la dopamine PO<br>• Douleur abdominale<br>• Vomissements<br>• Constipation<br>• Réactions au site de perfusion et infections |
| • Perfusion sous-cutanée de foslévodopa/<br>foscarbidopa<br>• (Vyalev) | • Perfusion en continu 24/24 h. Entre-doses PRN<br>• SC via pompe                                                                |                                                                                                                 | • Idem aux précurseurs de la dopamine PO<br>• Réactions au site de perfusion et infections                                                             |
| AGONISTES DOPAMINERGIQUES                                              |                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Rotigotine<br>• (Neupro)                                             | • 1 application par 24 h, max 16 mg/j<br>• Transdermique (timbre)                                                                | En traitement initial ou pour réduire les fluctuations motrices associées à la lévodopa                         | • Attaques de sommeil<br>• Hallucinations<br>• Œdème<br>• Trouble de contrôle des impulsions                                                           |
| • Pramipexole<br>• (Mirapex)                                           | • 3 prises par jour, max. 4,5 mg/j<br>• PO                                                                                       |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Ropinirole<br>• (Requip)                                             | • 3 prises par jour, max. 24 mg/j<br>• PO                                                                                        |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| INHIBITEUR DE LA CATÉCHOL-O-MÉTHYLTRANSFÉRASE (COMT)                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Entacapone<br>• (Comtan)                                             | • 200 mg avec chaque dose de lévodopa, max. 1600 mg/j<br>• PO                                                                    | Prolonge la durée d'action de la lévodopa                                                                       | • Exacerbation des effets liés à la lévodopa<br>• Diarrhées<br>• Coloration des urines<br>• Dyskinésie                                                 |
| • Lévodopa/<br>carbidopa/entacapone<br>• (Stalevo)                     | • 3 à 8 prises par jour, plusieurs doses de lévodopa avec doses fixes d'Entacapone (200mg)<br>• PO                               |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| INHIBITEUR DE LA MONOAMINE-OXYDASE DE TYPE B (MAO-B)                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Safinamide<br>• (Onstryv)                                            | • 50 ou 100 mg, 1 prise par jour<br>• PO                                                                                         | Réduit les périodes « OFF »                                                                                     | • Nausées<br>• Étourdissements<br>• Insomnie<br>• Hallucinations                                                                                       |
| • Rasagiline<br>• (Azilect)                                            | • 0,5 ou 1 mg, 1 prise par jour<br>• PO                                                                                          |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Selegiline<br>• (Eldepryl)                                           | • 5 mg, 1 ou 2 prises par jour<br>• PO                                                                                           |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| ANTI GLUTAMATERGIQUE                                                   |                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Amantadine<br>• (Symmetrel)                                          | 100 mg, 1 à 4 prises par jour                                                                                                    | Pour traiter les dyskinésies chez les patients plus jeunes et sans troubles cognitifs                           | • Troubles cognitifs<br>• Insomnie<br>• Hallucinations                                                                                                 |
| ANTICHOLINERGIQUES                                                     |                                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |
| • Benztropine<br>• (Cogentin)                                          | • 0,5 à 2 mg, 1 à 3 prises par jour<br>• PO                                                                                      | Habituellement utilisé pour traiter le tremblement réfractaire                                                  | • Troubles cognitifs<br>• Sécheresse buccale<br>• Constipation                                                                                         |
| • Trihexyphénidyle<br>• (Artane)                                       | • 1 à 2 mg, 3 prises par jour<br>• PO                                                                                            |                                                                                                                 |                                                                                                                                                        |

Source : Tableau inspiré de Abbvie, 2022, 2023; Benhaberou-Brun, 2015; Côté et Bouchard, 2022; Valeo Pharma, 2019.

**Figure 2**  
**FENÊTRE THÉRAPEUTIQUE DE LA LÉVODOPA CHEZ LES PATIENTS ATTEINTS DE LA MP**



Un traitement chirurgical de stimulation cérébrale profonde peut être offert à certains patients chez qui les fluctuations résistent au traitement médicamenteux. La chirurgie consiste à implanter des électrodes cérébrales qui sont contrôlées par un dispositif implanté sous la peau au niveau du thorax. La stimulation cérébrale profonde contribue à diminuer les dyskinésies et les périodes « OFF », tout en augmentant significativement la qualité de vie des patients. Puisque le rôle des professionnels de la santé est de soutenir le patient et ses proches dans l'utilisation de ces appareils (pompes, stimulateurs), il est pertinent d'en connaître l'existence et le fonctionnement. Parallèlement, les professionnels de la santé en milieu hospitalier doivent s'assurer que le traitement n'est jamais cessé ou modifié de façon abrupte ou accidentelle.

Finalement, l'activité physique constitue une modalité de traitement primordiale pour les gens atteints de la MP. Les lignes directrices canadiennes pour la MP recommandent, dès le diagnostic, de mettre en place un programme d'exercice qui peut être guidé par le physiothérapeute (Grimes et al., 2019). Les évidences scientifiques sont difficiles à établir quant aux bénéfices spécifiques des différents types d'exercice. La danse aurait un impact positif sur la sévérité des symptômes moteurs, et l'entraînement aquatique, sur la qualité de vie des patients (Ernst et al., 2023). Toutefois, les auteurs suggèrent de privilégier un programme d'exercice sécuritaire, adapté aux besoins, limitations et objectifs de la personne, plutôt qu'un type d'exercice spécifique.

### LES DÉFIS DU TRAITEMENT ET LEURS SOLUTIONS

L'horaire strict et complexe associé aux diverses médications utilisées pour le traitement de la MP est une source de défis pour les différents professionnels de la santé en milieu hospitalier. De récentes études ont soulevé trois problématiques importantes :

D'une part, trois patients sur quatre atteints de la MP et hospitalisés ne reçoivent pas leurs médicaments à l'heure prévue (Parkinson's Foundation, 2023), les délais d'administration pouvant aller jusqu'à 30 minutes et plus. En plus de mettre en péril la santé des patients, ces délais sont associés à une durée d'hospitalisation plus longue chez ces individus (Yu et al., 2023).

D'autre part, il a été démontré que des erreurs dans le dosage de la médication — des substitutions de formulation

et des erreurs de dosage équivalent à la lévodopa — ont été commises pour près de 20 % des journées d'hospitalisation (Yu et al., 2023).

Finalement, 10 % des patients atteints de la MP hospitalisés ont reçu des bloquants dopaminergiques (Yu et al., 2023). Ceux-ci sont habituellement prescrits pour traiter les troubles du comportement, les deliriums, les agitations ou les nausées. Il est cependant recommandé d'éviter ces médicaments (p. ex. : halopéridol, olanzapine, métoclopramide, prochlorperazine) (Gilbert, 2018), car ils peuvent aggraver les symptômes parkinsoniens (Weintraub et Hurtig, 2007). L'administration de bloquants dopaminergiques a aussi été associée à des hospitalisations plus longues, à des réadmissions plus fréquentes et à un taux de mortalité plus élevé chez les individus atteints de la MP (Yu et al., 2023). Si des antipsychotiques doivent être prescrits chez cette clientèle, la clozapine et la quétiapine sont à prioriser (Veilleux Carpentier et al., 2023). Pour traiter les nausées, la dompéridone peut être utilisée (Côté et Bouchard, 2022).

Des spécialistes de la MP ont récemment proposé différentes solutions aux problématiques soulevées en milieu hospitalier (Veilleux Carpentier et al., 2023). Une première avenue implique de mieux former les professionnels de la santé au sujet de la MP et de son traitement. Les auteurs insistent sur le fait que les professionnels de la santé en milieu hospitalier doivent comprendre l'importance de l'administration assidue de la médication antiparkinsonienne et de la documentation de celle-ci au dossier. Ils devraient aussi posséder certaines connaissances de base au sujet des pompes à libération continue et du traitement chirurgical. La formation du personnel médical en milieu hospitalier devrait également aborder la prise en charge adéquate des patients atteints de la MP qui ne peuvent momentanément pas prendre leur médication usuelle par voie orale. Par exemple, il est primordial de savoir que la lévodopa peut être écrasée et administrée par tube nasogastrique lorsqu'un patient est incapable d'avaler ou subit une chirurgie prolongée. De plus, l'équipe de soins doit être sensibilisée au rôle important de la réadaptation dans le contrôle des symptômes de la MP. Les ergothérapeutes, les orthophonistes et les physiothérapeutes peuvent grandement contribuer au maintien des capacités du patient hospitalisé (Veilleux Carpentier et al., 2023).

Les professionnels de la santé bien informés, qu'ils travaillent en milieu hospitalier ou non, doivent être en mesure d'outiller le patient de manière à favoriser son autonomie. Le patient expert de sa maladie et de son traitement pourra ensuite aider l'équipe de soins. En effet, dans les cas où le patient et ses proches sont aptes à le faire, il est recommandé qu'ils puissent gérer eux-mêmes la prise de médication antiparkinsonienne ainsi que les dispositifs à libération continue durant la période d'hospitalisation. Cela nécessite au préalable que le patient, ses proches et les membres de l'équipe de soins établissent ensemble la liste de médicaments et l'horaire à respecter (Grimes et al., 2019; Veilleux Carpentier et al., 2023). Enfin, lorsque la médication usuelle n'est pas disponible à l'hôpital, le patient devrait être autorisé à apporter sa propre médication. S'il est nécessaire de substituer un médicament, il faut utiliser une formule de conversion de la dose totale de lévodopa (Veilleux Carpentier et al., 2023). Dans cette situation, la collaboration interprofessionnelle entre l'infirmière, le médecin et le pharmacien est fortement recommandée.

## EN CONCLUSION

L'accompagnement des patients atteints de la MP à l'hôpital représente un défi pour les professionnels de la santé en raison de la diversité des symptômes et de la complexité du traitement. Heureusement, les actions entreprises par les membres de l'équipe soignante peuvent contribuer à une gestion accrue des symptômes de la maladie et à la prévention des complications fréquentes liées à l'hospitalisation chez cette clientèle. Le respect scrupuleux de l'horaire des médicaments antiparkinsoniens, la formation continue du personnel, l'éducation des patients, la promotion de leur autonomie ainsi que la collaboration interprofessionnelle constituent autant de solutions aux défis que représente la prise en charge de la MP en milieu hospitalier. En raison de la croissance significative du nombre de cas de MP, il sera de plus en plus crucial de pouvoir compter sur l'expertise infirmière afin d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients qui en sont atteints. •

## LES AUTEURS

**CHARLIE BUCHMANN**  
B. Sc.

Faculté de médecine,  
Université de Sherbrooke

Axe Neurosciences, Centre de  
recherche du CHU de Québec-  
Université Laval

**CATHERINE DÉRY**  
Inf., M. Sc. (o)

Faculté de médecine,  
Université Laval

Axe Neurosciences, Centre de  
recherche du CHU de Québec-  
Université Laval

**GENEVIÈVE LABRECQUE**  
IPSSA

Clinique Neuro-Lévis  
CISSS de

Chaudière-Appalaches

**MANON BOUCHARD**  
M.D., FRCPC

Neurologue spécialisée en  
troubles du mouvement

Faculté de médecine,  
Université Laval  
Clinique Neuro-Lévis  
CISSS de  
Chaudière-Appalaches

**NICOLAS DUPRÉ**  
M.D., FRCPC

Neurologue, chercheur  
et codirecteur du Réseau  
Parkinson Québec

Faculté de médecine,  
Université Laval  
Axe Neurosciences, Centre de  
recherche du CHU de Québec-  
Université Laval

## RÉFÉRENCES

- Abbvie. (2022). «Duodopa – Monographie avec renseignements destinés aux patients». Repéré à [https://www.abbvie.ca/content/dam/abbvie-dotcom/ca/fr/documents/products/DUODOPA\\_PM\\_FR.pdf](https://www.abbvie.ca/content/dam/abbvie-dotcom/ca/fr/documents/products/DUODOPA_PM_FR.pdf)
- Abbvie. (2023). «Vyalev – Product monograph including patient medication information». Repéré à [https://www.abbvie.ca/content/dam/abbvie-dotcom/ca/en/documents/products/VYALEV\\_PM\\_EN.pdf](https://www.abbvie.ca/content/dam/abbvie-dotcom/ca/en/documents/products/VYALEV_PM_EN.pdf)
- Benhabrou-Brun, D. (2015). «La maladie de Parkinson – Un équilibre fragile». Perspective infirmière, 12(2), 43-46. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/Vol12no2/13-pratique-clinique.pdf>
- Boelens Keun, J.T., Arnoldussen, I.A., Vriend, C. et van de Rest, O. (2021). «Dietary approaches to improve efficacy and control side effects of Levodopa therapy in Parkinson's disease: A systematic review». Advances in Nutrition, 12(6), 2265-2287.
- Côté, G. et Bouchard, M. (2022). «La maladie de Parkinson». Omnipratique.net
- Dorsey, E.R., Sherer, T., Okun, M.S. et Bloem, B.R. (2018). «The emerging evidence of the Parkinson pandemic». Journal of Parkinson's Disease, 8(s1), s3-s8. Repéré à <https://doi.org/10.3233/jpd-181474>
- Ernst, M., Folkerts, A.-K., Gollan, R., Lieker, E., Caro-Valenzuela, J., ... Kalbe, E. (2023). «Physical exercise for people with Parkinson's disease: A systematic review and network meta-analysis». Cochrane Database of Systematic Reviews, 1(CD013856). Repéré à <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013856.pub2>
- Gilbert, R. (2018). «Medications to be avoided or used with caution». American Parkinson Disease Association. Repéré à [https://www.apdaparkinson.org/wp-content/uploads/2018/05/APDA-Meds\\_to\\_Avoid.pdf](https://www.apdaparkinson.org/wp-content/uploads/2018/05/APDA-Meds_to_Avoid.pdf)
- Goetz, C.G., Tilley, B.C., Shaftman, S.R., Stebbins, G.T., Fahn, S., ... Lapelle, N. (2008). «Movement Disorder Society-sponsored revision of the Unified Parkinson's Disease Rating Scale (MDS-UPDRS): Scale presentation and clinimetric testing results». Movement Disorders, 23(15), 2129-2170. Repéré à <https://doi.org/10.1002/mds.22340>
- Goldman, J.G. et Postuma, R. (2014). «Premotor and nonmotor features of Parkinson's disease». Current Opinion in Neurology, 27(4), 434-441. Repéré à <https://doi.org/10.1097/wco.0000000000000112>
- González-Usigli, H.A., Ortiz, G.G., Charles-Niño, C., Mireles-Ramírez, M.A., Pacheco-Moisés, F.P., ... Ramírez-Jirano, L.J. (2023). «Neurocognitive psychiatric and neuropsychological alterations in Parkinson's disease: A basic and clinical approach». Brain Sciences, 13(3), 508. Repéré à <https://www.mdpi.com/2076-3425/13/3/508>
- Grimes, D., Fitzpatrick, M., Gordon, J., Miyasaki, J., Fon, E.A., ... Hutton, B. (2019). «Canadian guideline for Parkinson disease». Canadian Medical Association Journal, 191(36), E989-E1004. Repéré à <https://doi.org/10.1503/cmaj.181504>
- Hustad, E. et Aasly, J.O. (2020). «Clinical and imaging markers of prodromal Parkinson's disease». Frontiers in Neurology, 11, 395. Repéré à <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00395>

- Lepage, C. (2012). «Les symptômes non moteurs: la face cachée de la maladie de Parkinson». Le Médecin du Québec, 47(8), 45-51.
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2023). «Maladie de Parkinson – Principaux faits». Repéré à <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/parkinson-disease>
- Parkinson's Foundation. (2023). «Making hospitals safer for people with Parkinson's disease: The Parkinson's Foundation hospital care initiative». Repéré à <https://www.parkinson.org/sites/default/files/documents/hospital-care-report-april-2022.pdf>
- Postuma, R.B., Berg, D., Stern, M., Poewe, W., Olanow, C.W., Oertel, W., ... Deuschl, G. (2015). «MDS clinical diagnostic criteria for Parkinson's disease». Movement Disorders, 30(12), 1591-1601. Repéré à <https://doi.org/10.1002/mds.26424>
- Simon, L.V., Hashmi, M.F. et Callahan, A.L. (2023). «Neuroleptic malignant syndrome». StatPearls. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing.
- Soileau, M.J., Aldred, J., Budur, K., Fisseha, N., Fung, V.S., ... Hauser, R.A. (2022). «Safety and efficacy of continuous subcutaneous foslevodopa-foscarbidopa in patients with advanced Parkinson's disease: A randomised, double-blind, active-controlled, phase 3 trial». The Lancet/Neurology, 21(12), 1099-1109. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00400-8](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00400-8)
- Tosin, M.H.S., Mecone, C.A.C., Oliveira, F.M., Tsui, D.S., Tan, S.-B., ... De Oliveira, B.G.R.B. (2022). «Nursing and Parkinson's disease: A scoping review of worldwide studies». Clinical Nursing Research, 31(2), 230-238. Repéré à <https://doi.org/10.1177/10547738211044047>
- Valeo Pharma. (2019). «Product monograph including patient medication information-Onstryv». Repéré à [https://pdf.hres.ca/dpd\\_pm/00049142.PDF](https://pdf.hres.ca/dpd_pm/00049142.PDF)
- Veilleux Carpentier, A., Salloum, R.G. et Okun, M.S. (2023). «Practical proactive and preventative Parkinson's disease strategies for management in the hospital setting». Parkinsonism & Related Disorders, 113, 105515. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2023.105515>
- Weintraub, D. et Hurtig, H.I. (2007). «Presentation and management of psychosis in Parkinson's disease and dementia with Lewy bodies». American Journal of Psychiatry, 164(10), 1491-1498. Repéré à <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040715>
- Yu, J.R.T., Sonnem, C., Hogue, O., Ghosh, D., Brooks, A., ... Walter, B.L. (2023). «Establishing a framework for quality of inpatient care for Parkinson's disease: A study on inpatient medication administration». Parkinsonism & Related Disorders, 113, 105491. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2023.105491>

# Fais du CISSS de la Gaspésie TA destination!

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Gaspésie Québec

Visite notre site Web et découvre tous les avantages dont tu pourrais bénéficier!

Crédit d'impôt pour nouveau diplômé

Programme Bienvenue en Gaspésie

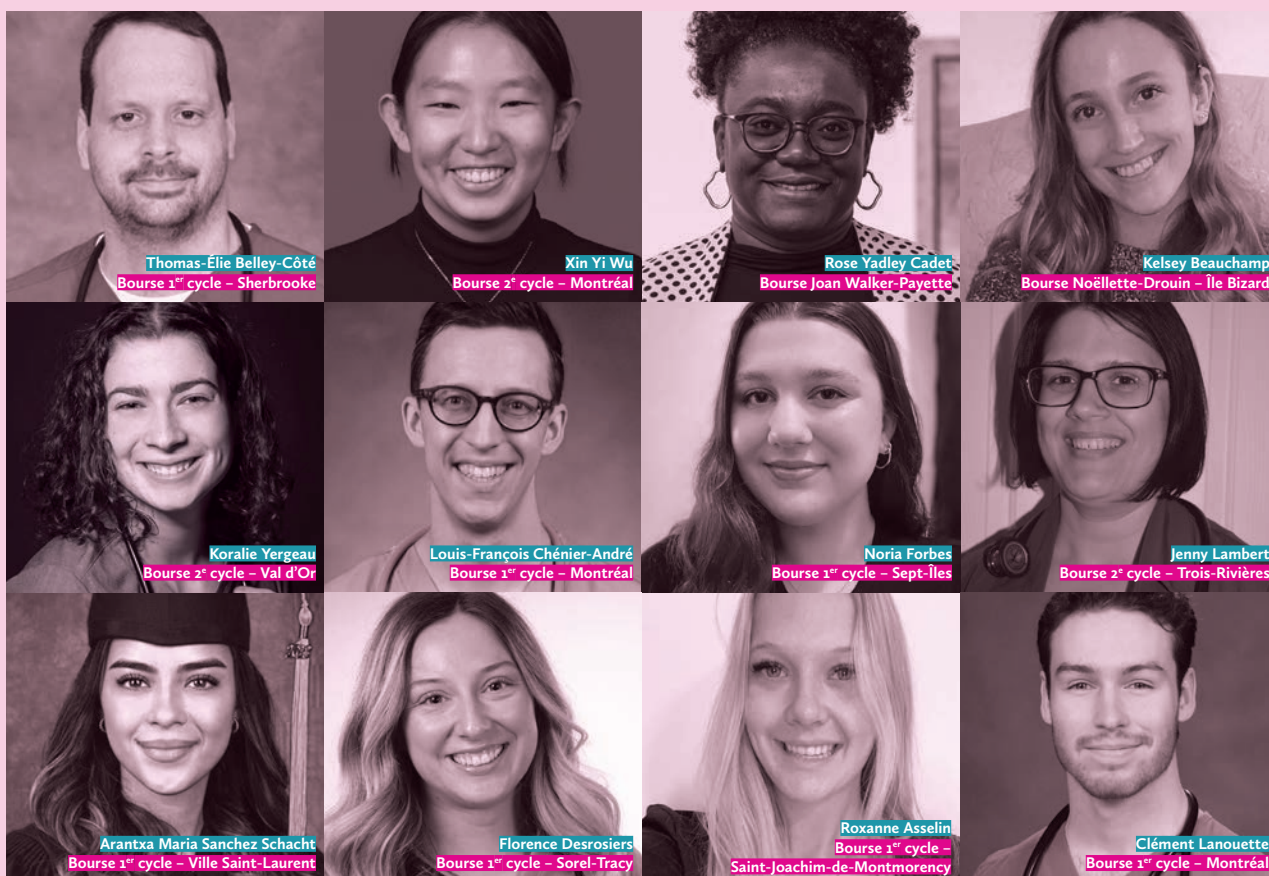
Séjour exploratoire

[www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/ma-carriere](http://www.ciass-gaspesie.gouv.qc.ca/ma-carriere)

# VOS COLLÈGUES VOUS REMERCIENT!

La Fondation de l'OIIQ et ses boursiers remercient chaleureusement les infirmières et infirmiers qui ont fait un don lors de l'inscription au Tableau 2024-2025.

En offrant un soutien financier, vous encouragez les études en sciences infirmières et le développement professionnel de collègues, partout au Québec. L'an dernier, plus d'une vingtaine de professionnels ont bénéficié de bourses d'études de la Fondation en partenariat avec les douze sections de l'OIIQ.



Découvrez comment la Fondation soutient le développement de la profession à [fondationoiiq.org](https://fondationoiiq.org)



Fondation de l'Ordre  
des infirmières et  
infirmiers du Québec

*Pour mieux soigner.*



# Projet Para-Chutes : prévention des chutes chez les personnes âgées de 65 ans et plus en CHSLD

L'infirmière en pratique avancée, un rôle à développer

Le phénomène de chute chez les personnes âgées (PA) de 65 ans et plus constitue un véritable enjeu de santé publique. En effet, ces chutes occasionnent souvent des visites à l'urgence, des hospitalisations, une perte de la qualité de vie ainsi que des décès (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2019; Pelliard, Brika et Rulleau, 2021). En 2021, on comptait 1,75 million de personnes de 65 ans et plus au Québec, ce qui représente 20 % de l'ensemble de la population (Institut de la statistique du Québec, 2020). Il est donc nécessaire d'envisager des solutions pérennes visant à répondre aux besoins des PA. Or, l'infirmière en pratique avancée (IPA) peut jouer un rôle capital dans le développement de pratiques professionnelles novatrices. Cet article décrit le projet Para-Chutes, qui propose une formation à l'équipe clinique afin de réduire les chutes dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région de Lanaudière.

par JÉSULIENNE RÉGISTRE, inf., B. Sc., EVY NAZON, inf., Ph. D., MARIE-ÈVE POULIOT, inf., M. Sc., et CAROLINE LANGLOIS

## LES CHUTES CHEZ LES ÂÎNÉS

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la chute comme « un événement à l'issue duquel une personne se retrouve, par inadvertance, sur le sol ou toute autre surface située à un niveau inférieur à celui où elle se trouvait précédemment, à l'exclusion du changement intentionnel de position pour s'appuyer sur un meuble, un mur ou tout autre objet » (OMS, 2007, 2021). En milieu d'hébergement, des événements indésirables tels que les chutes, déclarés dans le « Rapport de déclaration d'incident ou d'accident (AH-223-1) », surviennent régulièrement chez les aînés ayant ou non des atteintes cognitives. Au Québec, pour les années 2011-2012 à 2019-2020, le nombre total d'hospitalisations liées aux chutes était de 214 330, et la population d'au moins 65 ans représentait 71,2 % de l'ensemble de ces hospitalisations (Institut national de santé publique du Québec [INSPQ], 2022). Les chutes sont la première cause de décès chez les aînés. Entre 2000 et 2019, 21 644 décès sont survenus et 91,9 % d'entre eux sont attribuables aux chutes chez les PA de 65 ans et plus (INSPQ, 2022). Par ailleurs, les coûts liés aux chutes, en 2019, étaient estimés

à un montant de 1,9 milliard de dollars, soit 1,5 milliard en soins de santé et 400 millions en coûts indirects (Beaulé et Stronach, 2019).

Dans la région de Lanaudière, le nombre total de chutes pour 2020-2021, indiqué dans le Rapport annuel de gestion du CISSS de Lanaudière (2021a), s'élevait à 7 617. En 2015-2017, les chutes ont été responsables de 4 554 hospitalisations dans cette même région et 63 % de ces hospitalisations étaient plus fréquentes chez les PA de 65 ans et plus (Lamoureux-Théorêt et Bégin, 2019). En ce qui a trait aux décès causés par des chutes, ceux-ci s'élevaient à 198, entre 2014 et 2016, et les PA de 65 ans et plus représentaient 90 % de ces décès (Lamoureux-Théorêt et Bégin, 2019). De ce fait, l'intervention de l'IPA dans les milieux d'hébergement est essentielle pour améliorer la qualité et la sécurité des soins offerts aux personnes âgées présentant un risque de chutes élevé (Carpenter et al., 2014; Wallis et al., 2018).

On retrouve plusieurs facteurs de risque non modifiables, modifiables, organisationnels, environnementaux, interpersonnels et sociétaux qui favorisent les chutes (**Tableau 1**).

**TABEAU 1**  
**FACTEURS DE RISQUE DE CHUTES DANS LES MILIEUX D'HÉBERGEMENT**

| FACTEURS DE RISQUE | EXEMPLES                                                                                                  |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Non modifiables    | Âge, sexe, trouble neurocognitif, delirium                                                                |
| Modifiables        | Polymédication, sédentarité, dénutrition, déshydratation                                                  |
| Organisationnels   | Ratio de personnel vs nombre de résidents élevé, peu ou manque de formation relativement aux chutes       |
| Environnementaux   | Cloche d'appel loin de la portée du résident, lit non abaissé après les soins, encombrement de la chambre |
| Interpersonnels    | Manque d'inclusion de la famille, manque de soins centrés sur le résident                                 |
| Sociétaux          | Niveau de scolarité, barrière linguistique, analphabétisme                                                |

### Les facteurs de risque non modifiables

Les facteurs de risque de chutes non modifiables correspondent aux facteurs intrinsèques, notamment l'âge, le sexe et les antécédents de chute, de même que les comorbidités telles que l'ostéoporose, l'arthrose, l'incontinence urinaire, le trouble du sommeil et la dépression (Blain et al., 2015; Guirguis-Blake et al., 2018). Il est à noter que les PA ayant la maladie de Parkinson sont plus à risque de chuter et celles de sexe féminin sont plus à risque de subir une fracture après avoir chuté, car elles sont plus sujettes à l'ostéoporose (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2014; Bellehumeur, 2019). Les autres facteurs de risque non modifiables liés aux PA sont le trouble neurocognitif, le delirium (p. ex. : lors d'une infection urinaire), les troubles de la marche, de l'équilibre et de la force musculaire, ainsi que les troubles visuels et auditifs (INSPQ, 2022; MSSS, 2011; Slade et al., 2017).

### Les facteurs de risque modifiables

Les facteurs modifiables sont relatifs aux facteurs extrinsèques à la personne. Ils sont rattachés à la polymédication (p. ex. : antihypertenseurs, anticoagulants, psychotropes, hypnotiques, opiacés), à l'hypotension orthostatique, à la sédentarité, à la dénutrition, à la déshydratation ainsi qu'au port de chaussures ou de chaussettes non antidérapantes (Blain et al., 2015; INSPQ, 2022; Ratsimbazafy et al., 2021). De plus, une mauvaise utilisation de l'aide pour le déplacement, comme les déambulateurs (p. ex. : marchettes), les cannes et les fauteuils roulants, peut aussi entraîner une chute chez les aînés. Il convient de préciser que ces facteurs peuvent être évités ou modifiés par une prise en charge adéquate des aînés (ASPC, 2014; INSPQ, 2022).

### Les facteurs de risque organisationnels

Les facteurs de risque organisationnels sont ceux qui concernent l'établissement de santé. En font partie : le ratio de personnel comparativement au nombre de résidents en milieu d'hébergement, le peu de formation continue offerte aux infirmières ou aux préposés aux bénéficiaires (PAB) relativement aux chutes (p. ex. : les moyens de prévention), de même que les connaissances insuffisantes ou erronées sur les résidents (CISSS de Lanaudière, 2023a; Mendes, Lopes Seixas et Silva, 2019; Voyer, Rey et Savoie, 2023). En CHSLD, les politiques et protocoles élaborés pour prévenir les chutes permettent en général d'assurer la sécurité des résidents. Cependant, leur application inadéquate ainsi que le manque de suivi constituent une des raisons principales de la difficulté à prévenir les chutes chez la PA (CISSS de Lanaudière, 2023a; Godlock, Christiansen et Feider, 2016). En réalité, les professionnels de la santé considèrent la chute récidivante comme un « syndrome gériatrique », c'est-à-dire l'accumulation de déficits liés aux effets du vieillissement (p. ex. : la confusion, les troubles de l'équilibre) ou l'altération de plusieurs systèmes d'organes qui affectent le statut fonctionnel des aînés et qui mènent à une perte des capacités d'équilibre (Gonthier, 2014; Pepersack et Baudry, 2013). De telles croyances peuvent entraîner une prise en charge inadéquate qui ne correspond pas aux besoins des résidents.

### Les facteurs de risque environnementaux, interpersonnels et sociétaux

Bien que moins fréquents, les facteurs de risque environnementaux, interpersonnels et sociétaux doivent également être pris en considération.

Les facteurs environnementaux font référence à l'environnement physique, comme un lit qui n'est pas à son niveau le plus bas après les soins, les freins du lit ou des fauteuils non enclenchés, la cloche d'appel ou tout autre objet essentiel loin de la portée du résident, la literie qui traîne par terre, l'encombrement de la chambre, le plancher mouillé et l'éclairage non adéquat la nuit. Ceux-ci peuvent provoquer une chute chez la PA (Hoke et Guarracino, 2016; Malouin-Benoit, Cossette et Patenaude, 2012; MSSS, 2011). Sur le plan interpersonnel, le manque d'inclusion de la famille dans les soins de l'usager, notamment pour aider à la marche ou aux transferts, ainsi que le manque de soins centrés sur l'usager ont été identifiés comme des facteurs de risque (Mendes et al., 2019). Sur le plan sociétal, le niveau de scolarité, l'analphabétisme, la barrière linguistique ainsi qu'un faible revenu des usagers ont souvent été déterminés comme des éléments pouvant contribuer au risque de chute (Choque, 2017).

Ces différents facteurs de risque entraînent de nombreuses conséquences sur la santé et la qualité de vie des résidents dans les milieux d'hébergement. À cet effet, on observe, par exemple, les traumatismes crâniens et les fractures de la hanche, la diminution de l'activité physique, la perte d'autonomie, les douleurs chroniques et le risque de décès (ASPC, 2005; INSPQ, 2022).

### LA PRÉVENTION DES CHUTES AU CISSS DE LANAUDIÈRE

Pour réduire les chutes chez les aînés, le CISSS de Lanaudière a mis en place plusieurs initiatives dans ses CHSLD. On retrouve, entre autres, un document intitulé « Stratégie intégrée de prévention des chutes », qui a pour but de diminuer le nombre de chutes et de blessures chez les usagers. Ce programme, qui cible autant les membres du personnel que les usagers, inclut la tournée intentionnelle, répandue au Canada et aux États-Unis, qui doit être réalisée par le personnel soignant pour répondre à certains besoins fondamentaux des personnes soignées et ainsi, améliorer leur sécurité (CISSS de Lanaudière, 2021b; Voyer et al., 2023). Par ailleurs, une formation sur la prévention des chutes est offerte sur la plateforme d'Environnement numérique d'apprentissage (ENA) à tout le personnel soignant. De plus, le CISSS de Lanaudière a procédé à l'achat d'environ 20 lits d'Umano Medical<sup>MD</sup>, soit des lits à très bas niveau, dotés de détecteurs de mobilité. Ces lits ont été attribués aux résidents qui présentent un risque de chute, entre autres à ceux qui ont tendance à enjamber les ridelles pour pouvoir sortir du lit. Une autre stratégie visant à limiter les chutes est l'application de la démarche intégrée du MSSS (2022), intitulée OPUS-AP, dont la signification de l'acronyme est optimiser les pratiques, les usages, les soins et les services-antipsychotiques, laquelle vise à favoriser l'utilisation optimale des médicaments en milieu d'hébergement de longue durée. Conformément à cette démarche, il

convient de favoriser la déprescription des antipsychotiques ou de toute médication qui engendre une situation susceptible de provoquer une chute du résident ayant un trouble neurocognitif majeur et aux prises avec des syndromes comportementaux et psychologiques liés à la démence (SCPD). Des interventions non pharmacologiques sont donc privilégiées par les membres du personnel clinique.

Cependant, malgré ces mesures, les chutes demeurent un événement préoccupant au CISSS de Lanaudière, d'où l'importance du projet Para-Chutes.

### Le projet Para-Chutes

Le projet Para-Chutes est une intervention qui a été élaborée dans le cadre de mon stage de maîtrise en intervention clinique de l'Université du Québec en Outaouais. Le but était de développer une formation destinée aux résidents, à leurs proches et à l'équipe clinique afin de les aider à prévenir les chutes dans les CHSLD. Les objectifs de ce projet visent à :

1. Connaître les facteurs de risque de chutes et les conséquences d'une chute chez les résidents âgés de 65 ans et plus.
2. Sensibiliser l'équipe clinique sur l'importance de prévenir les chutes chez les résidents.
3. Démontrer la capacité à sécuriser l'environnement d'un résident à l'aide du matériel présent dans une chambre des erreurs (simulation *in situ*).

### La mise en œuvre du projet « Para-Chutes »

La mise en œuvre du projet Para-Chutes comprend quatre étapes, soit l'analyse des besoins du milieu, la planification de l'intervention, l'implantation de la formation et l'évaluation de l'intervention (Encadré 1).

#### Encadré 1

#### ÉTAPES DU PROJET PARA-CHUTES

|                                 |
|---------------------------------|
| Analyse des besoins du milieu   |
| Planification de l'intervention |
| Implantation de la formation    |
| Évaluation de l'intervention    |

#### Étape 1 : analyse des besoins du milieu

Afin de réaliser une intervention adaptée, il était important de procéder préalablement à une analyse approfondie du milieu. Pour ce faire, plusieurs moyens de collecte de données ont été utilisés, tels que la recherche documentaire et la consultation des rapports d'analyse du CISSS de Lanaudière relativement aux chutes en vue de connaître leur nombre, leurs causes et leur gravité, mais aussi des discussions avec les conseillères cadres et des rencontres avec les gestionnaires de CHSLD et la Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) afin de mieux cerner la problématique. C'est ainsi qu'une formation sur la prévention des chutes a été identifiée comme le meilleur moyen d'aider le personnel soignant dans la prévention et la réduction des chutes.

#### Étape 2 : planification de l'intervention

À cette étape, l'élaboration du projet a été basée sur deux cadres théoriques, soit :

1. La théorie des soins centrés sur la personne (McCormack et McCance, 2010), qui souligne que l'expérience de vie, la personnalité et le réseau de soutien doivent être pris en compte par le personnel clinique en vue de prodiguer des soins appropriés.
2. La théorie sociale cognitive (TSC) de Bandura (1977), qui vise l'efficacité personnelle et réfère à la croyance qu'une

personne possède la capacité à atteindre un objectif fixé, la confiance de contrôler son comportement et la faculté d'être à l'origine de ses actes (autonomisation).

Le milieu choisi pour cette intervention est un CHSLD faisant partie du CISSS de Lanaudière. La population ciblée est le personnel du CHSLD. Plusieurs parties prenantes ont été contactées dans le but d'obtenir un certain nombre de participants. Les parties prenantes sont toutes les personnes qui ont été consultées dès les premières étapes de l'élaboration du projet et qui ont donné leur autorisation, leurs opinions ou des renseignements pour que la formation réponde aux besoins du milieu. Ces personnes sont notamment la directrice des soins infirmiers, la gestionnaire du CHSLD, les conseillères en soins infirmiers du secteur de l'hébergement et le comité des résidents en hébergement. De plus, les infirmières et les infirmières auxiliaires ont été impliquées dans le processus, leur rôle consistant à faire le dépistage des risques de chute de l'usager dès son admission au CHSLD. Les données recueillies ont permis d'identifier les causes des chutes qui sont les plus récurrentes. Une communication efficace et continue avec les parties prenantes a également facilité la possibilité pour l'étudiante-IPA d'offrir une intervention adaptée aux besoins du milieu.

#### Étape 3 : implantation de la formation

La formation, qui s'est déroulée les 17 et 18 mai 2023, comprenait deux volets : un théorique et un pratique. Le volet théorique était composé d'un questionnaire en ligne de 12 questions, intégré dans la plateforme interactive Wooclap que les participants devaient remplir avant et après la formation. Une copie papier de ce même questionnaire a été distribuée à ceux qui ne possédaient pas de téléphone cellulaire. Remis avant la formation, ce questionnaire visait à déterminer le niveau de connaissance des participants en matière de chutes. Il a ensuite été rempli après la formation afin de vérifier l'enrichissement de leurs connaissances. Subséquentement, un feuillet explicatif, résumant les facteurs de risque et les conséquences d'une chute, a été remis aux participants à la fin de la formation. Une telle méthode permet d'encourager la révision des éléments abordés lors de la formation, et ce, dans le cadre d'un échange ouvert et informel (Bartholomew et al., 2016).

D'autre part, le volet pratique comprenait une simulation *in situ* en lien avec les chutes. Ce type de simulation est une méthode pédagogique active visant à remplacer une expérience réelle par une expérience guidée et interactive dans le but d'améliorer la qualité et la sécurité des soins (Fent et al., 2015; Kurup, Matei et Ray, 2017). De plus, se déroulant dans le milieu de soins entre collègues de travail, cette simulation permet de faciliter l'acquisition d'habiletés, l'application des connaissances et la création d'un sentiment de confiance au sein de l'équipe (Chiniara, 2019; Lee et al., 2019). Dans le cadre de la formation, la simulation *in situ* consistait en une chambre des erreurs comportant des éléments de danger pouvant entraîner ou causer des chutes. Les participants devaient être en mesure d'identifier les erreurs (p. ex. : les situations à haut risque de chutes), mais aussi de planifier les moyens de les surmonter dans le but d'assurer aux résidents un environnement sécuritaire. À cet effet, quatre mises en situation ont été proposées dans le but de fournir aux participants l'occasion d'assimiler différents types d'apprentissage, de la prévention à la prise en charge d'une chute (Lee et al., 2019). Enfin, une dernière méthode mise à profit était la rétroaction. Cette façon de faire est compatible avec le sentiment d'efficacité personnelle de la TSC. Elle consiste à fournir un retour aux apprenants sur la façon dont ils accomplissent le volet pratique de l'intervention (Kelder, Hoelscher et Perry, 2015).

Un total de 39 participants (n = 39) ont assisté à la formation, soit des conseillères en soins infirmiers, des assistantes du supérieur immédiat (ASI), des infirmières et infirmières auxiliaires, une technicienne en éducation spécialisée (TES),

des intervenants en loisir, des préposés aux bénéficiaires, un technologue en physiothérapie (TRP), une nutritionniste, une travailleuse sociale, une aide de service et une agente administrative.

#### Étape 4 : évaluation de l'intervention

Les résultats du questionnaire montrent une progression des connaissances des participants allant de 66 % au pré-test à 87 % au post-test par rapport au risque de chutes, aux conséquences et aux mesures à prendre pour les prévenir. De même,

des données ont été recueillies à l'aide des registres du CISSS de Lanaudière et du formulaire AH-223-1. L'analyse de ces formulaires, après la formation, révèle une baisse de 10 chutes pour la période 2 en 2023 et de 13 chutes pour la période 4 en 2023, deux périodes durant lesquelles la formation sur les chutes a été donnée par l'étudiante-IPA et par les conseillères en soins (**Tableau 2**).

**Tableau 2**  
**COMPARAISON DES CHUTES POUR LES ANNÉES 2022 ET 2023**

| PÉRIODES                                                                                                                             | ANNÉE 2022 | ANNÉE 2023 | DIFFÉRENCE DU NOMBRE DE CHUTES POUR 2022-2023 PAR PÉRIODE |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Période 1 :</b><br>du 1 <sup>er</sup> au 22 avril                                                                                 | 29         | 53         | ↑ 24                                                      |
| <b>Période 2 :</b><br>du 23 avril au 20 mai<br>(formation sur les chutes donnée par l'étudiante-IPA en 2023)                         | 55         | 45         | ↓ 10                                                      |
| <b>Période 3 :</b><br>du 21 mai au 17 juin                                                                                           | 41         | 46         | ↑ 5                                                       |
| <b>Période 4 :</b><br>du 18 juin au 15 juillet<br>(formation sur les chutes donnée par les conseillères en soins infirmiers en 2023) | 49         | 36         | ↓ 13                                                      |
| <b>Période 5 :</b><br>du 16 juillet au 12 août                                                                                       | 40         | 49         | ↑ 9                                                       |
| <b>Période 6 :</b><br>du 13 août au 9 septembre                                                                                      | 40         | 46         | ↑ 6                                                       |
| <b>Total<sup>1</sup></b>                                                                                                             | 254        | 275        |                                                           |

Source : CISSS de Lanaudière, 2023a.

<sup>1</sup> Ces données correspondent à la somme des chutes comptabilisées par le CISSS de Lanaudière à partir du formulaire AH-223-1.

Même si en 2023, le nombre total des chutes a augmenté de 21 comparativement à l'année 2022, on observe une baisse du nombre de chutes lors des périodes suivant la formation, c'est-à-dire les périodes 2 et 4. D'ailleurs, les données obtenues auprès du CISSS de Lanaudière indiquent 49 chutes pour la période 5 et 46 chutes pour la période 6 en 2023. À cet effet, deux hypothèses sont émises pour expliquer une telle augmentation. Bien que la formation ait été donnée à des employés de l'établissement à quelques reprises durant la période 4, le nombre de participants était peu élevé et ces derniers n'étaient pas représentatifs des différentes appellations d'emploi que l'on retrouve dans le CHSLD où les formations ont été offertes.

L'intervention a aussi été évaluée qualitativement par les participants à l'aide du *Formulaire d'évaluation d'une formation* du CISSS de Lanaudière. Les résultats obtenus révèlent une évaluation globale satisfaisante des participants (**Tableau 3**), qui ont exprimé avoir apprécié les deux volets de la formation. Ils ont notamment souligné que la méthode pédagogique active utilisée facilitait l'apprentissage quant à la prise en charge des aînés à risque de chute et permettait de mieux gérer les chutes lorsqu'elles se produisaient dans le milieu d'hébergement.

**Tableau 3**  
**EXTRAITS DES VERBATIM DES PARTICIPANTS AU PROJET PARA-CHUTES**

| QUESTIONS ET APPRÉCIATIONS                                                                                                            | VERBATIM DES PARTICIPANTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Quels apprentissages mettrez-vous en pratique dès demain (ce que je continuerai de faire, commencerai à faire ou arrêterai de faire)? | <ul style="list-style-type: none"> <li>« Il est important de vérifier les facteurs de risque, la sécurité des patients. »</li> <li>« En plus des soins à donner, s'intéresser à nos patients. Mettre tout ce qu'on a appris en pratique. »</li> <li>« Toujours placer les choses proches. Dégager les espaces de passage. »</li> </ul> |
| Appréciation générale de la formation                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>« La formation était à la hauteur de mes compétences et très bien expliquée. »</li> <li>« Très intéressant. Recommandée à tout le personnel du CISSS. »</li> </ul>                                                                                                                              |
| Appréciation de la méthode pédagogique active utilisée                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>« Vraiment bien adaptée à notre réalité. Très stimulante! »</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                          |

Source : Formulaire d'évaluation d'une formation du CISSS de Lanaudière, 2023a.

### Le rôle de l'IPA en milieu d'hébergement

Le rôle de l'infirmière en pratique avancée, comme démontré dans l'implantation du projet Para-Chutes, s'avère d'une importance cruciale dans les centres de soins de longue durée. Puisque les aînés ont besoin de soins de plus en plus complexes, l'IPA peut se déployer à différents niveaux afin de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des aînés et de la qualité des soins offerts, ainsi qu'à la satisfaction de leur famille (Donald et al., 2013). Les activités de l'IPA dans les milieux d'hébergement supposent une approche holistique ainsi qu'une relation de partenariat en interdisciplinarité avec les autres professionnels de la santé dans la prise en charge des résidents (Kagan et Puppione, 2011; Kneafsey, Clifford et Greenfield, 2013). Elle doit utiliser les résultats de la recherche pour guider ses interventions, assurer la coordination des soins ainsi que la formation d'autres professionnels, comme ce fut le cas dans le projet Para-Chutes. L'IPA doit aussi être apte à analyser les situations cliniques et à y porter un regard critique, en plus d'être capable de mobiliser ses connaissances, son savoir-faire et son expérience professionnelle pour y puiser les outils lui permettant de s'adapter aux situations de soins complexes et de prendre des décisions pertinentes (Manly et al., 2018). Enfin, ajoutons que l'IPA est aussi appelée à contribuer au développement de l'autonomie des infirmières qui travaillent en milieu d'hébergement et à les aider à s'approprier leur plein champ d'exercice.

### Les retombées et les limites du projet Para-Chutes

La formation utilisée par les conseillères en soins infirmiers du secteur de l'hébergement du CISSS de Lanaudière demeure l'une des retombées importantes du projet Para-Chutes. La directrice des soins infirmiers a en effet décidé que cette formation serait intégrée dans le calendrier annuel de formations du personnel travaillant dans les différents CHSLD de ce centre. Les limites de ce projet se traduisent par la non-participation de certains professionnels clés, comme les médecins et les

pharmaciens. Compte tenu de l'importance des facteurs de risque de chutes liées à la médication, il aurait été pertinent qu'ils soient impliqués dans le projet.

### Les recommandations

La mise en place du projet Para-Chutes a permis de faire ressortir plusieurs recommandations en tenant compte des cinq domaines d'activité de l'infirmière que sont la formation, la gestion, la pratique, la recherche et le politique (Pepin, Ducharme et Kérouac, 2017). Pour ce qui est de la formation, les IPA doivent acquérir des compétences sur le plan pédagogique (p. ex. : pédagogie active) afin de pouvoir offrir des formations dynamiques et attrayantes favorisant la motivation et la participation du personnel. En ce qui concerne la gestion, les IPA ont besoin de faire preuve de leadership clinique et de travailler en étroite collaboration avec les chefs d'unité et les ASI afin de développer des outils et des formations visant, d'une part, à accroître les connaissances du personnel sur les conséquences d'une chute et, d'autre part, à améliorer la qualité des soins et des services aux résidents sur le plan de la pratique. De plus, étant donné la complexité de la condition des résidents, il serait également important que les IPA participent à des recherches qui serviraient à brosser un portrait des connaissances actuelles et des interventions qui offrent des solutions à long terme sur la diminution des chutes en milieu d'hébergement. Enfin sur le plan politique, les IPA doivent se porter à la défense des aînés à revendiquer leur droit de jouir d'un milieu sécuritaire dans les CHSLD (Bourbonnais, 2021).

### EN CONCLUSION

Les chutes dans les milieux d'hébergement demeurent un enjeu important nécessitant une prise en charge adéquate. Cette prise en charge ne concerne pas qu'une seule personne; c'est plutôt l'affaire de tout le personnel qui doit travailler en étroite collaboration pour infléchir ce phénomène, et ce, non pas de façon



**SOINS**  
INTERMÉDIAIRES



## UN MONDE D'OPPORTUNITÉS DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ

**20 ANS DE PASSION  
ET D'ENGAGEMENT**

- Un horaire qui s'adapte à vos disponibilités, pas l'inverse
- Une rémunération qui valorise vos compétences
- Une prise en charge empreinte de respect et d'humanité
- La possibilité de travailler et voyager à travers le Québec
- Un réseau étendu d'établissements de santé partenaires



514-369-2424, Poste 246



recrutement@soinsintermediaire.com



www.soinsintermediaires.com/postulez

occasionnelle, mais bien à long terme. Le projet Para-Chutes, qui vise à offrir une formation à la fois théorique et pratique, entend contribuer à la prévention des chutes chez les aînés. Le rôle de l'IPA mérite particulièrement d'être déployé, voire étendu dans ces milieux. Ses compétences lui assurent une autonomie professionnelle lui permettant d'élaborer et de développer des

projets qui répondent aux besoins des aînés nécessitant des soins de longue durée. Ses interventions peuvent être bénéfiques à la fois pour l'usager et sa famille, mais également pour l'équipe clinique ainsi que pour le milieu d'hébergement. •

## AUTEURES

### JÉSULIENNERÉGISTRE

Inf., B. Sc., M. Sc. (c.)  
Université du Québec en Outaouais  
(UQO)

### EVY NAZON

Inf., Ph. D.  
Professeure agrégée, Université du  
Québec en Outaouais (UQO)

### MARIE-ÈVE POULIOT

Inf., M. Sc.  
Conseillère cadre en soins infirmiers,  
CISSS de Lanaudière

### CAROLINE LANGLOIS

Agente d'information,  
Service des communications,  
CISSS de Lanaudière

## RÉFÉRENCES

- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2005). «Rapport sur les chutes des aînés au Canada». Repéré à <http://publications.gc.ca/collections/Collection/HP25-1-2005F.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2014). «Chutes chez les aînés au Canada: Deuxième rapport». Repéré à Chutes chez les aînés au Canada : Deuxième rapport - Canada.ca
- Bandura, A. (1977). «Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change». *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bartholomew Eldredge, L.K., Markham, C.M., Ruiter, R.A.C., Fernández, M.E., Kok, G. et Parcel, G.S. (2016). «Planning health promotion programs: An intervention mapping approach» (4<sup>e</sup> éd.). San Francisco: John Wiley & Sons.
- Beaulé, A. et Stronach, N. (2019). «Perdre pied: prévenir les chutes chez les aînés». *Vision* (Bulletin d'information de la Direction de santé publique de l'Estrie), (50). Repéré à [https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Bulletin-vision/2019/50\\_Vision\\_sante\\_publique\\_Chutes.pdf](https://www.santeestrie.qc.ca/clients/SanteEstrie/Publications/Sante-publique/Bulletin-vision/2019/50_Vision_sante_publique_Chutes.pdf)
- Bellehumeur, P. (2019). «Les fractures de fragilisation chez les aînés». *Bulletin d'information lanadois*. (78). Repéré à OSPV-2019-78-\_-fractures\_fragilisation.pdf
- Blain, H., Bloch, F., Borel, L., Dargent-Molina, P., Gauvain, J.-B., ... Stephan, Y. (2015). «Activité physique et prévention des chutes chez les personnes âgées». Paris: Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM].
- Bourbonnais, A. (2021). «Démontrer de l'expertise et agir avec advocacy pour de meilleurs soins à la population». [Mémoire présenté à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec dans le cadre des États généraux 2021]. Université de Montréal – Chaire de recherche en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. Repéré à [https://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/Media/Archives/Memoire\\_OIIQ\\_Chambre\\_personne\\_agee-vf.pdf](https://www.chairepersonneagee.umontreal.ca/fileadmin/Media/Archives/Memoire_OIIQ_Chambre_personne_agee-vf.pdf)
- Carpenter, C.R., Bromley, M., Caterino, J.M., Chun, A., Gerson, L.W., ... Wilber, S. (2014). «Optimal older adult emergency care: Introducing multidisciplinary geriatric emergency department guidelines from the American College of Emergency Physicians, American Geriatrics Society, Emergency Nurses Association, and Society for Academic Emergency Medicine». *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(7), 1360-1363.
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière. (2021a). «Rapport annuel de gestion 2020-2021». Repéré à 2913-20211007.pdf
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière. (2021b). «Stratégie intégrée de prévention des chutes – Mars 2021».
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière. (2023a). «Événement de type Chute – P1-P6, du 1<sup>er</sup> avril au 9 septembre 2023».
- Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Lanaudière. (2023b). «Rapport sur les incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux 2022-2023: Rapport trimestriel (3<sup>e</sup>) – du 1<sup>er</sup> avril 2022 au 3 décembre 2022».
- Chiniara, G. (2019). «Clinical simulation—Education, operations and engineering» (2<sup>e</sup> éd.). Cambridge: Academic Press.
- Choque, J. (2017). «Prévention des chutes des personnes âgées en institutions». Granville, France: Éditions Lamarre.
- Donald, F., Martin-Misener, R., Carter, N., Donald, E.E., Kaasalainen, S., ... DiCenso, A. (2013). «A systematic review of the effectiveness of advanced practice nurses in long-term care». *Journal of Advanced Nursing*, 69(10), 2148-2161.
- Fent, G., Blythe, J., Farooq, O. et Purva, M. (2015). «In situ simulation as a tool for patient safety: A systematic review identifying how it is used and its effectiveness». *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 1(3), 103-110.
- Godlock, G., Christiansen, M. et Feider, L. (2016). «Implementation of an evidence-based patient safety team to prevent falls in inpatient medical units». *Medurg Nursing*, 25(1), 17-23.
- Gonthier, R. (2014). «Épidémiologie, morbidité, mortalité, coût pour la société et pour l'individu, principales causes de la chute». *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 198(6), 1025-1039.
- Guirguis-Blake, J.M., Michael, Y.L., Perdue, L.A., Coppola, E.L., Beil, T.L. et Thompson, J.H. (2018). «Interventions to prevent falls in community-dwelling older adults: A systematic review for the US preventive services Task force». *Evidence Synthesis*, (159), Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Hoke, L.M. et Guarracino, D. (2016). «Beyond socks, signs, and alarms: A reflective accountability model for fall prevention». *American Journal of Nursing*, 116(1), 42-47.
- Institut de la statistique du Québec (ISQ). (2020). «Portrait des personnes aînées au Québec». Repéré à <https://statistique.quebec.ca/fr/document/portrait-personnes-ainees-quebec>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2022). «Chutes chez les personnes aînées». Repéré à <https://inspq.qc.ca/securite-prevention-de-la-violence-et-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels/dossiers/chutes-chez-les-ainees/#:~:text=Les%20chutes%20sont%20responsables%20de,9%20%25%20de%20ces%20décès1>
- Kagan, S.H. et Puppione, A.A. (2011). «Not preventing falls—promoting function». *Geriatric Nursing*, 32(1), 55-57.
- Kelder, S.H., Hoelscher, D. et Perry, C.L. (2015). «How individuals, environments, and health behaviors interact: Social Cognitive Theory». Dans K. Glanz, B.K. Rimer et K. Viswanath (dir.), *Health behavior: Theory, research, and practice* (5<sup>e</sup> éd.) (p. 285-325). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kneafsey, R., Clifford, C. et Greenfield, S. (2013). «What is the nursing team involvement in maintaining and promoting the mobility of older adults in hospital? A grounded theory study». *International Journal of Nursing Studies*, 50(12), 1617-1629.
- Kurup, V., Matei, V. et Ray, J. (2017). «Role of in-situ simulation for training in healthcare: Opportunities and challenges». *Current Opinion in Anaesthesiology*, 30(6), 755-760.

- Lamoureux-Thorêt, M. et Bégin, C. (2019). «Attention, risque de chute!». *CISSS de Lanaudière*. Repéré à [https://www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciasss\\_lanaudiere/Documentation/Sante\\_publique/Themes/Traumatismes\\_et\\_blessures/Attention\\_risque\\_de\\_chute-VF.pdf](https://www.ciasss-lanaudiere.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/ciasss_lanaudiere/Documentation/Sante_publique/Themes/Traumatismes_et_blessures/Attention_risque_de_chute-VF.pdf)
- Lee, C., Mowry, J.L., Maycock, S.E., Colaienne-Wolfer, M.E., Knight, S.W. et Wyse, D.M. (2019). «The impact of hospital-based in situ simulation on nurses' recognition and intervention of patient deterioration». *Journal for Nurses in Professional Development*, 35(1), 18-24.
- Malouin-Benoit, M.C., Cossette, S. et Patenaude, F. (2012). «Le transfert des connaissances pour prévenir les chutes chez des personnes âgées hospitalisées en milieu cardiovasculaire aigu». *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*, 22(2), 24-32.
- Manly, K.E., Aupiais, C., Floriot, A., Novic, M. et Jovic, L. (2018). «Contribution de l'infirmière de pratique avancée dans la prise en soins de la personne âgée de 75 ans et plus, fragile et agitée aux urgences: état des connaissances et étude qualitative». *Recherche en soins infirmiers*, 4(135), 60-82. Repéré à <https://doi.org/10.3917/rsi.135.0060>
- McCormack, B. et McCance, T. (2010). «Person-centred nursing: Theory and practice». San Francisco: John Wiley & Sons.
- Mendes, A.F., Lopes Seixas, M. et Silva, S.U. (2019). «L'état des meilleures connaissances actuelles concernant les signes et symptômes cliniques d'une infection chez la personne âgée: une revue de littérature» [Travail de bachelier]. Haute école de Santé Fribourg.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2011). «Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier – Cadre de référence». Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2019). «La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Cadre de référence». Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-232-01V.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS). (2022). «Utilisation optimale des médicaments en hébergement de longue durée (démarche intégrée OPUS-AP/PEPS) – Initiatives québécoises visant l'utilisation optimale des médicaments». Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/aines/utilisation-optimale-des-medicaments-en-hebergement-de-longue-duree-demarche-integree-opus-ap-peps/initiatives-quebecoises-utilisation-optimale-medicaments/>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2007). «WHO Global report on falls prevention in older age». Repéré à <https://www.who.int/publications/i/item/9789241563536>
- Organisation mondiale de la Santé (OMS). (2021). «Chutes». Repéré à Chutes (who.int)
- Pellier, T., Brika, M. et Rulleau, T. (2021). «Prévention des chutes chez les personnes âgées fragiles hospitalisées en court séjour: utilisation des chaussettes antidérapantes – Une revue systématique de littérature». *Recherche en soins infirmiers*, 146(3), 60-73.
- Pepersack, T. et Baudry, S. (2013). «La chute, un syndrome gériatrique: aspects cliniques et physiologiques de la perte d'équilibre». Repéré à La chute, un syndrome gériatrique: aspects cliniques et physiologiques de la perte d'équilibre – lacademie.tv
- Pepin, J., Ducharme, F. et Kérouac, S. (2017). «La pensée infirmière» (4<sup>e</sup> éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Ratsimbazafy, C., Schwab, C., Richebourg, N., Fernandez, C. et Hindlet, P. (2021). «Les patients âgés chuteurs: un groupe à risque de réhospitalisation?». *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 79(1), 70-76.
- Slade, S.C., Carey, D.L., Hill, A.M. et Morris, M.E. (2017). «Effects of falls prevention interventions on falls outcomes for hospitalised adults: Protocol for a systematic review with meta-analysis». *BMJ Open*, 7(11), e017864.
- Voyer, P., Rey, S. et Savoie, C. (2023). «Tournée intentionnelle auprès des résidents atteints de problèmes cognitifs en milieu d'hébergement: aller au-delà des chutes! – La méthode BEC». Québec: Université Laval – Faculté des sciences infirmières.
- Wallis, M., Marsden, E., Taylor, A., Craswell, A., Broadbent, M., ... Crilly, J. (2018). «The geriatric emergency department intervention model of care: A pragmatic trial». *BMC Geriatrics*, 18(1), 1-9.

# la pause fierté de Guetty

« Je suis fière d'avoir pris  
en charge une patiente dont  
la plaie se détériorait.  
C'était vraiment toute une plaie! »

---

Découvrez la pause fierté



## À PROPOS DE *La sélection du bon dispositif d'accès veineux (DAV)*

par CAMILLE GAVOIS, inf., B. Sc.,  
JONATHAN COUTURE-ROUSSY, inf., B. Sc.,  
AUDREY CHOUINARD, inf., M. Sc., CSI(o),  
DAVID PARENT, inf., M. Sc.,  
et HAZAR MRAD, inf., M. Sc.

Les dispositifs d'accès veineux (DAV) périphériques et centraux sont essentiels pour l'administration des solutions intraveineuses. Malgré qu'ils fassent partie de la pratique infirmière quotidienne, leur sélection et les soins qu'ils requièrent sont souvent banalisés.

Grâce à son évaluation bio-psycho-sociale-environnementale et à l'exercice de son jugement clinique, l'infirmière occupe un rôle central dans le choix judicieux du DAV, en collaboration avec les médecins (OIIQ, 2016). De plus, par ses connaissances approfondies des divers types de DAV et de leur entretien, l'infirmière contribue à éviter plusieurs complications, telles les thromboses, les occlusions et même les bactériémies (Association canadienne d'accès vasculaire [ACAV], 2019a).

RÉPONSES EN PAGE 44

## SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



**01.** Lors de la sélection d'un DAV pour un patient, les seuls critères à prendre en considération sont les types de traitements intraveineux et le réseau veineux.

☐ ☐

**02.** Face à un patient autonome qui souffre d'une maladie chronique et qui nécessite l'administration de thérapies intraveineuses de façon intermittente, mais récurrente sur plusieurs mois, l'installation d'un DAV sous-cutané (Port-a-cath ou chambre implantable) serait la plus appropriée.

☐ ☐

**03.** Face à un patient « difficile à piquer » et nécessitant un traitement intraveineux d'une durée de deux semaines, le DAVC devient la seule option.

☐ ☐

**04.** Le choix d'installer un DAVC à une ou à plusieurs lumières (voies) dépend de la préférence de l'infirmière et du médecin ainsi que de la quantité de traitements à administrer au patient (p. ex. : administration d'antibiotiques intraveineux, produits sanguins, chimiothérapie).

☐ ☐

**05.** L'infirmière peut administrer un traitement intraveineux dans tous les DAV périphériques et centraux, y compris les DAV sous-cutanés, SANS avoir recours à une prescription médicale permettant d'y accéder.

☐ ☐

## Quand les femmes primigestes commencent-elles à prendre de l'acide folique?

Bon nombre de femmes ne commencent à prendre de l'acide folique qu'après la conception, bien qu'il constitue une importante mesure de prévention des anomalies du tube neural. Quels sont les facteurs qui déterminent leur décision?

Les anomalies du tube neural (ATN) représentent une cause de mortalité des nouveau-nés et figurent parmi les dix principales causes de décès des enfants en bas âge (Padmanabhan, 2006). Pour diminuer la fréquence et la gravité de ces anomalies, il est recommandé aux femmes enceintes de prendre des suppléments d'acide folique. Au Québec, seulement une femme sur trois observe cette recommandation en périodes pré et péri-conceptionnelles (Taylor, 2013). Les professionnels de la santé, particulièrement les infirmières, peuvent contribuer à la prévention des ATN. Cet article présente les résultats d'une recherche ayant pour but de brosser un portrait des facteurs déterminants de la prise d'acide folique chez les femmes primigestes en périodes pré ou péri-conceptionnelles.

par SYLVIE ALLAIRE, inf., M. Sc., MÉLISSA LAVOIE, inf., Ph. D., et MARIE-EVE POITRAS, inf., Ph. D.

Les anomalies du tube neural affectent le cerveau, la colonne vertébrale et la moelle épinière. Elles induisent des troubles neurologiques et des difficultés d'apprentissage. Leurs répercussions sont graves et peuvent même entraîner la mort; parmi elles, le spina bifida, ouvert ou fermé, appelé aussi dysraphisme spinal, qui résulte d'une fermeture incomplète du tube neural. Ces malformations touchent plusieurs aspects de la vie des personnes atteintes : physiques, familiaux, financiers, sociaux, psychologiques et sexuels (Taylor, 2013; Wagner et al., 2015). En outre, elles peuvent nécessiter des hospitalisations répétées et de multiples chirurgies (Candito et al., 2004).

Environ 5 % des nouveau-nés naissent avec une anomalie congénitale (Wilson, 2016). Au Canada, le nombre

d'ATN recensées de 2001 à 2007 fut de 1 032 cas, soit de 4,2 pour 10 000 naissances (IC à 95 %) (Taylor, 2013).

Les anomalies du tube neural surviennent durant les stades précoces de la grossesse. Parmi les facteurs de risque, notons une carence en acide folique, vitamine essentielle au développement des cellules souches qui formeront la plaque neurale et ensuite, le tube neural de l'embryon, soit l'ébauche du cerveau et de la moelle épinière.

Pour favoriser le développement du bébé et réduire le risque d'ATN et de malformations congénitales, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande aux femmes de commencer à prendre une multivitamine contenant de l'acide folique deux à trois mois avant leur grossesse, de continuer à la prendre

pendant leur grossesse et après leur accouchement, et ce, pour une période de quatre à six semaines suivant l'accouchement ou encore jusqu'à la fin de la période d'allaitement (INSPQ, 2024).

Le gouvernement fédéral a d'ailleurs mis en place plusieurs mesures pour soutenir la prévention des ATN. Par exemple, depuis 1998, le Canada exige que certains produits céréaliers soient enrichis d'acide folique (De Wals et al., 2007).

En 2016, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC) recommandait aux femmes en périodes pré et périconceptionnelles de prendre une supplémentation en acide folique, avec ou sans multivitamines. La SOGC suggérait aussi aux professionnels de la santé de développer des interventions éducatives afin de promouvoir la prise d'acide folique. Ainsi, dans le cadre de consultations gynécologiques, toutes les femmes en âge de procréer (12-45 ans), fertiles (dont une grossesse est possible) devraient se voir offrir un enseignement préventif sur les avantages de l'acide folique, qu'elles aient envisagé ou non une grossesse (Wilson, 2016).

### PRENDRE OU NE PAS PRENDRE

L'acide folique est donc une vitamine importante, surtout en début de grossesse, puisqu'elle contribue au développement du cerveau du bébé et réduit les risques de malformations congénitales (INSPQ, 2024).

Pourtant, et malgré les nombreuses stratégies de santé publique, la prise d'acide folique demeure sous-optimale. En effet, en dépit des directives cliniques canadiennes (Richard-Tremblay, 2013) à ce sujet, seulement 27 % des femmes enceintes au Québec prennent un supplément d'acide folique.

Plusieurs raisons expliquent ce peu d'observance. Au Québec, des études ont mis en lumière des facteurs favorisant la prise d'acide folique chez 101 femmes enceintes de la Montérégie (Couture et al., 2001). Ainsi, les femmes primigestes et multipares connaissent mieux l'acide folique et ses bienfaits lorsque leur grossesse est planifiée. Des caractéristiques liées au niveau d'éducation (postsecondaire), à l'âge (> 30 ans) et au milieu socio-économique (favorable) de la future mère sont également propices à la prise d'acide folique en période préconceptionnelle.

D'autres études soulignent que le nombre de grossesses antérieures et une situation conjugale stable constituent aussi des facteurs favorables à la prise d'acide folique par les femmes enceintes (Adhikari et al., 2022). La pratique régulière d'activités physiques et une saine alimentation sont aussi des influences favorables. Par contre, le tabagisme et la consommation d'alcool avant la grossesse sont associés à un taux peu élevé de prise d'acide folique en période préconceptionnelle (Bibbins-Domingo et al., 2017; de la Fournière et al., 2020; Manniën et al., 2014).

Aucune étude n'a encore documenté les facteurs déterminants de la prise d'acide folique en périodes pré et périconceptionnelles chez des femmes primigestes. La présente recherche a pour but de décrire ces facteurs en analysant la perspective de ces femmes et en tentant de comprendre leur comportement, qu'elles aient ou non commencé à prendre de l'acide folique en période préconceptionnelle.

Les objectifs plus spécifiques de cette étude tentent d'expliquer l'intention de ces femmes, l'influence de la norme subjective et les contrôles comportementaux, de même que plusieurs autres facteurs externes.

### CADRE DE RÉFÉRENCE

La théorie du comportement planifié (TCP) proposée par Ajzen et Fishbein (2000) est le cadre de référence utilisé dans cette étude. Selon la TCP, les attitudes

d'une personne envers un comportement se fondent notamment sur ses croyances, ses connaissances et ses perceptions, lesquelles la guideront par la suite à adopter ou non ce comportement. La TCP a d'abord servi à concevoir le guide d'entrevue dans le but de collecter les données et ensuite, d'analyser et d'interpréter les résultats.

### MÉTHODE

Un devis qualitatif descriptif (Fortin et Gagnon, 2022) a été utilisé pour décrire les facteurs déterminants de la prise ou non d'acide folique en périodes pré et périconceptionnelles chez les femmes primigestes. Ce devis est particulièrement pertinent pour la recherche en sciences infirmières, car il présente une vision globale d'un phénomène en s'intéressant aux expériences de santé vécues par les personnes et aux interventions des infirmières (Doyle et al., 2020).

Le milieu à l'étude provient d'un groupe de médecine de famille (GMF) ayant 9 062 patients desservis par onze médecins de famille, deux infirmières et une travailleuse sociale. La population visée comprend des femmes en âge de procréer inscrites au GMF (1 777).

Les participantes sont au nombre de treize (n = 13), soit six ayant pris de l'acide folique en période préconception et sept ayant commencé à en prendre en période périconceptionnelle, soit après la fécondation. Le recrutement a été effectué par une infirmière du GMF qui a ciblé des femmes primigestes répondant aux critères d'inclusion lors de leur premier rendez-vous téléphonique de suivi de grossesse. Toutes ont accepté de participer à l'étude.

Des entrevues téléphoniques ont été réalisées de juin à décembre 2022. Le déroulement, le contenu et les objectifs ont été expliqués aux participantes, de sorte qu'elles aient pu fournir un consentement libre et éclairé. Par la suite, une entrevue individuelle d'environ 45 minutes a eu lieu, y compris un questionnaire socio-démographique. Le projet a été approuvé par le Comité éthique de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) (CER-UQAC 2021-286).

### ANALYSE DES DONNÉES

Les données quantitatives issues du questionnaire sociodémographique et clinique ont fait l'objet d'analyses descriptives : fréquences (n, %) et mesure de dispersion (écart-type) (Fortin et Gagnon, 2022). Les données qualitatives ont fait l'objet d'une analyse thématique itérative selon la méthode de Miles, Huberman et Saldaña (2014). Cette dernière se réalise en trois étapes, soit la condensation des données, leur présentation et finalement, leur conclusion et leur validation. Une grille de saturation des données a permis de constater que la saturation avait été atteinte à la cinquième entrevue des six participantes ayant pris de l'acide folique avant la conception, et à la cinquième entrevue des sept n'en ayant pas pris avant la conception. Les thèmes et le codage ont été validés par l'ensemble de l'équipe de recherche.

### RÉSULTATS

#### Caractéristiques des participantes

L'échantillon compte treize femmes natives du Québec, six qui ont pris de l'acide folique avant leur grossesse et sept qui ont commencé à le prendre après la conception. Leurs caractéristiques sociodémographiques sont présentées au **Tableau 1** à la page 30.

**Tableau 1**  
**CARACTÉRISTIQUES DES PARTICIPANTES AYANT PRIS DE L'ACIDE FOLIQUE EN PÉRIODES PRÉ ET PÉRICONCEPTIONNELLES**

|                                                                                                                                                                                                                                | PRISE D'ACIDE FOLIQUE<br>en période préconceptionnelle<br>(N = 6)<br>N (%) | PRISE D'ACIDE FOLIQUE<br>en période périconceptionnelle<br>(N = 7)<br>N (%) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| Âge, moyenne<br>(écart-type)                                                                                                                                                                                                   | 27 ans<br>(±2,94)                                                          | 25 ans<br>(±3,40)                                                           |
| Lieu de naissance<br>• Québec                                                                                                                                                                                                  | 6 (100)                                                                    | 7 (100)                                                                     |
| État matrimonial (N, %)<br>• Conjointe de fait<br>• Mariée                                                                                                                                                                     | 5 (83,3)<br>1 (16,7)                                                       | 6 (85,7)<br>1 (14,3)                                                        |
| Niveau de scolarité (N, %)<br>• Diplôme d'études professionnelles<br>• Diplôme d'études secondaires<br>• Diplôme d'études collégiales<br>• Diplôme d'études universitaires                                                     | -<br>1 (16,7)<br>4 (66,6)<br>1 (16,7)                                      | 1 (14,3)<br>1 (14,3)<br>5 (71,4)<br>-                                       |
| Occupation (N, %)<br>• Sans emploi<br>• Temps partiel<br>• Temps plein                                                                                                                                                         | -<br>-<br>6 (100)                                                          | 1 (14,3)<br>2 (28,6)<br>4 (57,1)                                            |
| Revenu du ménage (N, %)<br>• 20 000 \$ à 39 999 \$<br>• 40 000 \$ à 59 999 \$<br>• 60 000 \$ à 79 999 \$<br>• 80 000 \$ à 99 999 \$<br>• 100 000 \$ à 119 999 \$<br>• 120 000 \$ et plus                                       | -<br>-<br>-<br>2 (33,3)<br>1 (16,7)<br>3 (50)                              | 2 (28,7)<br>-<br>2 (28,7)<br>3 (42,6)<br>-<br>-                             |
| Antécédents d'ATN                                                                                                                                                                                                              | 0 (0)                                                                      | 0 (0)                                                                       |
| Dosage de la supplémentation en acide folique<br>• 1 mg/jour<br>• 5 mg/jour                                                                                                                                                    | 6 (100)<br>0 (0)                                                           | 7 (100)<br>0 (0)                                                            |
| Moment du début de la prise de la supplémentation en acide folique<br>• 3 mois et plus avant grossesse<br>• 1 à 2 mois avant grossesse<br>• Lors de la confirmation grossesse<br>• Lors du 1 <sup>er</sup> rendez-vous médical | 3 (50)<br>3 (50)                                                           | 4 (57,1)<br>3 (42,9)                                                        |

**Prise d'acide folique en périodes pré et périconceptionnelles**  
 L'analyse thématique identifie trois catégories : 1) le comportement, c'est-à-dire prendre ou ne pas prendre de l'acide folique, 2) l'intention des femmes primigestes à l'égard de la prise ou non de l'acide folique et 3) les facteurs déterminants externes pouvant influencer la prise ou non de l'acide folique.

Trois sous-catégories déterminent l'intention : 1) l'attitude des femmes primigestes, 2) la norme subjective et 3) le contrôle comportemental perçu au regard de la prise ou non de l'acide folique. Ces résultats sont discutés ci-après. Le **Tableau 2** en présente une synthèse.

**Tableau 2**  
**FACTEURS DÉTERMINANT LE MOMENT DE LA PRISE D'ACIDE FOLIQUE**

| CATÉGORIE                                                                         | SOUS-CATÉGORIE                                                                                                                                                                                                                                    | THÈME                                                                                                                                                                                                                        | SOUS-THÈME                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Comportements liés à la prise ou non d'acide folique                              | Qualité de l'observance aux recommandations en périodes pré et périconceptionnelles                                                                                                                                                               | Moment de la prise<br>Constance de la prise                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Intention de prendre ou non de l'acide folique                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Attitude à l'égard de la prise d'acide folique</li> <li>Norme subjective influençant la prise ou non d'acide folique</li> <li>Contrôle comportemental perçu sur la prise ou non d'acide folique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Valeurs personnelles</li> <li>Connaissances</li> <li>Croyances</li> <li>Sources humaines</li> <li>Sources informationnelles</li> <li>Contrôle sur la prise d'acide folique</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>Bébé en santé</li> <li>Manque de connaissances quant aux recommandations sur l'acide folique</li> <li>Méconnaissance des effets de l'acide folique</li> <li>Réseau social</li> <li>Réseau familial</li> <li>Professionnel de la santé</li> <li>Sources électroniques</li> <li>Sources littéraires</li> <li>Contrôle des effets secondaires</li> </ul> |
| Facteurs déterminants externes pouvant influencer la prise ou non d'acide folique | <ul style="list-style-type: none"> <li>Âge</li> <li>Niveau de scolarité</li> <li>Statut d'emploi</li> <li>Revenu</li> </ul>                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

### Comportements liés au moment et à la constance de la prise de l'acide folique

La **qualité de l'observance** aux recommandations sur la prise d'acide folique en périodes pré et périconceptionnelles se définit selon le **moment** et la **constance de la prise** par les participantes. Plusieurs femmes ignoraient qu'elles devaient commencer à le prendre en période préconceptionnelle (PRÉ), soit trois mois avant la grossesse (**moment**).



« Quand j'ai rencontré le médecin, elle m'a prescrit de l'acide folique et elle m'a dit que c'était vraiment important d'en prendre tous les jours. J'étais déjà à huit semaines de grossesse et je ne savais pas que je devais la débiter trois mois avant la grossesse. »

PARTICIPANTE 8 – SANS ACIDE FOLIQUE PRÉ

Chez certaines ayant commencé l'acide folique, l'observance n'était pas toujours **constante** :



« Je vais être bien honnête, il y a des jours que je ne la prenais même pas. »

PARTICIPANTE 6 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ

Lorsque la grossesse tardait à arriver, l'observance tendait à diminuer :



« Je ne l'ai pas toujours prise. Parfois, quand les inséminations ne fonctionnaient pas, j'arrêtais l'acide folique et je prenais une pause. »

PARTICIPANTE 3 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ

### Intention des femmes primigestes à l'égard de la prise d'acide folique

#### Attitude quant à la prise de l'acide folique

L'intention des femmes primigestes de prendre de l'acide folique a pu être décrite à partir de leur **attitude quant à la prise de l'acide folique**, soit leurs **valeurs personnelles**, leurs **connaissances** et leurs **croyances**. Pour plusieurs participantes, ce qui semble d'abord très important (valeur personnelle), c'est d'avoir un bébé en santé.



« C'est important pour moi qu'il soit en santé, qu'il soit heureux. Qu'il ait la vie qu'il veut vivre et qu'il ne se sente pas jugé. »

PARTICIPANTE 5 – SANS ACIDE FOLIQUE PRÉ

Par contre, plusieurs femmes ont exprimé avoir **manqué de connaissances** quant aux recommandations sur l'acide folique.



« On m'a juste dit que c'était des multivitamines et que ça allait m'aider, mais m'aider à quoi? Je ne le sais pas. »

PARTICIPANTE 11 – SANS ACIDE FOLIQUE PRÉ

Quelques femmes avaient également une **méconnaissance des effets de l'acide folique**, c'est-à-dire qu'elles croyaient (**croyances**) que la prise d'acide folique apportait des bienfaits autres que la prévention des ATN.

Par exemple, une participante a indiqué que l'acide folique permettait « d'assurer une bonne croissance du fœtus », (PARTICIPANTE 6 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ). D'autres croyaient qu'il « permettait que le placenta s'accroche bien », (PARTICIPANTE 6 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ) et qu'il

## Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

**Vous êtes en quête de changement et d'aventure extraordinaire?  
Vous souhaitez acquérir une expérience précieuse?**

Le Nunavik est fait pour vous. Réalisez votre plein potentiel dans le Grand Nord au Centre de santé Inuulitsivik. Vous pourrez avoir une influence réelle sur la santé d'une communauté, tout en profitant des avantages de la vie dans une région magnifique, entre nature et partage.

Dès ma première journée dans le Nord, j'ai su que je voudrais y rester pour longtemps ! C'est une expérience unique et exaltante !  
Isabelle Dupont inf.

Êtes-vous admissible à un congé nordique?

### NOUS RECHERCHONS DES INFIRMIER(ÈRE)S

- Postes permanents disponibles
- Unité de soins, plein exercice du champ de compétence infirmier, liaison, IPSPL
- MAD, santé publique, ITSS, TB



**CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK**

recrutement.csi@ssss.gouv.qc.ca

[www.inuulitsivik.ca](http://www.inuulitsivik.ca)

« pouvait aider à tomber enceinte », (PARTICIPANTE 12 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ).

#### Norme subjective influençant la prise de l'acide folique

L'intention de prendre de l'acide folique par les femmes primigestes est également déterminée par la norme subjective, c'est-à-dire l'importance qu'elles accordent à l'opinion des autres. Plusieurs ont été influencées par différentes sources d'informations : humaines ou informationnelles. Ainsi, ces informations ou conseils, provenant de différentes sources, ont teinté leur décision.

Les femmes se sont référées à des sources sans toutefois chercher l'information la plus fiable. Les premières sources consultées ont souvent été celles émanant de leur réseau social et familial. Lorsqu'elles ont annoncé leur désir de grossesse, plusieurs ont entendu parler de l'acide folique par des personnes de leur entourage. Certaines ont favorisé un comportement qui tend à imiter celui de leur proche.



**« Bien, tu sais, je me fie beaucoup à mes amies autour de moi qui ont des enfants ou qui sont enceintes. »**

PARTICIPANTE 3 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ

Par ailleurs, plusieurs participantes affirment ne pas avoir reçu de leur entourage de l'information spécifique à la prévention des ATN, telle que le moment de prendre de l'acide folique ou le dosage nécessaire.

Les recommandations et explications des professionnels de la santé, soit médecins, pharmaciens et infirmières, ont donné de l'information plus spécifique.



**« Je suis une personne très anxieuse, donc quand j'ai appris que j'étais enceinte, j'ai tout de suite pris rendez-vous à ma clinique et j'ai rencontré l'infirmière. Je n'avais pas prévu cette grossesse et je devais me préparer. Par la suite, mon médecin m'a conseillé de commencer à prendre des vitamines prénatales, d'arrêter de fumer et de ne pas consommer de cannabis et d'alcool. »**

PARTICIPANTE 8 – SANS ACIDE FOLIQUE PRÉ

Quelques participantes ont dit avoir pris l'acide folique même si elles ne se souvenaient pas quels en étaient les bénéfices parce que leur professionnel de la santé le leur avait recommandé. Toutefois, l'information donnée par les professionnels n'était pas toujours complète. Ainsi, la période d'au moins trois mois de supplémentation en acide folique en période préconceptionnelle n'a pas toujours été abordée.



**« Quand j'ai décidé que je voulais être enceinte, je suis allée voir la pharmacienne parce que je savais que je devais commencer l'acide folique. Elle m'a indiqué laquelle était la meilleure, mais ne m'a pas dit que je devais débiter trois mois avant de devenir enceinte. Elle m'a juste dit de commencer tout de suite. »**

PARTICIPANTE 6 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ



## LE RENDEZ-VOUS FORMATION OIIQ EST DE RETOUR EN DÉCEMBRE PROCHAIN

Ne manquez pas ce week-end de formation continue, qui vous propose plus de **40 formations** d'une journée, toutes développées spécifiquement pour la pratique infirmière.

30 novembre et le 1<sup>er</sup> décembre  
Palais des congrès de Montréal

Découvrez le programme et  
inscrivez-vous sur [oiiq.org/rdv2024](https://oiiq.org/rdv2024)

Les femmes qui ont reçu de l'information sur la prise d'acide folique se sont vu conseiller de prendre des multivitamines prénatales par les professionnels. Par contre, elles n'ont pas reçu d'information sur les sources alimentaires pouvant leur procurer un supplément d'acide folique.



**« On m'a dit qu'en prenant des multivitamines, je veillais à ce que mon bébé ne manque de rien, et que je n'avais pas nécessairement besoin de changer mon alimentation. »**

PARTICIPANTE 12 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ

Plusieurs participantes ont consulté des **sources informationnelles électroniques** et **littéraires** telles que des sites Internet et des livres abordant la grossesse. Elles n'étaient pas en mesure cependant de reconnaître tous les sites qu'elles avaient consultés, ni l'information qu'elles y avaient retrouvée. Certaines ont rapporté avoir simplement inscrit le mot « grossesse » dans un moteur de recherche et consulté les sites proposés.



**« Je faisais des lectures sur Internet. Je ne me souviens pas de tous les sites. J'allais sur Google et ça m'amenait Naître et grandir. J'ai aussi fait beaucoup de lectures dans le livre Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans (INSPQ, 2024). Pour moi, c'est comme une bible. »**

PARTICIPANTE 2 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ

#### Contrôle comportemental perçu au regard de la prise d'acide folique

L'intention de prendre de l'acide folique est également déterminée par le **contrôle comportemental perçu**, soit la facilité ou la difficulté liée au comportement. Les participantes décrivent le contrôle sur la prise de l'acide folique comme étant le **contrôle sur ses effets secondaires** : nausées, vomissements et constipation. Quelques-unes ont cessé la supplémentation faute d'information pour gérer les effets secondaires.



**« Non, je ne les prends plus. J'ai arrêté parce que ce sont de grosses pilules et que ça me cause des haut-le-cœur. Je ne suis plus capable de les prendre. »**

PARTICIPANTE 11 – SANS ACIDE FOLIQUE PRÉ

D'autres se sont adaptées, parfois avec l'aide d'un professionnel de la santé, en changeant la multivitamine prescrite ou le moment de la prendre, ou encore en ajoutant un anti-nauséux.



**« La pharmacienne m'a dit que c'était important, mais moi, j'avais déjà des problèmes de constipation au départ. Donc, elle m'a dit d'espacer mes multivitamines aux trois jours et de prendre mon acide folique tous les jours. Elle m'a aussi dit de combler avec mon alimentation et d'aller chercher tous les nutriments dont j'ai besoin. »**

PARTICIPANTE 9 – SANS ACIDE FOLIQUE PRÉ

#### **Facteurs déterminants externes pouvant influencer la prise d'acide folique**

Outre l'attitude, la norme subjective et le contrôle comportemental perçu au regard de la prise d'acide folique, d'autres

**facteurs déterminants externes** peuvent influencer l'intention de prendre de l'acide folique, telles les caractéristiques socio-démographiques et cliniques.

Les femmes ayant un **niveau de scolarité** plus élevé, soit collégial et universitaire, semblent être plus enclines à prendre de l'acide folique. Plus particulièrement, les femmes hautement scolarisées pensaient qu'il était important de se préparer à leur grossesse en adoptant des comportements sécuritaires tels que prendre de saines habitudes alimentaires, faire de l'activité physique, de même que s'abstenir de boire de l'alcool et de consommer des drogues et du tabac.



**« Moi et mon conjoint, on voulait avoir un enfant. Donc en mai 2021, j'ai commencé à prendre de l'acide folique. Mais il n'y a pas que la prise d'acide folique qui a changé dans mes habitudes de vie. Je voulais être sûre que mon bébé ne manque de rien. J'ai donc arrêté de manger ce qui est proscrit aux femmes enceintes et j'ai également adapté mon entraînement. »**

PARTICIPANTE 12 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ



**« Bien, j'ai arrêté la cigarette. J'ai réduit la caféine et mes mauvaises habitudes. J'ai commencé un entraînement et amélioré mon alimentation un an avant la grossesse. »**

PARTICIPANTE 3 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ

De la part des femmes détenant minimalement un diplôme d'études secondaires, les propos en lien avec l'acide folique varient de l'une à l'autre. Certaines avaient prévu se préparer à leur grossesse en ce sens, d'autres non.



**« Pour me préparer à ma grossesse, je suivais mon cycle menstruel, mais je ne prenais pas de vitamine ou d'autre chose du genre. J'ai commencé l'acide folique quand mon médecin m'a appris que j'étais enceinte alors que moi, je croyais avoir une infection urinaire. »**

PARTICIPANTE 4 – SANS ACIDE FOLIQUE PRÉ



**« Mon médecin m'avait dit, à mon rendez-vous de suivi pour ma glande thyroïde, de prendre de l'acide folique quand je voudrai être enceinte. Donc, j'ai consulté ma pharmacienne pour m'en procurer parce que je savais que c'était en vente libre. »**

PARTICIPANTE 6 – AVEC ACIDE FOLIQUE PRÉ

#### **DISCUSSION**

Le but de cette étude était de décrire les facteurs déterminant la prise d'acide folique en périodes pré et périconceptionnelles par les femmes primigestes. Deux constats émergent des résultats. Premièrement, les femmes primigestes ont une méconnaissance de l'acide folique et des ATN. Deuxièmement, elles obtiennent leur information de sources variables sans le souci de rechercher la plus juste ou la plus fiable.

#### **Méconnaissances de l'acide folique et des ATN**

Plusieurs participantes avaient déjà entendu parler de l'acide folique avant leur grossesse, ce qui corrobore les résultats de Couture et al. (2001) qui démontrent que 68,3 % des femmes

enceintes en avaient déjà entendu parler. De ces femmes, 47,8 % ont commencé l'acide folique avant leur grossesse (Couture et al., 2001).

Toutefois, 79,9 % des femmes enceintes participant à l'étude de Couture et al. (2001) savaient à quel moment la prise d'acide folique était le plus bénéfique, soit avant et pendant la grossesse. Dans la présente étude, seulement une minorité de femmes connaissait cette information. Par ailleurs, l'échantillon de Couture et al. n'incluait pas que des femmes primigestes, ce qui peut avoir influencé ce résultat.

Bien que les femmes primigestes aient entendu parler de l'acide folique et qu'elles en détenaient certaines connaissances, les résultats exposent un manque de connaissances et une méconnaissance des effets de l'acide folique en matière de prévention des ATN. Après avoir réalisé une enquête dans un centre communautaire de Sebenikoro (Mali) auprès de 140 femmes enceintes, Simpura (2015) a obtenu des constats similaires, soit un faible niveau de connaissances et une faible supplémentation de fer et d'acide folique par les participantes. Seulement 55,7 % des femmes ont dit connaître les avantages de prendre de l'acide folique pendant la grossesse.

La prise d'acide folique est parfois interrompue ou débutée tardivement, ce qui témoigne du fait que les femmes ignorent que l'acide folique doit être ingéré quotidiennement au moins trois mois avant la grossesse et à un dosage adapté au risque d'ATN. Une carence en acide folique chez une femme enceinte peut entraîner plusieurs conséquences dont des douleurs, des engourdissements dans les mollets, une anémie mégaloblastique, un eczéma et des retards de cicatrisation (Haida et al., 2010).

Aucune participante n'a abordé le sujet des bienfaits de l'acide folique sur sa propre santé; en outre, aucune étude ne semble avoir documenté le manque de connaissances des femmes au sujet des effets d'une carence en acide folique sur leur propre santé en cours de grossesse.

### Fiabilité et véracité des sources d'information consultées

Finalement, les principales sources d'information consultées par les femmes primigestes ne se révèlent pas toujours fiables, véridiques et complètes. Plusieurs femmes ayant consulté leur réseau social ont reçu des informations sur l'acide folique qui n'étaient pas toujours véridiques. D'autres se sont vu conseiller d'en prendre pour d'autres raisons que la prévention des ATN. De plus, l'information obtenue manquait souvent de précision; par exemple, on suggérait de prendre de l'acide folique en période préconceptionnelle, sans toutefois préciser l'importance de commencer au moins trois mois avant la grossesse.

À la suite d'une revue systématique de la consommation d'Internet par les femmes enceintes, Masella et Godard (2020) rapportent plusieurs études démontrant la faible validité scientifique de l'information qu'elles y trouvent (Artieta-Pinedo et al., 2018; Carlsson et Axelsson, 2017; Farrell et al., 2015; Narasimulu et al., 2016). En plus de manquer d'exactitude, les données ne font pas l'objet de mises à jour. Et si plusieurs femmes pensent avoir les aptitudes nécessaires pour évaluer la fiabilité des sites consultés, seulement peu d'entre elles en vérifient la crédibilité (Masella et Godard, 2020).

Afin d'encourager la participation active des femmes enceintes dans leur recherche d'information, Masella et Godard (2020) recommandent aux professionnels de la santé de les orienter vers des sites fiables et de développer des contenus en ligne.

Il est important de constater le niveau de littératie d'une personne qui consulte. La littératie en santé fait référence à l'aptitude à comprendre des données complexes, à réaliser des calculs mathématiques dans le domaine médical, à comprendre des informations liées à la santé, à verbaliser ses besoins aux professionnels et à assimiler des instructions liées à la santé (Peerson et Saunders, 2009; Sørensen et al., 2013).

Dans l'étude de Guillaume et al. (2020), 70 % des femmes enceintes ayant un faible niveau de littératie en santé n'ont pas compris ou retenu les informations qu'elles ont reçues de leur professionnel au sujet de la supplémentation en fer, en acide folique et en vitamine D pendant leur grossesse. Dans notre étude, plusieurs femmes ont consulté des sites Internet en vue de se procurer de l'information sur l'acide folique. Cependant, il n'a pas été possible d'évaluer leur compréhension, puisque plusieurs d'entre elles ne se souvenaient pas de l'information recueillie.

Des auteurs suggèrent qu'un manque de compréhension entraîne une non-observance involontaire malheureusement dommageable pour la santé des femmes et celle de leur nouveau-né (Guillaume et al., 2020). Cette hypothèse pourrait expliquer l'absence de qualité de la prise d'acide folique dans notre étude, plusieurs participantes ayant ingéré de l'acide folique de manière intermittente.

### FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Sur le plan méthodologique, le devis descriptif qualitatif a permis de décrire les facteurs déterminants de la prise de l'acide folique en période de préconception selon la perspective des femmes primigestes. L'étude comprend deux groupes de femmes, un ayant pris de l'acide folique en période préconceptionnelle et l'autre ayant commencé la prise en période périconceptionnelle. Finalement, 30 % du matériel a fait l'objet d'une triangulation des analystes lors de l'analyse itérative, ce qui est conforme aux recommandations de rigueur scientifique en recherche qualitative (O'Connor et Joffe, 2020).

Toujours sur le plan méthodologique, quelques limites ont été constatées. D'abord, les participantes provenaient d'un seul GMF, elles étaient toutes natives du Québec et ne présentaient aucun antécédent d'ATN. De plus, l'étude a pu présenter un biais de désirabilité sociale, les participantes ayant pu moduler leurs réponses, soit à cause d'un sentiment de culpabilité parce qu'elles n'avaient pas pris d'acide folique, ou encore en raison du désir de répondre aux normes sociales prédéterminées (Laforce, 2023).

### RECOMMANDATIONS

#### Sur le plan clinique

Les infirmières œuvrant auprès des femmes primigestes doivent systématiquement leur donner un enseignement sur la prévention des ATN à l'aide d'une supplémentation en acide folique. Elles devraient également évaluer leur littératie en santé, de façon à s'assurer qu'elles retiendront l'information reçue et pourront déterminer la véracité et la pertinence de l'information qui leur sera transmise par leurs réseaux sociaux et familiaux.

#### Sur le plan de la recherche

D'autres recherches sont nécessaires afin de mieux comprendre la pratique des professionnels de la santé quant à la promotion de l'acide folique en périodes pré et périconceptionnelles et leur rôle dans la prévention des ATN.

#### Sur les plans de la gestion et de la formation

Les gestionnaires devraient offrir de la formation aux infirmières pour veiller à la mise à jour de leurs connaissances et optimiser leur enseignement aux femmes enceintes ou désirant le devenir. Ils devraient favoriser l'accès à des sources de référence fiables et accessibles aux infirmières, pour qu'elles puissent mettre à la disposition des femmes des outils de promotion de la santé.

Les établissements d'enseignement devraient favoriser l'apprentissage des approches de prise de décision partagée. Les infirmières pourraient mieux soutenir les femmes primigestes dans leur prise de décision en s'assurant qu'elle est cohérente avec leurs valeurs et leurs croyances et, d'autre part, que leur compréhension des avantages et des risques associés à la prise d'acide folique leur permet de prendre une décision éclairée.

## EN CONCLUSION

Cette étude démontre que plusieurs femmes sont favorables à la prise d'acide folique. Toutefois, certaines d'entre elles expriment manquer de connaissances sur les effets et les bienfaits de l'acide folique, à la fois sur la santé de leur fœtus et la leur. Les caractéristiques sociodémographiques des femmes primigestes et les effets secondaires de l'acide folique peuvent influencer leur décision.

Leur réseau social et familial constitue leur principale source d'information. Plusieurs consultent Internet sans vérifier la fiabilité de l'information. Plusieurs ont lu le Guide Mieux vivre avec notre enfant, de la grossesse à deux ans (INSPQ, 2024).

## LES AUTEURES

**SYLVIE ALLAIRE**  
Inf., M. Sc.

Infirmière en GMF au CIUSSS du  
Saguenay–Lac-Saint-Jean

**MÉLISSA LAVOIE**  
Inf., Ph. D.

Professeure agrégée au Module des sciences infirmières  
à l'Université du Québec à Chicoutimi

**MARIE-EVE POITRAS**  
Inf., Ph. D.

Professeure agrégée au Département de médecine de  
famille et d'urgence de l'Université de Sherbrooke

Titulaire de la Chaire de recherche CRMUS sur les pra-  
tiques professionnelles optimales en soins primaires

## RÉFÉRENCES

- Adhikari, K.M., Singh, S., Kannan, V. et Mathai, S. (2022). «A study on preconceptional folic acid supplement intake and serum folic acid levels in pregnant mothers». *Medical Journal Armed Forces India*, 78(Suppl1), S246–S250. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.mjafi.2021.05.013>
- Ajzen, I. et Fishbein, M. (2000). «Attitudes and the attitude-behavior relation: Reasoned and automatic processes». *European Review of Social Psychology*, 11(1), 1–33. Repéré à <https://doi.org/10.1080/14792779943000116>
- Artieta-Pinedo, I., Paz-Pascual, C., Grandes, G., Villanueva, G. et Ema Q Group. (2018). «An evaluation of Spanish and English on-line information sources regarding pregnancy, birth and the postnatal period». *Midwifery*, 58, 19–26.
- Bibbins-Domingo, K., Grossman, D.C., Curry, S.J., Davidson, K.W., Epling Jr., J.W., ... Tseng, C.-W. (2017). «Folic acid supplementation for the prevention of neural tube defects: US Preventive Services Task Force recommendation statement». *JAMA*, 317(2), 183–189.
- Candito, M., Houcher, B., Boisson, C., Abellard, J., Demarcq, M.J., ... Van Obberghen, E. (2004). «Anomalies du tube neural et vitamine B12: à propos de trois cas». *Annales de Biologie Clinique*, 62(2), 235–238.
- Carlsson, T. et Axelsson, O. (2017). «Patient information websites about medically induced second-trimester abortions: A descriptive study of quality, suitability, and issues». *Journal of Medical Internet Research*, 19(1), e8.
- Couture, M.-M., Deshaies, J.-F., Dufour, J. et Sansoucy, Y. (2001). «L'acide folique chez les femmes enceintes: prévalence, déterminants et stratégies d'action». Sherbrooke, QC: Université de Sherbrooke/Faculté de médecine. Repéré à <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/santecom/35567000054483.pdf>
- De la Fournière, B., Dhombres, F., Maurice, P., de Foucaud, S., Lallemand, P., ... Jouannic, J.-M. (2020). «Prevention of neural tube defects by folic acid supplementation: A national population-based study». *Nutrients*, 12(10), 3170.
- De Wals, P., Tairou, F., Van Allen, M.I., Uh, S.-H., Lowry, R.B., ... Niyonsenga, T. (2007). «Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada». *New England Journal of Medicine*, 357(2), 135–142. Repéré à <https://doi.org/10.1056/NEJMoa067103>
- Doyle, L., McCabe, C., Keogh, B., Brady, A. et McCann, M. (2020). «An overview of the qualitative descriptive design within nursing research». *Journal of Research in Nursing*, 25(5), 443–455. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1744987119880234>
- Farrell, R.M., Agatista, P.K., Mercer, M. et Coleridge, M.B. (2015). «Online direct-to-consumer messages about non-invasive prenatal genetic testing». *Reproductive Biomedicine & Society Online*, 1(2), 88–97.
- Fortin, M.-F. et Gagnon, J. (2022). «Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives» (4<sup>e</sup> éd.). Montréal: Chenelière Éducation.
- Guillaume, M., Riquet, S., Zakarian, C. et Comte, F. (2020). «Supplémentations en fer, acide folique, vitamine D pendant la grossesse: observance des patientes». *Santé Publique*, 32(2), 161–170. Repéré à <https://doi.org/10.3917/pub.202.0161>
- Haida, S., Bannani, O., Laghzaoui, M. et Bouhya, S. (2010). «Acide folique (Vitamine B9) et grossesse». *Journal Marocain des Sciences Médicales*, 17(3), 6–8. Repéré à <https://doi.org/10.48401/JMIST.PRSM/jmsm-v17i3.685>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2024). «Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans». Québec: INSPQ.
- Laforce, T.M. (2023). «Énoncé de politique des trois conseils – Éthique de la recherche avec des êtres humains (2022)». Gouvernement du Canada: Groupe en éthique de la recherche. Repéré à [https://educ.info/xmlui/bitstream/handle/11515/38827/SCRR\\_Journee-de-la-recherche\\_2023-03-16.pdf?sequence=2](https://educ.info/xmlui/bitstream/handle/11515/38827/SCRR_Journee-de-la-recherche_2023-03-16.pdf?sequence=2)
- Manniën, J., de Jonge, A., Cornel, M.C., Spelten, E. et Hutton, E.K. (2014). «Factors associated with not using folic acid supplements preconceptionally». *Public Health Nutrition*, 17(10), 2344–2350.
- Masella, M.-A. et Godard, B. (2020). «Enjeux éthiques du recours à Internet par les femmes enceintes dans leur suivi de grossesse». *Santé Publique*, 32(2), 171–182. Repéré à <https://doi.org/10.3917/pub.202.0171>
- Miles, M.B., Huberman, A.M. et Saldaña, J. (2014). «Qualitative data analysis: A methods sourcebook» (3<sup>e</sup> éd.). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Narasimulu, D.M., Karakash, S., Weedon, J. et Minkoff, H. (2016). «Patterns of Internet use by pregnant women, and reliability of pregnancy-related searches». *Maternal and Child Health Journal*, 20(12), 2502–2509.
- O'Connor, C. et Joffe, H. (2020). «Intercoder reliability in qualitative research: Debates and practical guidelines». *International Journal of Qualitative Methods*, 19. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1609406919899220>
- Padmanabhan, R. (2006). «Etiology, pathogenesis and prevention of neural tube defects». *Congenital Anomalies*, 46(2), 55–67. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1741-4520.2006.00104.x>
- Peerson, A. et Saunders, M. (2009). «Health literacy revisited: What do we mean and why does it matter?». *Health Promotion International*, 24(3), 285–296. Repéré à <https://doi.org/10.1093/heapro/dap014>
- Richard-Tremblay, A.-A. (2013). «La prise d'acide folique en période périconceptionnelle: une étude sur la concordance aux directives cliniques canadiennes et sur l'impact sur la prévalence des malformations congénitales au Québec» [Mémoire inédit]. Université de Montréal – Faculté de Pharmacie. Repéré à <http://hdl.handle.net/1866/9171>

Le fait de commencer à prendre de l'acide folique au moins trois mois avant la grossesse et de continuer la supplémentation pendant la grossesse est une mesure recommandée pour prévenir les ATN. Notre étude démontre la pertinence de rappeler aux femmes que cette simple mesure réduit les ATN, en plus de contribuer au développement des cellules embryonnaires de la moelle épinière et du cerveau du fœtus. •

- Simpura, S.M. (2015). «Étude de la connaissance, de la perception et de l'utilisation du fer acide folique chez les femmes enceintes à l'ASACOSEK [Association de Santé Communautaire de Sebenikoro], du 7 septembre au 26 décembre 2015» [Mémoire en Santé publique]. Bamako, Mali: Université des Sciences, des Techniques et des Technologies.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Pelikan, J.M., Fullam, J., Doyle, G., ... Brand, H. (2013). «Measuring health literacy in populations: Illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q)». *BMC Public Health*, 13, 948.
- Taylor, G. (2013). «Anomalies congénitales au Canada 2013 – Rapport de surveillance sur la santé périnatale». Ottawa, ON: Agence de la santé publique du Canada.
- Wagner, C., Linroth, R., Gangl, C., Mitchell, N., Hall, M., ... Christenson, M. (2015). «Perception of secondary conditions in adults with spina bifida and impact on daily life». *Disability and Health Journal*, 8(4), 492–498. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.dhjo.2015.03.012>
- Wilson, R.D. (2016). «Supplémentation préconceptionnelle en acide folique/multivitamines pour la prévention primaire et secondaire des anomalies du tube neural et d'autres anomalies congénitales sensibles à l'acide folique». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(12), S646–S664. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.069>



POSTULE À :  
**PASSEZALEST.COM**

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
de l'Est-de-  
Montréal  
Québec



# GOLFMAX LE DIABLE

# 89\$ /billet

En vente jusqu'au 18 octobre 2024

Consultez la page réservée aux avantages aux membres, située dans votre compte pour obtenir le code rabais.

## Notre expertise fait la différence.

Participez à la campagne et faites reconnaître l'expertise infirmière



# Démystifier l'embolie pulmonaire : il n'y a pas de quoi en faire un caillot!

L'embolie pulmonaire (EP) aiguë est une forme de thromboembolie veineuse assez fréquente et parfois fatale (Shah et al., 2022; Thompson et Kabrhel, 2023). Elle est causée par une obstruction de l'artère pulmonaire ou une de ses branches, plus communément par un thrombus, mais aussi par de l'air, une masse graisseuse ou encore une tumeur, qui provient d'une autre partie du corps (Thompson et Kabrhel, 2023). Bien que la plupart des cas d'EP soient causés par la présence d'une thrombose veineuse profonde (TVP) proximale de la jambe, plusieurs autres facteurs de risque sont à considérer. Par ailleurs, certains d'entre eux, tels l'exercice régulier ou un indice peu élevé de masse corporelle (IMC), peuvent en réduire l'incidence (Thompson et Kabrhel, 2023). L'objectif de cet article est d'expliquer la pathophysiologie sous-jacente de l'EP pour mieux comprendre les facteurs de risque et les clientèles prédisposées à les développer. Les signes et les symptômes de cette pathologie sont énumérés afin d'aider l'infirmière à reconnaître sa manifestation et à agir adéquatement lors de la prise en charge. Le rôle de l'infirmière dans la prévention de thromboembolie veineuse, la surveillance clinique et l'enseignement sont également soulignés.

par **JULIE DICAIRE, IPSSA** et **LÉLIA HOLDEN, IPSSA**

Près de 900 000 individus sont atteints de thromboembolie veineuse chaque année aux États-Unis (Shah et al., 2022). Au Canada, cette condition touche approximativement 1 à 2 adultes sur 1 000 (Thrombose Canada, 2023). Environ 10 millions de nouveaux cas de thromboembolies veineuses sont estimés chaque année aux États-Unis (Shah et al., 2022).

Selon une base de données canadiennes, l'incidence est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (56 vs 48/100 000 cas) et tend à croître avec l'âge (+ de 500/100 000 cas chez les 75 ans et +) (Thompson et Kabrhel, 2023).

Jusqu'à 10 % des cas d'embolies pulmonaires symptomatiques causent le décès du patient au cours de la première heure suivant l'apparition des symptômes (Thrombose Canada, 2023). Non reconnue, cette condition peut avoir une mortalité allant jusqu'à 30 %. Or, le taux de mortalité chute à 8 % lorsque l'embolie est reconnue et traitée. Après l'infarctus et l'accident vasculaire cérébral, l'EP est la 3<sup>e</sup> plus grande cause de décès cardiovasculaires. Selon Martin et ses collaborateurs (2024), le taux de mortalité associé à l'EP aurait augmenté durant la pandémie de la COVID-19.

La présentation clinique étant souvent très variable d'un patient à l'autre, le diagnostic peut parfois être difficile à poser. Selon Bělohávek et ses collaborateurs (2013), la TVP est

responsable de 85 % des EP. Les auteurs notent également que près de la moitié des patients ayant une TVP ont des embolies pulmonaires asymptomatiques. Heureusement, plusieurs outils permettent d'établir ou d'exclure un diagnostic efficacement et précocement.

## MISE EN SITUATION

Vous travaillez à l'unité de gériatrie où se trouve M<sup>me</sup> Singh, 86 ans. Elle a été admise à la suite de chutes multiples et d'une fracture au poignet. Elle vit seule et reçoit beaucoup de soutien de son fils unique puisqu'elle est en perte d'autonomie. Ce dernier vit actuellement un épuisement de l'aidant naturel et souhaite un placement à long terme.

À la lecture des antécédents médicaux de la patiente, vous apprenez qu'elle est diabétique et insulino-dépendante, mais aussi qu'elle souffre d'hypertension, d'obésité et d'un glaucome.

L'hospitalisation de M<sup>me</sup> Singh se complique à cause d'une infection urinaire et d'un delirium hypoactif. M<sup>me</sup> Singh dort beaucoup et se mobilise très peu. Lors de sa 10<sup>e</sup> journée d'hospitalisation, vous remarquez durant votre quart de jour que la patiente a une tachypnée à 28/min et une saturation à 90 % à l'air ambiant. Sa tension artérielle est de 103/76 et sa fréquence cardiaque de 113 bpm. La température de la patiente est normale.

## PATHOPHYSIOLOGIE

En présence d'EP, l'apport en oxygène est souvent insuffisant pour les besoins tissulaires, ce qu'on appelle communément l'hypoxie. Plusieurs mécanismes au niveau des poumons mènent à cet état. Les plaquettes libèrent le thromboxane A2 et la sérotonine, ce qui cause l'aggrégation plaquettaire et la vasoconstriction. Ce processus, ainsi que l'obstruction physiologique du thrombus engendrent alors une augmentation de la résistance vasculaire pulmonaire. S'ensuit une bronchoconstriction qui précipite l'atélectasie, entraînant par le fait même un shunt intrapulmonaire et donc une exacerbation de l'hypoxie. La discordance entre la ventilation et la perfusion redistribue la perfusion dans d'autres régions non affectées. Elle est donc amoindrie dans la région affectée et altère le ratio ventilation/perfusion (communément appelé le ratio V/Q).

Lors d'EP massive, la postcharge est subitement augmentée. Consécutivement à une augmentation constante de la pression artérielle pulmonaire, le ventricule droit utilise des mécanismes inotropiques (qui augmentent la force de contraction) et chronotropiques (qui augmentent la vitesse des battements cardiaques) positifs compensatoires. De plus, le ventricule droit peut, pour une période donnée, compenser en se dilatant. Toutefois, il atteint un point où la compensation est impossible, provoquant une insuffisance ventriculaire droite. Par conséquent, le débit cardiaque droit diminue ce qui se répercute du côté gauche du cœur. Cette défaillance droite augmente la tension sur la paroi myocardique ainsi que les pressions intracardiaques, et favorise l'ischémie myocardique en réduisant le flot coronarien. Un cercle vicieux s'enchaîne ensuite, l'ischémie affectant la contractilité du myocarde réduit par le fait même le débit cardiaque, selon le mécanisme de Frank Starling (Abate, Bayable et Fetene, 2022; Shah et al., 2022).

## FACTEURS DE RISQUE

Les facteurs de risque majeurs pouvant mener à une thrombose veineuse ont été déterminés par le médecin allemand Rudolf Virchow en 1856. Il a proposé une triade de facteurs justifiant la majorité des cas de thrombose, soit la stase veineuse, une altération de la paroi du vaisseau et l'hypercoagulabilité.

Premièrement, plusieurs situations favorisent une stase veineuse. Toute immobilisation prolongée comme une hospitalisation à long terme, un état postopératoire orthopédique ou de la prostate, de longs déplacements (ex., en voiture ou en avion) ou encore la présence d'un plâtre au membre inférieur accentuent le risque. D'autres états physiologiques, telles l'obésité, l'insuffisance cardiaque ou une fragilité gériatrique, réduisent la mobilité et promeuvent une stase veineuse. Dans un contexte de chirurgie orthopédique, il est rapporté que le quart des EP se produisent entre la 15<sup>e</sup> et la 30<sup>e</sup> journée postopératoire; 15 % des cas surviennent après un mois (Kostadima et Zakynthinos, 2007).

Quant à l'endommagement de l'épithélium veineux, il peut se produire à la suite d'un trauma, d'une vasculite ou encore en présence d'un thrombus antérieur (Kostadima et Zakynthinos, 2007).

Enfin, l'hypercoagulabilité peut se manifester dans diverses situations cliniques telles que la polycythémie, lors de cancers actifs tels que l'adénocarcinome, ou lors de désordres de coagulabilité tels que le déficit en protéine C, en protéine S, l'hyperhomocystéinémie, le syndrome des antiphospholipides ou encore une mutation du facteur V Leiden (Streiff, 2024).

La grossesse comporte elle aussi les trois facteurs de la triade de Virchow. La capacitance veineuse est altérée durant cette période. L'utérus gravide comprime les grandes veines et favorise la stase veineuse. Selon Kearsley et Stocks (2021), cela peut se produire avant même le grossissement considérable de l'utérus. Le détachement du placenta lors de l'accouchement cause inévitablement un endommagement épithélial. À ce moment s'enclenche la cascade de coagulation. Selon les mêmes auteurs, l'instrumentation d'une césarienne vient davantage augmenter le risque. Finalement, des changements physiologiques se produisent durant la gestation qui modifie les facteurs de coagulation. Notamment une



## L'HYPERCOAGULABILITÉ ET LES FEMMES

Par ailleurs, l'hypercoagulabilité peut être iatrogénique en raison d'une prise d'agents hormonaux. Les femmes peuvent avoir recours à la pilule contraceptive durant leur stade de vie reproductive ainsi qu'à un traitement hormonal en période postménopause. Or, la pilule contraceptive et le traitement hormonal contiennent de l'œstrogène et augmentent ainsi le risque de thrombose veineuse de 2 à 9 fois (LaVasseur et al., 2022). Il est rapporté qu'au moins le tiers des femmes a recours à la contraception orale au cours de leur vie. Les auteurs relatent également qu'en moyenne 40 % des Américaines utilisent le traitement hormonal postménopause (LaVasseur et al., 2022). Le Tamoxifène, un modulateur sélectif des récepteurs d'œstrogène, est un traitement contre la récurrence du cancer du sein. Quoiqu'efficace dans son objectif de traitement, il augmente de 3,5 fois le risque de thrombose veineuse ou d'EP (Hernandez et al., 2009). Du côté de la médecine transgenre, l'œstrogène est le traitement de choix chez les femmes transgenres. Peu de statistiques existent concernant l'incidence de thrombose chez cette population. Toutefois, une étude transversale a rapporté une incidence de 6 % lors d'une utilisation de ce traitement sur 10 ans (LaVasseur et al., 2022). Sachant qu'une bonne proportion de femmes a recours aux agents hormonaux au cours de leur vie, et que cela constitue au moins un facteur de risque pour une éventuelle thrombose veineuse, il est important de vérifier les antécédents de tabagisme, d'obésité, de thrombophilie ou de thrombose antérieure, lorsqu'une thérapie hormonale doit être mise en œuvre (Kostadima et Zakynthinos, 2007).

augmentation de la thrombine et des facteurs I, V, VII, VIII, IX, X et XII, et une diminution des protéines C et S qui anticoagulent naturellement le sang. Plusieurs facteurs de risque maternels et obstétricaux ont été identifiés tels que l'âge avancé (> 35 ans), l'obésité, le nombre de grossesses (≥ 3), la présence de varices aux membres inférieurs, le tabagisme, la prééclampsie, la césarienne, un travail prolongé au-delà de 24 heures, la mortinatalité, la naissance prématurée ou l'hémorragie post-partum nécessitant une transfusion sanguine (Kearsley et Stocks, 2021). Cela étant dit, le risque de thrombose veineuse embolique augmente de 4 à 5 fois durant la grossesse et représente 2 cas sur 1 000.

Chez la clientèle âgée, le risque de thrombose est encore plus accru. Il est rapporté qu'il est 80 fois plus grand que chez la population moyenne. Cette plus grande incidence peut s'expliquer partiellement par des causes multifactorielles. Plus la population est vieillissante, plus les facteurs de risque connus, telles l'insuffisance cardiaque ou la présence de cancers, de maladies pulmonaires obstructives chroniques et l'immobilité, sont prévalents. L'insuffisance veineuse qui contribue à la stase veineuse est également plus fréquente chez les aînés. Finalement, la dysfonction endothéliale se développe davantage avec l'âge avancé, les fibres musculaires s'atrophiant et les valvules s'épaississant avec les fibres de collagènes (Engbers, Van Hylckama Vlieg et Rosendaal, 2010).

## MISE EN SITUATION (suite)

La barrière linguistique vous empêche de poser des questions à M<sup>me</sup> Singh. Toutefois, vous remarquez qu'elle se tient la poitrine à poing fermé et semble ressentir de l'inconfort. Vous observez l'absence de toux et d'hémoptysie. Une auscultation pulmonaire ne révèle pas de crépitations ou de râles.

Vous contactez l'infirmière praticienne spécialisée (IPS) qui vous demande de lui faire un ECG, ainsi que des tests de laboratoire incluant troponine, D-dimère, CRP, FSC, gaz veineux et biochimie. Elle demande également un rayon X du poumon portatif. Vous commencez de l'oxygène à 2L/min par lunettes nasales.

## SIGNES ET SYMPTÔMES

Les signes et les symptômes varient considérablement en sévérité et en étendue selon que l'EP est sévère ou aiguë (centrale), aiguë (périphérique) ou chronique (Konstantinides et al., 2020).

Dans certains cas, la découverte de l'EP peut être fortuite à l'occasion d'examen diagnostiques (Konstantinides et al., 2020). Ainsi, les patients peuvent être totalement asymptomatiques ou encore développer des symptômes de façon lente, en lien avec une hypertension pulmonaire progressive (Thompson et Kabrhel, 2023). Selon Shah et ses collaborateurs (2022), jusqu'à 75 % des cas d'EP seraient asymptomatiques.

Les symptômes cliniques d'EP aigus et subaigus sont souvent assez généraux et non spécifiques (Konstantinides et al., 2020). Le symptôme le plus commun est la présence de dyspnée. Généralement associée aux cas d'EP centraux, elle n'affecte pas la plèvre. Les autres symptômes incluent la douleur thoracique, souvent pleurétique, et habituellement causée par une embolie distale pouvant causer un infarctus pulmonaire (Konstantinides et al., 2020). Il peut aussi y avoir présence de tachypnée, de cyanose, de toux et de symptômes de TVP (Yu et al., 2022). La thrombose veineuse profonde est souvent caractérisée par une douleur, un œdème, une rougeur ou encore une chaleur unilatérale d'un membre inférieur (Laflamme, 2020; Shah et al., 2022). La présence d'hémoptysie, bien que possible, n'est toutefois pas commune (Thompson et Kabrhel, 2023). De plus, les patients peuvent également noter une diminution de la tolérance à l'activité physique et une perte en qualité de vie (Yu et al., 2022). Il est aussi fréquent de constater une tachycardie au-dessus de 100 bpm.

Dans les cas d'EP sévère ou massive, les patients peuvent se présenter avec une instabilité hémodynamique, des arythmies, de l'hypoxémie, de la cyanose ou encore avec un tableau de syncope inexpliquée (Yu et al., 2022). La défaillance cardiaque droite, causée par une augmentation soudaine de la postcharge, représente l'impact le plus significatif sur le plan cardio-vasculaire et la cause principale de mortalité à la suite d'une EP. Mentionnons aussi que la dilatation ventriculaire droite peut également précipiter une régurgitation tricuspiddienne, qui peut conduire à des arythmies (Shah et al., 2022).

À l'examen physique, il est possible de noter une dilatation des veines jugulaires, une augmentation du B2 pulmonaire, un souffle systolique à l'auscultation cardiaque et un soulèvement parasternal gauche (Laflamme, 2020; Yu et al., 2022). Les patients se présentant avec des signes d'insuffisance cardiaque droite sévère sont d'ailleurs plus à risque de décès (Thompson et Kabrhel, 2023).

Comme les signes et les symptômes liés à l'EP ne sont pas toujours assez sensibles et spécifiques pour pouvoir poser un diagnostic, certains outils de prédiction sont utilisés. Ils sont étudiés plus loin, dans la section des investigations.

Finalement, il est pertinent de mentionner que jusqu'à 50 % des patients ont des symptômes persistants après avoir reçu le ou les traitements appropriés à la suite du diagnostic d'EP (Yu et al., 2022).

#### MISE EN SITUATION (suite)

Lorsque l'IPS arrive, vous lui présentez l'ECG en mentionnant que le rythme est sinusal et qu'il n'y a pas de sus ou sous décalage du segment ST pouvant suggérer de l'ischémie coronarienne ou un STEMI. Aucun changement ne peut laisser croire à une péricardite non plus.

Le rayon X ne relève aucun œdème ni d'épanchements pleuraux. Il n'y a pas de foyers de consolidation suggérant une pneumonie. La troponine est négative. Le taux de D-dimères s'avère positif et les autres tests sont sans particularités.

L'IPS vérifie la fonction rénale et envoie la patiente passer un CT pulmonaire. Une EP est confirmée.

#### INVESTIGATIONS

Lorsqu'une EP est suspectée, deux facteurs principaux orientent la démarche diagnostique : la stabilité clinique du patient et la probabilité prétest (Thrombose Canada, 2023). En l'absence d'hypotension, c'est-à-dire si la tension artérielle est  $\geq 90$  mmHg, une probabilité prétest peut, dans un premier temps, être effectuée en utilisant un outil validé : le score de Wells. En cas de risque d'EP peu probable, une liste de critères d'exclusion peut ensuite être utilisée pour valider la probabilité (Tableau 1).

**Tableau 1**  
**SCORE DE WELLS**

| CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES                                             | POINTAGE     |
|------------------------------------------------------------------------|--------------|
| Signes cliniques d'une TVP (œdème de la jambe, douleur à la palpation) | 3.0          |
| Autre diagnostic moins probable que l'EP                               | 3.0          |
| Fréquence cardiaque > 100                                              | 1.5          |
| Immobilisation $\geq 3$ jours ou chirurgie dans le dernier mois        | 1.5          |
| TVP ou EP antérieur                                                    | 1.5          |
| Hémoptysie                                                             | 1.0          |
| Cancer                                                                 | 1.0          |
| <b>PROBABILITÉ</b>                                                     | <b>SCORE</b> |
| <b>PROBABILITÉ CLINIQUE TRADITIONNELLE (CRITÈRE WELLS)</b>             |              |
| Élevée                                                                 | > 6.0        |
| Modérée                                                                | 2.0-6.0      |
| Faible                                                                 | < 2.0        |
| <b>CRITÈRES WELLS MODIFIÉS/SIMPLIFIÉS</b>                              |              |
| EP probable                                                            | > 4.0        |
| EP peu probable                                                        | $\leq 4.0$   |

Source : Shah et al., 2022

Le dosage des D-dimères au niveau sanguin représente aussi un autre outil diagnostique pertinent. Il définit très souvent la prochaine étape. En effet, si, au prétest effectué, le risque d'EP est faible, l'obtention d'un résultat de D-Dimères négatif élimine le diagnostic d'EP. Cependant, un résultat de D-dimères positif oriente vers un autre type d'examen afin de confirmer ou d'infirmer le diagnostic (Thrombose Canada, 2023).

Dans le même ordre d'idées, en cas de score de Wells positif, c'est-à-dire  $\geq 4.5$ , il est recommandé de procéder directement à un test diagnostique en sautant l'étape de dosage des D-dimères.

Il est important de se rappeler que le résultat positif des D-dimères a une spécificité diagnostique limitée (40 %). En cas de dosage élevé, il faut considérer d'autres causes, notamment les sepsis, les traumatismes, les cancers, les chirurgies ou les autres conditions thrombotiques (Shah et al., 2022).

Dotée d'une sensibilité et d'une spécificité assez élevées pour confirmer et exclure le diagnostic d'EP, l'angiographie pulmonaire par tomographie à émission de positons est un outil fiable et fréquemment utilisé en raison de sa grande disponibilité dans les grands centres hospitaliers canadiens (Konstantinides et al., 2020). Cependant, ce test entraîne un taux élevé d'exposition à la radiation et augmente le risque de néphropathie induite par le produit de contraste. La scintigraphie pulmonaire de perfusion et ventilation peut également être considérée pour déterminer le diagnostic d'EP. Elle est à privilégier chez les patients atteints d'insuffisance rénale, en cas de grossesse ou encore d'allergie aux produits de contraste. Sa sensibilité et sa spécificité sont élevées chez les patients sans atteinte pulmonaire grave et dont la radiographie du thorax est dans les limites de la normale (Thrombose Canada, 2023).

Dans le cas d'instabilité hémodynamique ou d'indisponibilité des tests mentionnés, une échographie cardiaque au chevet du patient ou un echo-doppler des membres inférieurs peuvent être envisagés (Thompson et Kabrhel, 2023). L'échographie cardiaque est utile surtout pour évaluer la fonction ventriculaire droite (Shah et al., 2022). Une dilatation du ventricule droit serait présente dans environ 25 % des cas d'embolies pulmonaires (Konstantinides et al., 2020). Ce test permet aussi de découvrir la présence de thrombus du cœur droit ou encore d'un foramen ovale perméable avec shunt droit-gauche, tous les deux étant prédictors de mortalité (Konstantinides et al., 2020). Le doppler veineux peut, quant

à lui, permettre de découvrir une thrombose veineuse périphérique (Kostadima et Zakynthinos, 2007). Un résultat positif à ce test a une valeur prédictive élevée pour la présence d'EP (Konstantinides et al., 2020).

L'électrocardiogramme à 12 dérivations représente aussi un outil clinique pertinent. Il est facile d'accès, non invasif et peu coûteux. En présence d'EP, les caractéristiques électrographiques les plus fréquentes sont la tachycardie sinusale (44 %), un tableau de tension ventriculaire droite et l'inversion de l'onde T (34 %), une déviation axiale droite (16 %) et la présence d'un bloc de branche droit (18 %) (Shah et al., 2022).

La radiographie pulmonaire, quant à elle, peut démontrer une artère pulmonaire prédominante (signe de Fleischner), une absence localisée de vascularisation (signe de Westermark) ou une opacité périphérique cunéiforme (bosse de Hampton) (Laflamme, 2020).

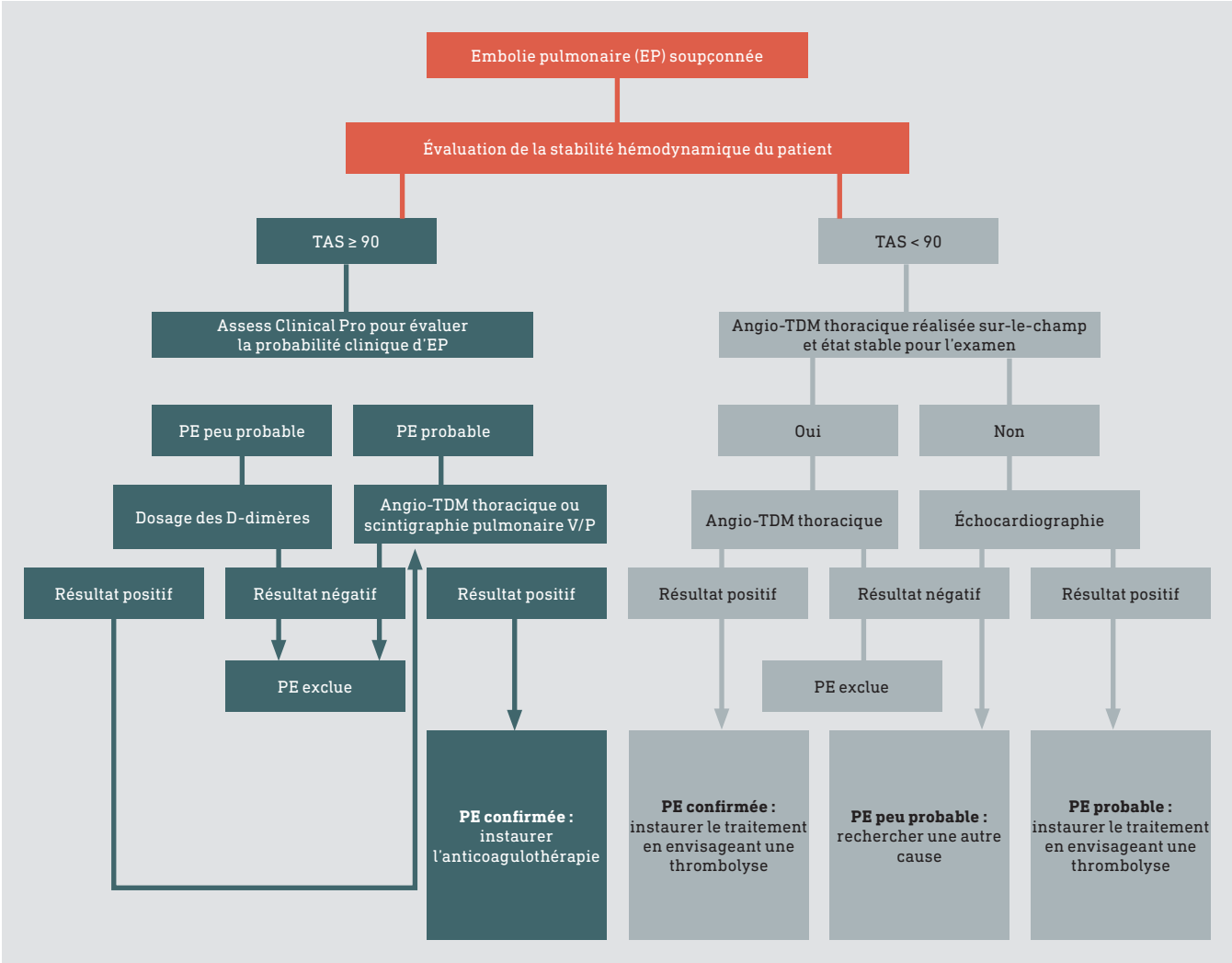
Le gaz artériel peut aussi révéler la présence d'hypoxémie et d'hypocapnie, soit un taux abaissé de dioxyde de carbone

dans le sang (Kostadima et Zakynthinos, 2007); entre 30 et 60 % des cas présenteraient une concentration sanguine élevée de troponine I ou T (Konstantinides et al., 2020).

Afin d'assister les cliniciens dans leur prise de décision quant à la démarche à suivre pour confirmer ou exclure le diagnostic d'EP, certains algorithmes, comme celui proposé par Thrombose Canada (Figure 1), ont été conçus afin de faciliter le processus décisionnel.

**MISE EN SITUATION** *(suite et fin)*  
 Étant donné l'absence d'instabilité hémodynamique, il n'y a pas besoin de thrombolyse. L'Apixaban est débuté. Après quelques jours, M<sup>me</sup> Singh semblant plus alerte et orientée n'a plus besoin d'oxygène. Vous parvenez à faire l'enseignement sur l'anticoagulation auprès de la patiente, à l'aide de son fils.

**Figure 1**  
**ALGORITHME DIAGNOSTIQUE PROPOSÉ EN CAS DE SUSPICION D'EP**



## TRAITEMENTS

Le choix de traitement contre l'EP dépend du statut hémodynamique du patient, le clinicien devant au préalable effectuer une stratification des risques chez celui-ci. L'infirmière joue donc un rôle de premier plan dans l'établissement du niveau de stabilité du patient, notamment en fournissant un rapport détaillé sur son état physique ainsi qu'un résumé de ses signes vitaux et des investigations récentes, tel que mentionné précédemment. Cette évaluation permet aussi à l'infirmière de s'orienter sur les prochaines étapes de traitement à venir. Si le patient n'est pas en choc circulatoire, elle débute avec l'anticoagulation pour une période d'au moins trois mois (Thrombose Canada).

Selon les lignes directrices de Thrombose Canada, le traitement peut être mis en place avant même la réception des résultats investigateurs, si le degré de suspicion est élevé et que le risque de saignement est faible. Cela ne réduit pas le caillot, mais l'empêche de grossir davantage, permettant une lyse naturelle du thrombus responsable dans la circulation sanguine. Les agents anticoagulants directs (par exemple, l'Apixaban, le Rivaroxaban, l'Édoxaban ou encore le Dabigatran) sont privilégiés pour leur rapidité d'action, sauf dans le cas de grossesse.



### POUR EN SAVOIR PLUS

Pour plus d'information sur l'anticoagulation, consultez l'article « Anticoagulants oraux directs » (Leclerc et al., 2018) dans *Perspective infirmière*, 15(4), 38-44.

Un antagoniste de la vitamine K, telle la Warfarine, peut également être envisagé, mais le patient doit recevoir de l'héparine ou encore de l'énoxaparine sous-cutané, jusqu'à ce que l'INR soit thérapeutique.

En cas de EP diagnostiqué, tous les bénéficiaires n'ont pas besoin d'être admis. Si le risque de compromis hémodynamique est faible, le patient peut recevoir son congé de l'urgence et être suivi en externe. Des outils tels que les critères Hestia ou le *Simplified Pulmonary Embolism Severity Index* permettent de choisir la bonne clientèle à suivre en clinique ambulatoire (Thrombose Canada, 2023).

Dans la situation inverse, lorsque le patient présente des signes de choc circulatoire, il faut stabiliser son oxygénation et ses signes vitaux, puis considérer l'embolectomie ou la thrombolyse (Shah et al., 2022). Une EP est considérée à risque élevé en présence d'hypotension (tension artérielle < 90 mmHg pour plus de 15 minutes), d'une diminution de la tension systolique de 40 mmHg et plus, ou d'une nécessité de soutien hémodynamique (inotropes intraveineux ou oxygénation extracorporelle par mention, communément appelée ECMO). La thrombolyse, telle que l'activateur tissulaire du plasminogène (TPA), détruit le caillot et peut être employée en cas de signes de défaillance cardiaque droite. Étant donné la nature de ce traitement, il faut tenir compte des contre-indications à la thrombolyse, telles qu'un saignement actif, une hémorragie intracrânienne, une suspicion de dissection aortique, etc. Une thrombolyse plus localisée peut aussi être effectuée par cathéter lorsque l'EP est à risque élevé avec une contre-indication relative d'une thrombolyse systémique. Il est important de mentionner que les options diffèrent selon les ressources de chaque centre de soins (Rivera-Lebron et al., 2019).

En cas de risque trop grand d'hémorragie ou d'échec de la thrombolyse, l'équipe médicale peut recourir à l'embolectomie par cathéter. Cette procédure vise à retirer mécaniquement le caillot et, ainsi, permettre une revascularisation. D'autre part, un patient présentant une TVP et dans l'impossibilité de recevoir d'anticoagulation à cause d'un risque élevé d'hémorragie se fera offrir l'installation d'un filtre dans la veine cave inférieure. Le filtre est un dispositif introduit dans l'aîne pour empêcher le thrombus du membre inférieur de se mobiliser vers les poumons et, potentiellement, causer de futures complications pulmonaires et hémodynamiques.

## PRÉVENTION

Les infirmières jouent un rôle pivot dans la prévention de formation de thrombose. Sachant que l'hospitalisation des patients peut nuire à leur mobilité et ainsi favoriser la stase veineuse, elles se doivent de collaborer avec l'équipe multidisciplinaire et d'encourager les exercices au lit ou la marche dès qu'elle est permise. Elles peuvent prêter attention à la clientèle plus à risque et demander le soutien des préposés aux bénéficiaires lors de la mobilisation, avec comme bénéfice de diminuer le déconditionnement. Si le patient ne peut se mouvoir, l'infirmière peut proposer des options supplémentaires, telles les bas anti-emboliques ou des traitements de thromboprophylaxie avec le médecin de service (Rickards et Hayes, 2023). En cas de voyage planifié par le patient, l'infirmière peut lui recommander d'effectuer des exercices aux mollets régulièrement, de marcher toutes les heures et de porter des vêtements amples lors du transport. D'autre part, elle peut lui conseiller de maintenir une hydratation adéquate, d'éviter la consommation d'alcool ou tout simplement de porter des bas anti-emboliques (Thrombose Canada, 2023).

Lorsqu'un patient développe de la dyspnée soudaine, présente une désaturation ou encore de la tachycardie, l'infirmière devrait suspecter une EP, surtout en présence de facteurs de risque : une fracture d'os long, une chirurgie orthopédique, un accouchement ou une césarienne récents, etc. En présence d'hypoxémie, l'infirmière doit aviser l'équipe médicale et assurer la surveillance et l'ajustement de l'oxygénothérapie. Le repositionnement régulier aide aussi à améliorer le ratio de perfusion et ventilation (Rickards et Hayes, 2023).

Chez certains patients, l'équipe médicale ne parvient pas à éliminer complètement le thrombus. Ces caillots résiduels ou récidivants, ainsi que les tissus cicatriciels et de remodelage augmentent la pression intrapulmonaire (Association d'hypertension pulmonaire du Canada). Cette condition se nomme l'hypertension pulmonaire thromboembolique chronique (HPTEC) et occasionne des symptômes de dyspnée et d'intolérance à l'effort à long terme. On soupçonne l'HPTEC si les symptômes persistent six mois après le diagnostic d'EP initial. Une échographie cardiaque de contrôle peut mesurer la pression artérielle pulmonaire et suivre la fonction du ventricule droit. Ces patients devraient être dirigés vers des centres spécialisés en HPTEC. Selon les lignes directrices de la Société européenne de cardiologie, les cliniques de maladies chroniques dirigées par les infirmières ont démontré des bénéfices chez les patients. Une étude portant sur 42 patients avec HPTEC a démontré des résultats positifs, suggérant un potentiel important pour les infirmières. Ces dernières œuvrant avec la clientèle HPTEC se chargeaient d'évaluer les symptômes récidivants et assuraient son adhésion aux traitements. De plus, elles procédaient à des entrevues motivationnelles pour modifier certaines habitudes de vie, telles que la cessation tabagique, l'activité physique et la diète. Elles renforçaient également l'enseignement sur les signes et les symptômes de récurrences ou de complications possibles (Konstantinides et al., 2020). La réhabilitation pulmonaire serait une avenue prometteuse pour atténuer la dyspnée et augmenter la tolérance à l'effort (Yu et al., 2021).

Enfin, l'infirmière joue un rôle de premier plan dans l'enseignement approprié sur la prise de l'anticoagulation et sur les risques de saignements. En effet, le patient doit consulter immédiatement s'il présente des signes d'hématurie, de mélna ou d'hématochézie. L'infirmière doit aussi considérer le patient comme un partenaire clinique et l'inclure dans la prise de décision et le plan de traitement, en s'assurant notamment de sa bonne compréhension (Chauny, La Rochelle et Mathieu, 2016).

## EN CONCLUSION

La thrombose veineuse embolique et l'EP se manifestent de différentes façons sur le plan clinique et chez plusieurs types de clientèles. Sachant que les populations en oncologie, périnatalité, gériatrie, chirurgie, trauma, ainsi que les utilisateurs d'agents hormonaux, etc., sont plus à risque de développer un thrombus, cette problématique concerne l'ensemble des professionnelles de la santé.

L'EP peut parfois être asymptomatique, mais les signes et les symptômes de dyspnée, de douleur rétrosternale et de tachycardie sont non spécifiques et peuvent orienter vers plusieurs

diagnostics différentiels. L'EP massive ayant des conséquences dévastatrices avec un haut taux de mortalité, il est primordial d'effectuer un questionnaire adéquat et une investigation appropriée afin de confirmer ou d'éliminer rapidement ce diagnostic. Dans le même ordre d'idées, le fait de reconnaître les signes et les symptômes d'EP rapidement permet de poser un diagnostic précoce et, ainsi, d'instaurer aussitôt le traitement et de réduire la morbidité et la mortalité qui y sont reliées (Thrombose Canada, 2023).

Des outils tels que le score de Wells et le score PERC (Encadré 1) permettent d'évaluer la probabilité de l'EP et d'orienter les interventions de manière structurée et efficace. L'outil Hestia et le *Simplified Pulmonary Embolism Severity Index* déterminent si le risque de complication est faible et si le patient peut être géré en consultation externe. Lorsque l'embolie n'est pas provoquée par des circonstances ayant entraîné la triade de Virchow, il faut investiguer pour une coagulopathie ou un néoplasme si le premier dépistage s'avère négatif. Les patients sont généralement traités par anticoagulation en moyenne pendant trois mois une fois le diagnostic posé. L'enseignement sur la prise des anticoagulants et la surveillance de signes de saignement est essentiel pour une prise en charge sécuritaire du patient.

LES AUTEURES  
JULIE DICAIRE  
IPSSA

RÉFÉRENCES

Abate, L.G., Bayable, S.D. et Fetene, M.B. (2022). «Evidence-based perioperative diagnosis and management of pulmonary embolism: A systematic review». *Annals of Medicine and Surgery*, 77.

Association d'hypertension pulmonaire du Canada. (s.d.). «About CTEPH». Repéré à <https://phocanada.ca/What-is-PH/CTEPH>

Bělohávek, J., Dytrych, V. et Linhart, A. (2013). «Pulmonary embolism, part I: Epidemiology, risk factors and risk stratification, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis and nonthrombotic pulmonary embolism». *Experimental and Clinical Cardiology*, 18(2), 129-138.

Chauny, J.-M., La Rochelle, P. et Mathieu, B. (2016). «L'investigation de l'embolie pulmonaire à l'urgence: Qui et comment investiguer à la lumière des derniers consensus? – Position conjointe de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) et de l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ)».

Engbers, M.J., Van Hylckama Vlieg, A. et Rosendaal, F.R. (2010). «Venous thrombosis in the elderly: Incidence, risk factors and risk groups». *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 8(10), 2105-2112. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1538-7836.2010.03986.x>

Hernandez, R.K., Sorensen, H.T., Pedersen, L., Jacobsen, J. et Lash, T.L. (2009). «Tamoxifen treatment and risk of deep venous thrombosis and pulmonary embolism». *Cancer*, 115(19), 4442-4449. Repéré à <https://doi.org/10.1002/cncr.24508>

Kearsley, R. et Stocks, G.M. (2021). «Venous thromboembolism in pregnancy–Diagnosis, management, and treatment». *BJA Education*, 21(3), 117-123. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.10.003>

Konstantinides, S.V., Meyer, G., Becattini, C., Bueno, H., Geersing, G.-J., ... Zamorano, J.L. (2020). «2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of acute pulmonary embolism developed in collaboration with the European Respiratory Society (ERS)». *European Respiratory Journal*, 54(3). Repéré à <https://erj.ersjournals.com/content/54/3/1901647>

Kostadima, E. et Zakynthinos, E. (2007). «Pulmonary embolism: Pathophysiology, diagnosis, treatment». *Hellenic Journal of Cardiology*, 48(2), 94-107.

Encadré 1  
SCORE PERC (PULMONARY EMBOLISM RULE-OUT CRITERIA)

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Âge < 50 ans                                                                                       |
| Fréquence cardiaque < 100 bpm                                                                      |
| Saturation oxyhemoglobine ≥ 95%                                                                    |
| Aucune hémoptysie                                                                                  |
| Aucune utilisation d'estrogène                                                                     |
| Aucun antécédent de TVP ou d'EP                                                                    |
| Aucun œdème unilatéral du membre inférieur                                                         |
| Aucun antécédent de chirurgie/trauma nécessitant une hospitalisation dans les dernières 4 semaines |

Source : Shah et al., 2022

L'infirmière a donc un rôle important dans la prévention chez la population à risque, dans la surveillance clinique une fois le diagnostic posé, ainsi que dans l'enseignement sur l'anticoagulation et les signes de récurrences potentielles afin de prévenir les complications à long terme. •

LÉLIA HOLDEN  
IPSSA

Lafamme, D. (2020). «Précis de cardiologie» (2<sup>e</sup> éd.). Paris: Frison-Roche.

LaVasseur, C., Neukam, S., Kartika, T., Bannow, B.S., Shatzel, J. et DeLoughery, T.G. (2022). «Hormonal therapies and venous thrombosis: Considerations for prevention and management». *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, 6(6), e12763. Repéré à <https://can01.safelinks.protection.outlook.com/?url=https%3A%2F%2Fdoi.org/10.1111/cir.0000000000001209>

Leclerc, J., Sanctuaire, A., Nadon, N. et Méthot, J. (2018). «Anticoagulants oraux directs». *Perspective infirmière*, 15(4), 38-44.

Martin, S.S., Aday, A.W., Almarzooq, Z.I., Anderson, C.A., Arora, P., ... Palaniappan, L.P. (2024). «2024 Heart disease and stroke statistics: A report of US and global data from the American Heart Association». *Circulation*, 149(8), e347-e913. Repéré à <https://doi.org/10.1177/107629619853037>

Richards, E. et Hayes, S. (2023). «Pulmonary embolism: Diagnosis, risk factors and preventive management». *Nursing Times*, 119(5).

Rivera-Lebron, B., McDaniel, M., Ahrar, K., Alrifai, A., Dudzinski, D.M., ... Channick, R.N. (2019). «Diagnosis, treatment and follow up of acute pulmonary embolism: Consensus practice from the PERT Consortium». *Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis*, 25. Repéré à <https://doi.org/10.1177/107629619853037>

Shah, I.K., Merfeld, J.M., Chun, J. et Tak, T. (2022). «Pathophysiology and management of pulmonary embolism». *International Journal of Angiology*, 31(03), 143-149. Repéré à <https://doi.org/10.1055/s-0042-1756204>

Streiff, M.B. (2024). «Revue générale des troubles thrombotiques». Dans Manuel Merck-Versión pour professionnels de la santé. Rahway, NJ: Merck & Co.

Thompson, B.T. et Kabrheil, C. (2023). «Epidemiology and pathology of acute pulmonary embolism in adults». *UpToDate*. Repéré à <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-acute-pulmonary-embolism-in-adults>

Thrombose Canada. (2023). «Pulmonary embolism (PE): Treatment». Repéré à [https://thrombosiscanada.ca/clinical\\_guides/pdfs/44\\_52.pdf](https://thrombosiscanada.ca/clinical_guides/pdfs/44_52.pdf)

Yu, A., Ding, W., Lin, W., Cai, J. et Huang, W. (2022). «Application of pulmonary rehabilitation in patients with pulmonary embolism (Review)». *Experimental and Therapeutic Medicine*, 23(1), 96.

Infirmières

Devenez un rayon de Soleil!

Ensoleillez vos journées!

Aucun **TSO** garanti

Notre modèle de gestion humaine depuis 2010

Temps partiel 4/15, 7/15, temps plein



CHSLD  
Centre d'hébergement et de soins de longue durée  
de Saint-Lambert  
sur le Golf  
GROUPE SAVOIE



CHSLD  
Saint-Lambert sur-le-Golf

450 672-3975 - rh@residencessoleil.ca  
555, ch. Tiffin, Saint-Lambert



Consulter les détails et possibilités d'avancement ↑



**TD Assurance**



Les membres  
admissibles pourraient  
économiser sur **leur  
assurance habitation,  
auto et voyage avec  
TD Assurance.**

Profitez de tarifs préférentiels et  
d'une foule d'avantages.



**Demandez une soumission!**

**Allez à [tdassurance.com/OIIQ](https://tdassurance.com/OIIQ)  
ou composez le 1-844-257-2365**



TD Assurance Meloche Monnex désigne le programme d'assurance habitation et auto pour professionnels et diplômés offert par Sécurité Nationale compagnie d'assurance et distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc., au Québec, et par Agence Directe TD Assurance Inc., ailleurs au Canada. Le programme pour groupes d'employeurs est offert par Primum compagnie d'assurance et distribué par Meloche Monnex assurance et services financiers inc., au Québec, et par Agence Directe TD Assurance Inc., ailleurs au Canada.

Les produits d'assurance voyage et les tarifs préférentiels sont offerts par l'entremise du programme TD Assurance Meloche Monnex.

L'assurance voyage de TD Assurance est administrée par Gestion Global Excel Inc. et sa filiale CanAm Services d'Assurance (2018) Limitée. L'assurance voyage de TD Assurance est offerte par TD, Compagnie d'assurance-vie (causes médicales couvertes) et la Compagnie d'assurance habitation et auto TD (causes non médicales couvertes). L'aide en cas d'urgence médicale ou de réclamation, le paiement des réclamations et les services administratifs sont fournis par l'administrateur décrit dans les polices d'assurance. Les couvertures et les indemnités sont assujetties à des conditions d'admissibilité, à des limites et à des exclusions, y compris l'exclusion des maladies préexistantes. Consultez la police pour en savoir plus.

Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. MD Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion ou de ses filiales.

# À PROPOS DE **La sélection du bon dispositif d'accès veineux (DAV)**

par CAMILLE GAVOIS, inf., B. Sc.,  
JONATHAN COUTURE-ROUSSY, inf., B. Sc.,  
AUDREY CHOUINARD, inf., M. Sc., CSI(o),  
DAVID PARENT, inf., M. Sc.,  
et HAZAR MRAD, inf., M. Sc.

Les dispositifs d'accès veineux (DAV) périphériques et centraux sont essentiels pour l'administration des solutions intraveineuses. Malgré qu'ils fassent partie de la pratique infirmière quotidienne, leur sélection et les soins qu'ils requièrent sont souvent banalisés.

Grâce à son évaluation bio-psychosociale-environnementale et à l'exercice de son jugement clinique, l'infirmière occupe un rôle central dans le choix judicieux du DAV, en collaboration avec les médecins (OIIQ, 2016). De plus, par ses connaissances approfondies des divers types de DAV et de leur entretien, l'infirmière contribue à éviter plusieurs complications, telles les thromboses, les occlusions et même les bactériémies (Association canadienne d'accès vasculaire [ACAV], 2019a).

QUESTIONS EN PAGE 27

Le tableau de la page 46 présente les différents accès veineux et leurs particularités.

## SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



**01. Lors de la sélection d'un DAV pour un patient, les seuls critères à prendre en considération sont les types de traitements intraveineux et le réseau veineux.**

Réponse : Faux

Selon les lignes directrices de l'ACAV (2019a), la sélection du DAV est déterminée selon neuf critères, lesquels permettent aux infirmières et aux médecins de sélectionner le DAV le plus approprié à la trajectoire de soin du patient ainsi qu'à son mode de vie.

Les critères sont les suivants :

- la fréquence voulue et la durée du traitement;
- le traitement prescrit (p. ex. : l'osmolarité, le pH, les propriétés vésicantes ou irritantes);
- les antécédents d'accès vasculaires et l'anatomie du patient;
- les comorbidités du patient (p. ex. : état de la fonction rénale);
- l'âge et le stade de développement;
- les activités du patient (p. ex. : sport, emploi);
- l'intégrité de la peau;
- la préférence et le mode de vie du patient;
- les ressources offertes pour le soin et l'entretien du DAV.

**02. Face à un patient autonome qui souffre d'une maladie chronique et qui nécessite l'administration de thérapies intraveineuses de façon intermittente, mais récurrente sur plusieurs mois, l'installation d'un DAV sous-cutané (Port-a-cath ou chambre implantable) serait la plus appropriée.**

Réponse : Vrai

Le DAV sous-cutané est en effet idéal pour les patients (ACAV, 2019a; Nickel et al., 2024) :

- ayant des plans de traitement intermittents de longue durée (mois ou années);
- étant atteints d'une maladie chronique combinée à un besoin de thérapie intraveineuse régulière, intermittente ou fréquente, comme la fibrose kystique, l'anémie falciforme et le cancer;
- ayant un faible réseau veineux;
- étant actifs, car le cathéter est caché sous la peau et, lorsque non utilisé, il ne limite pas les AVQ/ADV et l'activité physique, outre le sport de contact, contrairement aux cathéters centraux introduits par voie périphérique (CCIVP).

**03. Face à un patient « difficile à piquer » et nécessitant un traitement intraveineux d'une durée de deux semaines, le DAVC devient la seule option.**

Réponse : Faux

Si le traitement intraveineux à administrer est compatible avec les indications d'un cathéter court périphérique, certaines étapes doivent être effectuées par le personnel infirmier avant le recours à l'utilisation d'un DAVC.

- Dilater les veines de votre patient à l'aide des techniques simples suivantes avant de tenter d'installer le cathéter court périphérique (ACAV, 2019a) :

- Demander au patient de garder le membre plus bas que le cœur avant d'installer le garrot;
- Appliquer de la chaleur sur le site choisi, pendant environ cinq minutes ou selon le confort du patient, avant de d'installer le garrot.
- Si votre tentative est infructueuse, faire appel à un collègue expert de votre unité ou de votre établissement.
- Si disponible dans votre établissement de santé, demander à avoir recours à l'installation d'un cathéter court avec l'aide de l'échoguidance :
  - Des infirmières formées à l'utilisation de l'échoguidance pour installer des cathéters courts sont maintenant présentes dans plusieurs établissements de santé. Renseignez-vous auprès de votre supérieur.
- Si l'ensemble de ces interventions s'avèrent infructueuses, une demande d'installation de DAVC peut alors être effectuée, comme le recommande la Infusion Nurses Society (INS) (Nickel et al., 2024).

**04. Le choix d'installer un DAVC à une ou à plusieurs lumières (voies) dépend de la préférence de l'infirmière et du médecin ainsi que de la quantité de traitements à administrer au patient (p. ex. : administration d'antibiotiques intraveineux, produits sanguins, chimiothérapie).**

Réponse :  Faux

Le nombre de lumières (voies) que possède un DAVC est une caractéristique importante à prendre en considération, car plus nombreuses sont les lumières (voies), plus grands sont les risques de développer des complications comme une occlusion, une thrombose et/ou une bactériémie (ACAV, 2019b; Gorski et al., 2016; O'Brien et al., 2013). D'ailleurs, l'ACAV (2019a) recommande, selon le plan de traitement, de sélectionner l'accès veineux central ayant le moins de lumières (voies) possible afin de diminuer ces risques de complications.

À elle seule, une bactériémie acquise par cathéter central augmente de 30 % le risque de décès, prolonge le séjour hospitalier de 14 à 21 jours et représente de 34 000 \$ à 56 000 \$ en coûts supplémentaires à l'établissement de santé (Yu, Jung et Ai, 2023).

**05. L'infirmière peut administrer un traitement intraveineux dans tous les DAV périphériques et centraux, y compris les DAV sous-cutanés, SANS avoir recours à une prescription médicale permettant d'y accéder.**

Réponse :  Vrai

En effet, « outre les voies d'administration usuelle, l'infirmière peut administrer un médicament ou une autre substance par les voies entérale et parentérale, par les accès vasculaires sous-cutanés, périphériques et centraux, de même que par les voies intrathécale et épidurale lorsqu'un cathéter est déjà installé [...] », comme le mentionne *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (OIIQ, 2016). Aucune prescription médicale n'est alors nécessaire. •

## LES AUTEURS

### CAMILLE GAVOIS

Inf., B. Sc.

Conseillère en soins infirmiers, accès vasculaires, CHUM

### JONATHAN COUTURE-ROUSSY

Inf., B. Sc.

Conseiller en soins infirmiers, accès vasculaires, CHUM

### AUDREY CHOUINARD

Inf., M. Sc., CSI(o)

Conseillère en soins spécialisés en oncologie, CHUM, professeure adjointe de clinique en sciences infirmières, Université de Montréal

### DAVID PARENT

Inf., M. Sc.

Infirmier clinicien en pratique avancée, trajectoire chirurgicale, CHUM

### HAZAR MRAD

Inf., M. Sc.

Conseillère en soins spécialisés en oncologie, CHUM

## RÉFÉRENCES

- Association canadienne d'accès vasculaire (ACAV). (2019a). «Lignes directrices canadiennes sur les accès vasculaires et la thérapie intraveineuse». Pembroke, ON: Pappin Communications.
- Association canadienne d'accès vasculaire (ACAV). (2019b). «Lignes directrices de prise en charge de l'occlusion pour les dispositifs d'accès veineux central (DAVC) de l'ACAV». *Vascular Access*, 13(S1), 1-32.
- Gorski, L., Hadaway, L., Hagle, M.E., McGoldrick, M., Orr, M. et Doellman, D. (2016). «Infusion therapy standards of practice». *Journal of Infusion Nursing*, 39(1S), 1-230.
- Nickel, B., Gorski, L., Kleidon, T., Kyes, A., DeVries, M., ... Hagle, M.E. (2024). «Infusion Therapy Standards of Practice, 9th Edition». *Journal of Infusion Nursing*, 47(1S Suppl 1), S1-S285.
- O'Brien, J., Paquet, F., Lindsay, R. et Valenti, D. (2013). «Insertion of PICCs with minimum number of lumens reduces complications and costs». *Journal of the American College of Radiology*, 10(11), 864-868. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jacr.2013.06.003>
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec (OIIQ). (2016). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers» (3<sup>e</sup> éd.). Repéré à <https://www.oiiq.org/le-champ-d-exercice-et-les-activites-reservees-des-infirmieres-et-infirmiers-3e-edition>
- Yu, K.C., Jung, M. et Ai, C. (2023). «Characteristics, costs, and outcomes associated with central-line-associated bloodstream infection and hospital-onset bacteremia and fungemia in US hospitals». *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 44(12), 1920-1926. Repéré à <https://doi.org/10.1017/ice.2023.132>
- Zhang, Y., Wang, Y., Sheng, Z., Wang, Q., Shi, D., ... Xu, Y. (2023). «Incidence rate, pathogens and economic burden of catheter-related bloodstream infection: A single-center, retrospective case-control study». *Infection and Drug Resistance*, 16, 3551-3560. Repéré à <https://doi.org/10.2147/IDR.S406681>

## DISPOSITIFS D'ACCÈS VEINEUX ET PARTICULARITÉS

| NOM                                                                       | INDICATIONS                                                                                                                                                                                                                                                                    | AVANTAGES / INCONVÉNIENTS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DISPOSITIF D'ACCÈS VEINEUX PÉRIPHÉRIQUE (DAVP)</b>                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Cathéter court (7,5 cm et moins)                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>Durée de vie jusqu'à sept jours selon le protocole de l'établissement</li> <li>Réseau veineux présent</li> <li>Solution non vésicante</li> <li>Solution isotonique</li> <li>Plus petit cathéter possible selon le traitement</li> </ul> | <p><b>Avantages</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Faible risque d'infection</li> <li>Installation facilement accessible</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Risque d'occlusion, d'infiltration et de phlébite</li> <li>Risque de retrait accidentel</li> </ul> <p><b>Prélèvement veineux non recommandé</b></p>                                                                                                                                                                                              |
| Cathéter mi-long (plus de 7,5 cm, Midline®)                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>Durée de vie jusqu'à 30 jours</li> <li>Solution non vésicante</li> <li>Solution isotonique</li> </ul>                                                                                                                                   | <p><b>Avantage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Évite les installations répétées de cathéters courts périphériques pour la durée du traitement</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Installation nécessitant un professionnel formé et un appareil d'échoguidance</li> <li>Infiltration/extravasation difficile à détecter dans les veines profondes</li> </ul> <p><b>Prélèvement veineux non recommandé</b></p>                                                                                             |
| <b>DISPOSITIF D'ACCÈS VEINEUX CENTRAL (DAVC)</b>                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Cathéter central introduit par voie pé-riphérique (CCIVP ou PICCline®)    | <ul style="list-style-type: none"> <li>Durée de vie de 6 à 12 mois selon le traitement</li> <li>Tout type de solution intraveineuse</li> </ul>                                                                                                                                 | <p><b>Avantage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Diminution du risque d'embolie gazeuse au retrait en comparaison à d'autres DAVC</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Installation invasive nécessitant un professionnel formé, un appareil d'échoguidance et de l'imagerie médicale pour la vérification de l'emplacement</li> <li>Entretien fréquent (chaque semaine)</li> <li>Dispositif visible (image corporelle)</li> <li>Limitations des AVQ/AVD</li> </ul> <p><b>Prélèvement veineux permis*</b></p> |
| Cathéter central non tunnelisé (jugulaire, sous-clavière)                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>Durée de vie inférieure à sept jours</li> <li>Situation d'urgence ou contexte clinique aigu (instabilité)</li> <li>Tout type de solution intraveineuse</li> </ul>                                                                       | <p><b>Avantage</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Possibilité de plusieurs lumières (voies) pour l'administration de plusieurs thérapies intraveineuses en simultané</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Risque infectieux élevé</li> <li>Installation invasive à risque de complication (pneumothorax)</li> </ul> <p><b>Prélèvement veineux permis*</b></p>                                                                                                                                                  |
| Cathéter central tunnelisé (Hickman®, Broviac®)                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>Longue durée de vie (mois, années)</li> <li>Tout type de solution intraveineuse</li> </ul>                                                                                                                                              | <p><b>Avantages</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Avantageux pour l'image corporelle, car la majeure partie se trouve sous les vêtements</li> <li>Manchon stabilise le cathéter sous la peau et réduit les risques d'infections</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Installation invasive</li> <li>Limitations des AVQ/AVD</li> <li>Entretien fréquent (chaque semaine)</li> </ul> <p><b>Prélèvement veineux permis*</b></p>                                                                                 |
| Dispositif d'accès veineux sous-cutané (Port-a-cath, chambre implantable) | <ul style="list-style-type: none"> <li>Longue durée de vie (mois, années)</li> <li>Tout type de solution intraveineuse</li> </ul>                                                                                                                                              | <p><b>Avantages</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Lumière (voie) de plus gros calibre diminuant les risques d'occlusion</li> <li>Aucune restriction AVQ/AVD lorsque le traitement n'est pas en cours</li> <li>Dispositif sous la peau, donc avantageux pour l'image corporelle</li> <li>Système fermé qui diminue le risque infectieux</li> <li>Nécessite entretien mensuel</li> </ul> <p><b>Inconvénients</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Installation invasive</li> </ul> <p><b>Prélèvement veineux permis*</b></p>                   |

\* Le recours au prélèvement veineux via un dispositif d'accès veineux central est seulement recommandé en présence d'un patient ayant un pauvre réseau veineux. Le prélèvement veineux par voie périphérique devrait toujours être privilégié.

Sources : ACAV, 2019a; Nickel et al., 2024.



**Portneuf  
Québec  
Charlevoix**

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

TOUT COMMENCE ICI → [CN.CARRIERESANTE.GOUV.QC.CA](https://cn.carrieresante.gouv.qc.ca)

Québec

**NOUVEAUX DIPLÔMÉS**

**3 000 \$**  
Forfait installation\*

Jusqu'à  
**10 000 \$**  
Crédit d'impôt\*  
installation en région  
ressource éloignée

\*selons certaines conditions

Vivre ses passions, c'est  
**CHOISIR LE CISSS  
DE L'OUTAOUAIS!**

**Soir 12% | Nuit 14%**

**PRIMES BONIFIÉES**

Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
de l'Outaouais

Québec



**CONTACTEZ-NOUS!**

[VIENS VIVRE TES PASSIONS.CA](https://viensvivretespensions.ca)



**Des emplois infirmiers  
disponibles partout  
au Québec**

[oiiq.org/offres-emploi](https://oiiq.org/offres-emploi)





# Formation continue

## Planifiez vos activités 2024

Près de 100 formations selon plusieurs modes d'enseignement, c'est ce que vous propose l'OIIQ pour mieux répondre à vos besoins de développement professionnel.

### En salle

**Avec formateur, en présentiel**

Une formule classique et indémodable

### À distance

**Avec formateur, en virtuel**

Un peu comme une formation en salle, mais sans déplacement

### En ligne

**Sans formateur, en virtuel**

À faire de façon autonome, où vous le voulez, quand vous le voulez

### Articles-questionnaires

**Sans formateur, en virtuel**

Pour valider vos apprentissages après lecture d'articles de

*Perspective infirmière*

Découvrez les formations OIIQ

et inscrivez-vous sur [oiiq.org/formation](https://oiiq.org/formation).



## Cas clinique MATHIA

Mélanie, une infirmière d'expérience, accompagne Mathia, une jeune infirmière nouvellement diplômée, durant son orientation à l'une unité de médecine-chirurgie. Mélanie n'en est pas à sa première expérience en tant que préceptrice et a beaucoup de facilité à partager ses connaissances. Durant sa quatrième journée de préceptorat, Mathia doit effectuer un changement de pansement avec mèche selon une technique stérile. La procédure se déroule relativement bien, mais Mathia éprouve des difficultés à insérer la mèche de manière stérile et par moments, le patient semble très inconfortable. Mélanie sait qu'elle doit faire un retour sur cette situation, mais se demande comment s'y prendre pour intervenir.

1. Par l'appellation infirmière nouvellement diplômée (IND), les auteurs réfèrent aussi bien aux candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) qu'aux infirmières novices.

## La rétroaction constructive

Pour faciliter la transition des études à la pratique

### OBJECTIFS

#### D'APPRENTISSAGE

Après avoir lu cet article, vous serez en mesure :

#### 01. D'IDENTIFIER

les facteurs influençant la transition et les besoins des infirmières nouvellement diplômées.

#### 02. D'IDENTIFIER

les éléments à considérer pour faciliter une rétroaction constructive.

#### 03. DE DÉCRIRE

les étapes et les modèles d'une rétroaction constructive.

par ALEXANDRA ROBITAILLE, inf., M. Sc. et  
MARTIN CHARETTE, inf., Ph. D.

En 2022-2023, 2 864 nouveaux permis de pratique professionnelle ont été délivrés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). En arrivant sur le marché du travail, ces infirmières nouvellement diplômées (IND)<sup>1</sup> font face à de nombreux défis. Dans le but de les soutenir durant ces premiers mois, des programmes de transition adaptés doivent être mis en place (Charrette, Bourbonnais et Goudreau, 2020). Ces programmes impliquent généralement le jumelage d'une infirmière expérimentée, qui agira comme préceptrice, avec une IND, afin de lui montrer les rouages de la profession (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2008). Le nombre de jours que l'IND passe en préceptorat varie d'un milieu à l'autre selon différents facteurs comme l'acuité des soins. Cette période d'orientation et d'adaptation est d'autant plus cruciale, puisque l'infirmière devra occuper pleinement son champ de pratique dans le contexte du vieillissement de la population et de la complexification des soins, des diagnostics et de la prise en charge des patients (Gardiner et Sheen, 2016; Hofler et Thomas, 2016).

Les premiers mois de pratique sont intenses et posent de nombreux défis (Duchscher, 2009). Cette période de transition a d'abord été étudiée par Marlene Kramer dans les années 1970. Les IND sont rapidement confrontées à un nouvel environnement, différent de ce qu'elles ont vécu pendant leurs études, et à de nouvelles normes socioculturelles qui guident la pratique infirmière dans le milieu clinique. Ces différences peuvent provoquer un choc chez l'IND. Elle perd ses repères et devient submergée d'émotions intenses et négatives comme le doute et la remise en question (Kramer, 1974). Les travaux de Patricia Benner ont ensuite permis de mieux comprendre les stades de développement de l'expertise infirmière dans son modèle théorique « de novice à expert » (Benner, 1984). Bien que Benner n'ait pas spécifiquement étudié la période de transition des études à la pratique professionnelle, ses travaux permettent de bien saisir les difficultés vécues par les IND en début de pratique.

Enfin, dans les dernières années, la Canadienne Judy Duchscher a mené des travaux qui lui ont permis de décrire en détail l'expérience de transition des IND au cours de leur première année de pratique (Duchscher, 2008). Son modèle comporte trois stades de transition. Les IND traversent d'abord le stade du « faire », soit une période d'apprentissages centrés sur le savoir-faire qui dure habituellement deux à trois mois. Ce tout premier stade est marqué par un choc de transition dû au fait que les IND quittent leur rôle d'étudiantes, dans lequel elles sont confortables, pour s'approprier le rôle de professionnelles autonomes, rôle qui comporte énormément de nouveautés (Duchscher, 2009). Elles naviguent alors entre les deux situations. Plusieurs ne se sentent pas adéquatement préparées à ces changements. Il s'ensuit une période de confusion, de désorientation et de remise en question, accompagnées d'un sentiment de perte de contrôle. Pendant cette période, les IND ont un grand besoin d'être soutenues dans leur prise de décision, ce soutien leur permettant d'établir des liens entre la théorie et la pratique (Duchscher, 2009).

Une fois ce stade traversé, les IND amorcent un deuxième stade, celui du « être », qui s'échelonne du troisième au sixième mois suivant le début de leur pratique professionnelle. Ce deuxième stade se caractérise par une évolution rapide de leurs connaissances et de leurs compétences, une meilleure compréhension de leur rôle professionnel et un développement rapide de leur jugement clinique.

La transition se termine ensuite par le stade du « savoir », durant lequel les IND poursuivent le développement de leur identité professionnelle (Duchscher, 2008). Ce troisième stade s'étend du septième au douzième mois de pratique et se caractérise par une diminution marquée du stress des infirmières. Elles atteignent un certain niveau de confort dans leur pratique, recherchent un équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie personnelle et deviennent plus critiques face aux lacunes de la profession infirmière ou du système de santé.

Durant ces étapes de transition, se déroulant habituellement pendant les 12 premiers mois de pratique professionnelle, les IND rencontrent de nombreux défis et sont submergées par leur nouveau travail, ce qui s'avère une source importante de stress (Hofler et Thomas, 2016). Parmi ces facteurs de stress, on note un manque de soutien et de préparation, un souci marqué pour la sécurité des patients, une charge de travail élevée, une remise en question de leurs compétences et connaissances et des interactions négatives avec d'autres infirmières (Gardiner et Sheen, 2016; Hofler et Thomas, 2016).

Si ces facteurs alourdissent l'expérience de transition des IND, ils peuvent être palliés par un accueil chaleureux et une ouverture aux apprentissages et aux questions, de même que par des rétroactions constructives fréquentes et bienveillantes des infirmières préceptrices qui les encadrent ou des autres membres de l'équipe de soins. Durant cette période de transition, les IND ont besoin d'évoluer dans un environnement positif et sécurisant qui facilite la réflexion et le questionnement. Cet environnement doit également encourager les préceptrices à donner de la rétroaction constructive fréquente, en vue de favoriser ainsi le développement des compétences et de la confiance en soi des IND (Gardiner et Sheen, 2017; Quek et Shorey, 2018).

Malheureusement, de nombreuses infirmières préceptrices mentionnent se sentir dépassées par les rôles multiples qu'elles occupent et disent rencontrer des difficultés à fournir une rétroaction constructive efficace (Altmiller et al., 2018; Miller, Vivona et Roth, 2017). On demande souvent aux infirmières préceptrices de combiner l'encadrement d'une IND à leurs fonctions habituelles. En plus de prendre soin de leurs patients, ces infirmières doivent donc agir comme modèle de rôles et soutenir l'IND dans le développement de ses compétences et la consolidation de ses connaissances théoriques, tout en aidant à la priorisation des soins, aux prises de décisions cliniques et bien d'autres (Chan et al., 2019; MSSS, 2008). Plusieurs préceptrices, dont des infirmières d'expérience, reconnaissent manquer de connaissances sur l'encadrement optimal et les meilleures pratiques de rétroaction constructive (Chan et al., 2019; McNeil et Konicki, 2021).

Ces situations se répercutent sur les IND, qui affirment recevoir moins de rétroaction que ce qu'elles souhaiteraient (Hofler et Thomas,

2016). Pourtant, une rétroaction fréquente, constructive et efficace aux IND peut engendrer de nombreux bénéfices. Elle bonifie le processus d'apprentissage et la confiance en soi, favorise la croissance personnelle et professionnelle, diminue le stress durant la période de choc et suscite leur sentiment d'être soutenues par leurs pairs. Finalement, parce qu'elle participe au perfectionnement des compétences des IND, une rétroaction constructive fréquente améliore la sécurité et la qualité des soins donnés aux patients (Altmiller et al., 2018; Gardiner et Sheen, 2016; Vae et al., 2018).

## QU'EST-CE QU'UNE RÉTROACTION CONSTRUCTIVE?

Le concept de rétroaction a évolué au fil des décennies. La rétroaction a longtemps été vue comme la transmission unilatérale d'information d'un expert à un novice dans le but d'améliorer ou de corriger un comportement (Ossenberg, Henderson et Mitchell, 2019). Ce type de rétroaction, dite corrective, semble avoir émergé durant la révolution industrielle (Boud et Molly, 2013). Une rétroaction corrective signifie que le formateur impose sa vision à l'apprenant en lui expliquant la problématique et comment la corriger, sans laisser de place à la discussion et à la réflexion. Le formateur ne considère pas l'auto-évaluation de l'étudiant, ses préférences, ses forces et ses faiblesses. Ces pratiques de rétroaction sont alors centrées sur le formateur plutôt que sur l'apprenant (Winstone et al., 2022).

Plus récemment, on estime qu'une rétroaction se doit d'être constructive plutôt que corrective. Elle est perçue comme un processus entraînant un dialogue dynamique entre deux personnes, mettant l'accent sur l'édification de connaissances ou sur un changement de comportement, toujours en ayant comme objectif l'amélioration d'une performance (Ossenberg et al., 2019). Cette discussion doit être empreinte de bienveillance, et l'infirmière qui la mène doit bien comprendre le concept de réciprocité – un concept essentiel à la rétroaction constructive. Cela signifie que la préceptrice doit donner à l'IND l'occasion de s'exprimer sur une situation problématique et de partager sa perception des événements (Ramani et al., 2020). L'IND joue donc un rôle actif dans la construction de ses connaissances, ce qui lui permet de faire des apprentissages significatifs.

Ce changement de conceptualisation de la rétroaction est cohérent avec un changement majeur en pédagogie, soit la transition du paradigme de l'enseignement vers celui de l'apprentissage (Tardif, 1997). Résumé simplement, le paradigme de l'enseignement octroie au formateur le statut d'un expert qui doit transmettre ses connaissances à un apprenant plutôt passif dans son apprentissage. Maintenant, on conçoit plutôt l'apprentissage comme un processus actif qui doit être guidé, l'apprenant devant jouer un rôle central dans son apprentissage. Ce paradigme favorise le développement des compétences plutôt que la simple transmission ou l'acquisition de connaissances (Tardif, 1997). C'est d'ailleurs pour cette raison que de nombreux établissements d'enseignement utilisent des méthodes pédagogiques dites actives, comme l'apprentissage par problèmes, l'étude de cas, les discussions de groupe et la simulation clinique.

Durant le partage d'information lors d'une rétroaction constructive, l'infirmière préceptrice doit baser ses commentaires sur des faits et des comportements qu'elle a observés de manière directe. Utiliser ces observations comme point central de la discussion caractérise une rétroaction constructive (Altmiller, 2016; Duffy, 2013; Fong et al., 2021). La préceptrice doit décrire à l'IND les comportements observés qui nécessitent un changement et lui expliquer les impacts de ses actions (Duffy, 2013).

Une rétroaction constructive doit être centrée sur un objectif commun au formateur et à l'apprenant. Dans un contexte de préceptorat infirmier, ces objectifs visent normalement des soins sécuritaires et de qualité aux patients et le développement des compétences infirmières (Mikkonen et al., 2020; Ramani et al., 2020). Identifier un objectif précis permet d'abord à la préceptrice de connaître quelles sont les compétences que l'IND souhaite développer. Ainsi, elle pourra lui confier des patients qui favoriseront le développement de ces compétences particulières et orienter ses observations sur des comportements plus ciblés. La rétroaction constructive sera orientée vers des compétences et des comportements plus concrets.

Finalement, une rétroaction constructive doit inclure des pistes concrètes d'amélioration. Après avoir discuté d'une situation problématique, l'IND et la préceptrice doivent réfléchir ensemble aux différentes actions à mettre en place pour améliorer la pratique (Altmiller, 2012; Fong et al., 2021; Sellberg et al., 2022). La solution peut venir de l'IND ou de l'infirmière préceptrice. Après discussion, le choix de l'action à poser doit toutefois émerger d'une décision commune afin que l'IND soit engagée dans le développement de ses compétences. Le maintien et le développement des compétences infirmières sont essentiels à la qualité des soins et des services, en plus de faire partie des obligations déontologiques des infirmières (Létourneau, Brisson et Moretti, 2020). La rétroaction constructive visant à améliorer les compétences n'est donc pas réservée aux IND; elle peut également être utilisée entre pairs ou encore dans un contexte de formation tel un stage.

### COMMENT FAVORISER UNE RÉTROACTION CONSTRUCTIVE?

Avant même d'entreprendre une rétroaction constructive, il est important d'avoir installé un contexte et une ambiance favorables à la rétroaction. Pour ce faire, l'établissement d'une alliance et d'une relation de confiance entre la personne préceptrice et l'IND est essentiel. Elles doivent avoir confiance l'une envers l'autre afin de pouvoir partager confortablement leurs opinions, perceptions et états d'âme. L'infirmière préceptrice doit avoir à cœur la réussite de la personne supervisée et lui démontrer du respect (Ramani et al., 2020). De son côté, l'apprenante, dans le cas présent l'IND, doit percevoir la préceptrice comme un modèle de rôle crédible et une experte dans le domaine des soins infirmiers (Ramani et al., 2020; VanHoof et al., 2015).

Pour développer cette relation, l'infirmière préceptrice et l'IND doivent prendre le temps, dès le début de la période de préceptorat, de parler de leurs attentes l'une envers l'autre. Les deux infirmières doivent également discuter explicitement de la performance attendue à la fin de la période de jumelage et des compétences à développer (Johnson et al., 2016; VanHoof et al., 2015), sur lesquelles l'IND sera évaluée. Durant ces discussions, des objectifs clairs et communs doivent être définis. Ces objectifs serviront de base aux rétroactions constructives et de point central lors de la période de supervision clinique (Cajella et al., 2016; Kiger et al., 2020).

Le meilleur moyen de communiquer une rétroaction constructive ne fait pas consensus. Qu'elle soit verbale ou écrite, la communication peut être efficace. La forme la plus appréciée semble toutefois être une combinaison des deux (VanHoof et al., 2015; Zi-Xiang Lim, Hong et Chew, 2018). La rétroaction doit être donnée de manière fréquente et constante, quotidienne ou au besoin, selon la performance de l'IND (VanHoof et al., 2015).

L'infirmière préceptrice doit observer la pratique de l'IND, identifier les interventions adéquates, celles qui nécessitent une amélioration et celles qui sont problématiques. Ces observations devraient se dérouler quotidiennement durant la période de préceptorat (Pelgrim et al., 2012). Lorsqu'un événement problématique ou une situation sous-optimale se produisent, la discussion de rétroaction doit avoir lieu le plus rapidement possible (Johnson et al., 2016) et dans un lieu approprié tel un endroit calme et privé (Onello, Rudolph et Simon, 2017; Ramani et al., 2019).

Finalement, avant d'amorcer une discussion de rétroaction, la préceptrice doit identifier la performance qui en sera le sujet principal. Elle précisera les différences et les similarités entre la performance observée et celle attendue. Elle s'assure également que les compétences discutées sont modifiables, ce qui implique que les comportements et compétences discutés doivent pouvoir être améliorés et développés par l'IND (Johnson et al., 2016; Onello et al., 2017; Ossenberg et al., 2019). Il est inutile, inadéquat et irrespectueux d'aborder des caractéristiques personnelles ou culturelles d'une IND durant une discussion de rétroaction. L'infirmière préceptrice peut également profiter de cette réflexion pour éliminer les jugements et les *a priori* qu'elle peut avoir eus sur la personne supervisée avant la rétroaction. Elle pourra ainsi faire preuve d'objectivité dans ses propos et aborder la rétroaction

avec bienveillance. Cette réflexion lui permettra d'encadrer la discussion de rétroaction de façon constructive.

## Cas clinique (suite)

Aussitôt après avoir rangé le matériel et jeté le nécessaire à pansement, Mélanie prendra un moment pour en discuter avec Mathia. La discussion devrait avoir lieu peu de temps après la procédure, dans une salle privée et à l'écart des autres infirmières du département.

### QUELLES SONT LES ÉTAPES D'UNE RÉTROACTION CONSTRUCTIVE?

La rétroaction constructive se déroule en plusieurs étapes, ce qui permet de bien la comprendre et facilite sa mise en pratique.

La **première étape** est l'étape de réflexion. Elle consiste à amorcer la discussion en explorant quelle est la perspective que retient l'IND de sa propre performance lors d'une situation clinique récente (Johnson et al., 2016; Ramani et al., 2019, 2020). La préceptrice posera des questions ouvertes : « Peux-tu expliquer ce qui s'est produit pendant la situation X? Comment t'es-tu sentie? Comment perçois-tu ta performance? ». Elle incite l'IND à réfléchir à sa pratique et à auto-évaluer sa performance en lui permettant d'identifier entre autres ses points forts, ceux à améliorer et son approche thérapeutique. Durant cette étape, l'IND est aussi invitée à partager ses émotions et à exprimer ce qu'elle a éprouvé durant la situation. La relation de confiance apprenant/expert est alors essentielle pour lui permettre de confier ce qu'elle a ressenti et perçu de sa performance.

Cette étape s'apparente à un processus de pratique réflexive. L'infirmière préceptrice peut s'en inspirer. Le modèle de Lavoie et ses collaborateurs (2017) par exemple se développe en quatre étapes : « Je remarque, j'interprète, je réponds et je réfléchis. ». L'IND réfléchira aux données qu'elle a recueillies pendant la situation, ses observations, son analyse, son interprétation, ses choix d'interventions et les buts visés par ses interventions : « Qu'est-ce que ces données ont signifié? Ai-je besoin d'autres informations pour formuler un constat? ». Enfin, elle pourra se questionner sur ses apprentissages à la suite de cette situation et sur ce qu'elle pourrait faire différemment la prochaine fois.

Après avoir recueilli la perception de l'IND, la préceptrice lui décrit les observations qu'elle a faites pendant sa supervision (Altmiller, 2016; Duffy, 2013; Fong et al., 2021). Il s'agit de la **deuxième étape**. Cette description des événements se doit d'être objective et sans jugement. La préceptrice lui explique les écarts et les similarités entre la pratique observée et la pratique attendue en se fondant sur les meilleures pratiques de soins. Elle peut rappeler les points forts et ceux à améliorer déjà identifiés par l'apprenante, en proposer de nouveaux ou rectifier certaines perceptions de l'IND au regard de sa performance (Johnson et al., 2016; Onello et al., 2017; Ossenberg et al., 2019). Durant cette discussion, la préceptrice doit faire des liens avec les objectifs d'apprentissage de l'IND.

Après la discussion de la situation problématique vient la **troisième étape**, qui consiste à créer un plan d'action ou à proposer une solution. Ensemble, l'IND et la préceptrice planifient des changements qui amélioreront la pratique de l'IND (Johnson et al., 2016; Onello et al., 2017; Ossenberg et al., 2019; Ramani et al., 2019, 2020). Les solutions identifiées doivent être efficaces et réalisables, en plus de favoriser son développement professionnel. Le plan d'action doit être adapté à ses besoins et à ses préférences afin de stimuler sa motivation et son implication.

Enfin, la dernière et **quatrième étape** d'une rétroaction constructive efficace est la mise en place du plan d'action développé à l'étape précédente. Pour ce faire, la préceptrice doit créer des occasions de le mettre en application (Johnson et al., 2016; Ramani et al., 2019), ce qui permet de valider les solutions proposées, d'en évaluer l'efficacité et, au besoin, d'ajuster le plan d'action de façon à favoriser une amélioration de la performance et de la sécurité et de la qualité des soins.

## Cas clinique (suite)

### 1. Explorer la perspective de l'IND

**Mélanie :** « Nous allons prendre un moment ensemble pour discuter du changement de pansement que tu viens d'effectuer. Comment as-tu perçu cette première expérience de changement de pansement mèche? »

**Mathia :** « Je crois que la procédure s'est généralement bien passée. Je connaissais bien la technique. J'ai remarqué que je me suis contaminée et j'ai changé mes gants pour garder la technique stérile. J'ai rencontré des difficultés à insérer la nouvelle mèche dans la plaie. J'ai eu l'impression de manquer de dextérité, ce qui m'a stressée. »

**Mélanie :** « Comment as-tu réagi à la suite de ce stress? »

**Mathia :** « J'ai voulu aller trop vite et c'est à ce moment que je me suis contaminée. Après avoir changé mes gants, j'ai eu l'impression de reprendre le contrôle et j'ai réussi à terminer la procédure sans me contaminer à nouveau. »

### 2. Décrire des observations

**Mélanie :** « J'ai vu que tu connaissais très bien ta technique, tu as bien préparé ton matériel et tu as bien réagi en changeant tes gants après la contamination accidentelle. Tu as su prendre ton temps et bien terminer le pansement. J'ai également remarqué que lorsque tu as inséré la mèche stérile dans la plaie, elle ne remplissait pas entièrement la cavité. Sans comprimer les tissus, il est idéal de s'assurer que la mèche remplit bien tous les sinus de la plaie. J'ai également observé que le faciès du patient était crispé durant la procédure et qu'il gémissait occasionnellement. »

**Mathia :** « C'est vrai! J'étais tellement concentrée sur ma technique que j'ai oublié de considérer le patient en me concentrant seulement sur sa plaie. »

**Mélanie :** « Il est bien que tu le soulignes. De plus, l'évaluation continue de la douleur chez un patient postopératoire était l'un des objectifs que tu avais identifiés lors de tes premières journées d'orientation. »

### 3. Créer d'un plan d'action

**Mélanie :** « Lors de prochaines situations similaires, comment pourrais-tu améliorer la procédure? »

**Mathia :** « Je pourrais évaluer la douleur du patient avant le changement de pansement et lui administrer un antidouleur au besoin. Je serai également plus attentive à ses réactions durant le changement de pansement pour lui assurer un meilleur confort. J'aimerais également être plus à l'aise lors de l'insertion de la mèche, mais je ne sais pas comment m'y prendre. »

**Mélanie :** « Pour la mèche, ce qui peut faciliter la tâche est de l'enrouler autour d'une pince stérile et de la dérouler au fur et à mesure de son insertion dans la plaie. Commencer par insérer la mèche dans les sinus ou le tunnel va également t'aider à combler l'entièreté de la cavité. Pour ce qui est du soulagement de la douleur, ton plan est très approprié. »

### 4. Créer des occasions de mise en application du plan d'action

**Mélanie :** « Je crois qu'une autre infirmière a un pansement mèche à changer. Veux-tu aller lui proposer de le faire? »

# Leika

Équipements médicaux

**VOTRE RÉFÉRENCE  
DEPUIS PLUS DE  
37 ANS**

en surfaces thérapeutiques,  
équipements médicaux  
et TPN.

Les contrats du C.A.G. pour les surfaces d'appui ont été octroyés et Leika est heureuse de vous présenter des produits pour répondre à tous vos besoins en surfaces d'appui pour la prévention et le traitement des plaies.

### Nous sommes là pour vous.

Nous serons à l'écoute de vos besoins et présents avec vous dans vos établissements. Nous continuerons à vous conseiller au meilleur de nos connaissances, acquises depuis plus de 37 ans dans le domaine de soins de plaies, avec des surfaces des plus hautes qualités. Prenez contact avec nous pour organiser une rencontre avec vos équipes pour une démonstration ou une formation sur les produits. Comme par le passé, nous offrons la gestion d'entretien et de réparation de votre parc d'équipements, un service de location de tous nos matelas avec une rapidité de livraison incomparable et aussi un service de soutien 24/24 7 jours sur 7.

**BROSSARD**  
9585, rue Ignace  
Local D  
Brossard, Québec  
J4Y 2P3  
Téléphone :  
450 659-1991

**QUÉBEC**  
710, rue Bouvier  
Local 103  
Québec, Québec  
G2J 1C2

**SHERBROOKE**  
1179, 12<sup>e</sup> avenue Nord  
Sherbrooke, Québec  
J1E 2X4

**SANS FRAIS :** 877 659-1991 | [medicaux@leika.ca](mailto:medicaux@leika.ca) | [leika.ca](https://leika.ca)

## MODÈLES DE RÉTROACTIONS CONSTRUCTIVES EFFICACES

Plusieurs modèles de rétroaction constructive sont décrits dans la littérature. Ils ont pour objectif de structurer la rétroaction. Ils proposent une séquence logique de la discussion de façon que la personne qui l'initie la retienne facilement.

Bien qu'ils soient connus, certains modèles ne respectent pas les bonnes pratiques; la méthode sandwich par exemple, qui consiste à camoufler une rétroaction négative entre deux rétroactions positives (Orsini et al., 2022). Ce modèle de rétroaction est qualifié de peu efficace. Il s'apparente plutôt à une rétroaction corrective (Miller, Sawatzky et Chernomas, 2018). Il n'incite pas l'apprenant à réfléchir à sa pratique et à ses apprentissages. De plus, les commentaires positifs émis par le formateur sont moins crédibles pour un apprenant qui sait qu'ils peuvent servir à camoufler ou à atténuer un commentaire négatif. Le message correctif a également moins d'impact parmi les commentaires positifs (Miller et al., 2018).

Les modèles R2C2, de Pendleton ou ALOBA, représentent des modèles plus efficaces.

### Modèle R2C2

Le modèle R2C2 convient bien à de nombreuses situations dans le domaine de la santé. Il est utilisé lors des supervisions des IND et des résidents. Il propose une approche dynamique qui répond aux caractéristiques d'une rétroaction constructive. Il a été créé pour faciliter une rétroaction sur les performances, souvent à la suite d'une évaluation, dans le but d'améliorer la pratique (Lockyer et al., 2020). Le modèle est structuré en quatre phases – Relation, Réaction, Contenu, Coach, abrégées par l'acronyme R2C2 (**Encadré 1**).

### Encadré 1 MODÈLE R2C2

|          |                                                                                         |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>R</b> | Créer une relation de confiance avec l'apprenant.                                       |
| <b>R</b> | Explorer les réactions et réflexions de l'apprenant par rapport à sa performance.       |
| <b>C</b> | Valider avec l'apprenant sa compréhension du contenu de l'évaluation de sa performance. |
| <b>C</b> | Coach pour un changement et cocréer un plan d'action.                                   |

Sources : Lockyer et al., 2020; Orsini et al., 2022.

Ce modèle nécessite une longue et profonde discussion. Sa structure étant plus formelle, il convient moins au quotidien. Il suscite toutefois une grande réflexion chez l'apprenant et accélère ses apprentissages (Orsini et al., 2022). Le modèle R2C2 peut donc constituer un outil idéal pour donner de la rétroaction à des moments décisifs de la progression d'un apprenant, par exemple à la moitié et à la fin de la période de jumelage. Utile pour stimuler la réflexion de l'apprenant sur sa pratique, il l'aide dans le développement de son jugement clinique.

### Modèle de Pendleton

Le modèle de Pendleton propose une variation de la méthode sandwich qui laisse place à la réflexion de l'apprenant (Miller et al., 2018). D'abord, la préceptrice lui demande de nommer les points positifs de sa performance. Elle poursuit à son tour en lui exposant les points forts de sa performance et ensemble, ils échangent sur le sujet. Ils abordent de la même manière les points à améliorer (Orsini et al., 2022). Cette méthode protège la sécurité psychologique de l'apprenant, qui reçoit autant de commentaires positifs que de commentaires négatifs.

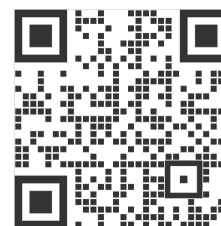
## Pourquoi travailler au CISSS de la Montréal-Centre?

- ➔ Pour le **cheminement de carrière**
- ➔ Pour prendre part à des **projets innovants** dans nos différents services
- ➔ Pour intégrer une **famille professionnelle** qui te fera grandir

### Plusieurs opportunités dans nos différentes missions :

Santé mentale • Soins courte durée •  
Bloc opératoire • Soins intensifs •  
Urgence • Soins aux personnes âgées •  
Hémodialyse • Et plus encore!

**Postule maintenant pour une carrière  
qui te touchera droit au cœur!**



**nousrecrutons.ca**

Centre intégré  
de santé et de  
services sociaux de  
la Montréal-Centre

Québec



Le modèle de Pendleton permet un dialogue bidirectionnel et suscite une réflexion de l'apprenant sur sa performance, deux éléments essentiels à une rétroaction constructive. Par ailleurs, ce modèle sépare clairement les points positifs et négatifs de la performance. Inversement, lorsque ces derniers sont abordés de manière sélective, une forme d'anticipation peut apparaître chez le participant en attente de recevoir sa critique. De plus, il pourrait ensuite négliger l'une ou l'autre des sections de la discussion et n'en retenir que les aspects positifs ou négatifs (Orsini et al., 2022).

#### Modèle ALOBA

Le modèle de rétroaction ALOBA respecte les meilleures pratiques de rétroaction constructive. Il est considéré comme une évolution du modèle de Pendleton, centré sur l'apprenant et qui permet une réflexion plus en profondeur (Orsini et al., 2022). L'acronyme signifie Agenda-Led Outcome-Based Analysis, qu'on peut traduire par une analyse axée sur les résultats selon un agenda (Chowdury et Kalu, 2004). Ce modèle se déroule en cinq étapes. Premièrement, l'infirmière préceptrice demande d'abord à l'apprenant de réfléchir à ses besoins d'apprentissage; c'est-à-dire ce qu'il souhaite améliorer. Elle lui demande aussi de définir des objectifs d'apprentissage clairs et précis, c'est-à-dire les « résultats » qu'il veut atteindre (selon un agenda) (Chowdury et Kalu, 2004; Orsini et al., 2022). L'apprenant peut également partager ses attentes par rapport à la rétroaction constructive. À la suite de cette démarche, la préceptrice peut ainsi lui offrir les occasions nécessaires afin qu'il puisse développer ses compétences en fonction des besoins qu'il a définis.

Deuxièmement, la préceptrice encourage ensuite l'IND à auto-évaluer sa performance, à réfléchir à sa pratique et à développer sa pensée critique (résultats). La troisième étape du modèle ALOBA consiste ensuite à approfondir la discussion en introduisant des liens entre la pratique et la théorie et les meilleures pratiques cliniques. La préceptrice renchérit ensuite avec ses observations et stimule la réflexion de l'apprenant au moyen d'une rétroaction constructive (analyse) (Orsini et al., 2022).

Quatrièmement, la préceptrice et l'IND discutent des options qui s'offrent à elles pour atteindre les objectifs ciblés et elles développent ensemble un plan d'action (Chowdhury et Kalu, 2004). Finalement, la cinquième et dernière étape consiste à clore la discussion de rétroaction. La préceptrice valide la compréhension des commentaires par l'apprenant, résume la discussion et lui confirme le plan d'action pour qu'il développe ses compétences et atteigne ses objectifs d'apprentissage (Orsini et al., 2022).

Ce modèle de rétroaction est complet. Il place l'apprenant au centre de la discussion et de ses apprentissages. Il favorise grandement le développement de son raisonnement clinique et encourage la pratique réflexive. Toutefois, ce modèle de rétroaction nécessite une discussion longue et formelle. Il est donc plus difficile de l'utiliser entre deux visites au chevet des patients.

#### Autres modèles

Il existe plusieurs autres modèles de rétroaction dont le SET-GO, le DIGEST, le PEARLS et l'A.R.C.H. La méthode SET-GO consiste à poser une série de questions réflexives à l'apprenant : Qu'est-ce que tu as vu? Qu'est-ce que tu as remarqué d'autre? Qu'est-ce que tu penses de la situation? Quels objectifs cherchons-nous à atteindre? Comment allons-nous les atteindre? (Orsini et al., 2022).

Le modèle DIGEST est un acronyme de chacune de ces étapes de rétroaction : Discuter de la performance; Inviter à la réflexion critique; Générer les opportunités de changements et des options de solutions; Exposer et explorer l'importance du changement; développer une Stratégie; et en Temps opportun (Howard et Will, 2018).

Le modèle A.R.C.H est aussi un acronyme qui correspond en anglais à ces quatre étapes : demander à l'apprenant d'auto-évaluer sa performance; renforcer les points positifs de manière spécifique; fournir de la rétroaction corrective sur les éléments à améliorer; et aider l'apprenant à créer un plan pour s'améliorer (Miller et al., 2018).

En terminant, le modèle PEARLS vise à développer une relation de confiance entre l'apprenant et son précepteur afin de favoriser une rétroaction constructive : créer un partenariat; avoir une compréhension empathique, reconnaître les barrières au progrès de l'apprenant et s'en excuser; respecter les choix et les valeurs de l'apprenant; légitimer ses émotions; et le soutenir (Miller et al., 2018).

Tous ces modèles ont des avantages et des inconvénients. Ils reposent tous sur les principes précédemment énoncés. Il est important de connaître les principes et les étapes d'une rétroaction constructive de qualité; toutefois, le meilleur choix reste le modèle avec lequel la préceptrice est le plus à l'aise. Il lui revient de choisir la façon d'aborder une rétroaction constructive selon ses préférences. Elle doit également considérer le milieu, la culture organisationnelle et le temps disponible, tout en tenant compte du sujet de la rétroaction et des caractéristiques, des préférences et des objectifs de l'apprenant. Une préceptrice peut fournir autant des rétroactions formelles basées sur des modèles que des rétroactions informelles dans le feu de l'action.

**Tableau 1**  
**DISTINCTIONS ENTRE TROIS MODÈLES DE RÉTROACTION CONSTRUCTIVE**

|                          | MODÈLE R2C2                                         | MODÈLE DE PENDLETON                                                  | MODÈLE ALOBA                                             |
|--------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| ÉTAPES DE LA RÉTROACTION | Créer une relation de confiance                     | Questionner l'apprenant sur les points positifs de sa performance    | Définir des objectifs d'apprentissage                    |
|                          | Explorer les réactions et réflexions de l'apprenant | Décrire les points positifs de la performance                        | Encourager l'auto-évaluation de l'apprenant              |
|                          | Confirmer la compréhension de l'apprenant           | Questionner l'apprenant sur les points à améliorer de sa performance | Renforcer les meilleures pratiques                       |
|                          | Faire du coaching et développer un plan d'action    | Décrire les points à améliorer de sa performance                     | Développer un plan d'action pour atteindre les objectifs |
|                          |                                                     |                                                                      | Résumer la discussion et valider la compréhension        |

## Cas clinique (suite et fin)

À la suite de la discussion avec Mélanie, Mathia affiche une plus grande confiance à l'égard de ses techniques de pansements stériles. Elle tentera d'appliquer les conseils techniques de sa préceptrice.

Mélanie est également plus à l'aise lors des discussions de rétroaction. La progression de Mathia l'encourage à lui donner plus régulièrement de la rétroaction constructive lorsqu'elle rencontre des difficultés.



### EN CONCLUSION

La rétroaction constructive constitue une approche pédagogique devant être utilisée par les précepteurs durant la période de transition des IND, qui commencent dans les milieux de soins. Plusieurs études ont démontré les bénéfices de cette approche sur le développement de leurs compétences et sur leur expérience de transition (Altmiller, 2012; Altmiller et al., 2018; Gardiner et Sheen, 2016; Vae et al., 2018).

Il est important de bien comprendre les caractéristiques et les étapes d'une rétroaction constructive afin d'aider les IND à progresser durant leurs premiers mois de pratique. Ces dernières pourront alors s'épanouir dans la profession et les patients, bénéficier de soins sécuritaires de grande qualité. •



### COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

#### Cadre réglementaire

- Loi sur les infirmières et les infirmiers (LII), art. 36 portant sur le champ d'exercice et les activités réservées.
- Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé (projet de loi n° 90), art. 12.
- Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers (3<sup>e</sup> éd.), 2016.

#### Balises déontologiques

- Code de déontologie des infirmières et infirmiers, art. 8 et art. 45.

Source : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2016). « Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers ».



## TECHNIQUES D'IMMOBILISATION EN ORTHOPÉDIE

Certification collégiale - Programme offert par deux cégeps!

Apprenez l'ABC des différentes techniques d'immobilisation en orthopédie avec cette formation de 90 heures.

➤ 60 heures à distance en mode asynchrone

➤ 30 heures en laboratoire d'intégration sur 3 jours consécutifs en présence

Pour plus d'informations

Régions de l'Ouest

**CÉGEP**  
SAINT-JEAN-SUR-RICHÉLIEU  
FORMATION AUX ADULTES



cstjean.qc.ca

Régions de l'Est

**CÉGEP DE**  
RIVIÈRE-DU-LOUP  
FORMATION CONTINUE



cegeprdl.ca/tio

#### LES AUTEURS

ALEXANDRA ROBITAILLE

Inf., M. Sc.

Infirmière clinicienne au CIUSSS de l'Estrie-CHUS et auxiliaire d'enseignement à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

MARTIN CHARETTE

Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke et chercheur universitaire clinicien au Centre de recherche du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.



#### QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

#### RÉFÉRENCES

Altmiller, G. (2012). «The role of constructive feedback in patient safety and continuous quality improvement». *Nursing Clinics of North America*, 47(3), 365-374. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2012.05.002>

Altmiller, G. (2016). «Strategies for providing constructive feedback to students». *Nurse Educator*, 41(3),

118-119. Repéré à <https://doi.org/10.1097/NNE.0000000000000227>

Altmiller, G., Deal, B., Ebersole, N., Flexner, R., Jordan, J., ... Walker, D. (2018). «Constructive feedback teaching strategy: A multisite study of its effectiveness». *Nursing Education Perspectives*, 39(5), 291-296. Repéré à <https://doi.org/10.1097/01.NEP.0000000000000385>

# ENVIE DE DÉFIS ?

## PLACEMENT EN RÉGIONS ÉLOIGNÉES ET NORDIQUES

- + Formation en rôle élargi réputée
- + Flexibilité d'horaire selon tes besoins
- + Conditions avantageuses et soutien 24/7
- + Plusieurs mandats disponibles en régions

Débute l'aventure dès maintenant !

mon+

# TON AVENIR EN SANTÉ

## SE LÈVE À L'EST

### POSTULE À : PASSEZALEST.COM

## PASSIONNÉE PAR LE TRIAGE ET L'ANALYSE CLINIQUE?

### REJOINS L'ÉQUIPE DU GAP ET :

- Contribue au renforcement de la première ligne!
- Profite de la possibilité du télétravail!

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-Montréal  
Québec

Benner, P. (1984). «From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice». *American Journal of Nursing*, 84(12), 1479. Repéré à <https://doi.org/10.1097/00004046-198412000-00025>

Boud, D. et Molloy, E. (2013). «Rethinking models of feedback for learning: The challenge of design». *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 38(6), 698-712. Repéré à <https://doi.org/10.1080/2602938.2012.691462>

Calleja, P., Harvey, T., Fox, A. et Carmichael, M. (2016). «Feedback and clinical practice improvement: A tool to assist workplace supervisors and students». *Nurse Education in Practice*, 17, 167-173. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2015.11.009>

Chan, H.Y.L., So, W.K.W., Abo, G., Sham, A.S.Y., Fung, G.S.C., ... Choir, S.Y. (2019). «Understanding the needs of nurse preceptors in acute hospital care setting: A mixed-method study». *Nurse Education in Practice*, 38, 112-119. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.06.013>

Charette, M., Bourbonnais, A. et Goudreau, J. (2020). «Soutenir les infirmières nouvellement diplômées – Une résidence en soins infirmiers?». *Perspective infirmière*, 17(5), 54-59.

Chowdhury, R.R. et Kalu, G. (2004). «Learning give feedback in medical education». *The Obstetrician & Gynaecologist*, 6(4), 243-247. Repéré à <https://doi.org/10.1576/toag.6.4.243.27023>

Duchscher, J.B. (2008). «A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition». *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450. Repéré à <https://doi.org/10.3928/00220124-20081001-03>

Duchscher, J.E.B. (2009). «Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses». *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1103-1113. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x>

Duffy, K. (2013). «Providing constructive feedback to students during mentoring». *Nursing Standard*, 27(31), 50-56.

Fong, C.J., Schallert, D.L., Williams, K.M., Williamson, Z.H., Lin, S., ... Chen, L.-H. (2021). «Making feedback constructive: The interplay of undergraduates' motivation with perceptions of feedback specificity and friendliness». *Educational Psychology*, 41(10), 1241-1259. Repéré à <https://doi.org/10.1080/01443410.2021.1951671>

Gardiner, I. et Sheen, J. (2016). «Graduate nurse experiences of support: A review». *Nurse Education Today*, 40, 7-12. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2016.01.016>

Gardiner, I. et Sheen, J. (2017). «Graduate nurses' experience of feedback, support and anxiety: A pilot study». *Australian Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 6-15.

Hofler, L. et Thomas, K. (2016). «Transition of new graduate nurses to the workforce: Challenges and solutions in the changing health care environment». *North Carolina Medical Journal*, 77(2), 133-136. Repéré à <https://doi.org/10.18043/ncm.77.2.133>

Howard, L. et Will, B. (2018). «DIGEST: A collaborative strategy for clinical performance feedback». *Teaching and Learning in Nursing*, 13(3), 141-144. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.teln.2018.02.001>

Johnson, C.E., Keating, J.L., Boud, D.J., Dalton, M., Kiegalde, D., ... Molloy, E.K. (2016). «Identifying educator behaviours for high quality verbal feedback in health professions education: Literature review and expert refinement». *BMC Medical Education*, 16, 96. Repéré à <https://doi.org/10.1186/s12909-016-0613-5>

Kiger, M.E., Riley, C., Stolfi, A., Morrison, S., Burke, A. et Lockspeiser, T. (2020). «Use of individualized learning plans to facilitate feedback among medical students». *Teaching and Learning in Medicine*, 32(4), 399-409. Repéré à <https://doi.org/10.1080/10401334.2020.1713790>

Kramer, M. (1974). «Reality shock: Why nurses leave nursing». St. Louis, MO: C.V. Mosby Co.

Lavoie, P., Boyer, L., Pepin, J.L., Goudreau, J. et Fima, O. (2017). «Accompagner les infirmières et les étudiantes dans la réflexion sur des situations de soins: Un modèle pour les formateurs en soins infirmiers». *Quality Advancement in Nursing Education/Avancées en formation infirmière*, 3(1). Repéré à <https://doi.org/10.17483/2368-6669.1100>

Létourneau, J., Brisson, M. et Moretti, S. (2020). «La compétence professionnelle, une obligation déontologique». *Perspective infirmière*, 17(4), 70-71. Repéré à <https://www.oiiq.org/la-compete-professionnelle-une-obligation-deontologique>

Lockyer, J., Armon, H., Könings, K.D., Lee-Krueger, R.C.W., des Ordon, A.R., ... Sargeant, J. (2020). «In-the-moment feedback and coaching: Improving R2C2 for a new context». *Journal of Graduate Medical Education*, 12(1), 27-35. Repéré à <https://doi.org/10.4300/JGME-D-19-00508.1>

McNeil, B. et Konicki, A.J. (2021). «Insights on the clinical teaching needs of nurse practitioner preceptors». *The Journal for Nurse Practitioners*, 17(1), 105-111. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2020.10.032>

Mikkonen, K., Tomietto, M., Cicolini, G., Kaucic, B.M., Filej, B., ... Kääriäinen, M. (2020). «Development and testing of an evidence-based model of mentoring nursing students in clinical practice». *Nurse Education Today*, 85, 104272. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.104272>

Miller, D.L., Sawatzky, J.-A.V. et Chernomas, W. (2018). «Clinical faculty development initiative: Providing student feedback». *Journal of Professional Nursing*, 34(6), 463-469. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.03.006>

Miller, J., Vivona, B. et Roth, G. (2017). «Work role transitions—Expert nurses to novice preceptors». *European Journal of Training and Development*, 41(6), 559-574. Repéré à <https://doi.org/10.1108/EJTD-10-2016-0081>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). «Programme national de soutien clinique – Volet préceptariat». Repéré à <https://publications.mssss.gouv.qc.ca/mssss/document-000906/?etdtd=DESC>

Onello, R., Rudolph, J.W. et Simon, R. (2017). «Feedback Assessment for Clinical Education (FACE) Rater's handbook». Boston: Center for Medical Simulation. Repéré à <https://harvardmedsim.org/resources/face-ratershandbook/>

Orsini, C., Rodrigues, V., Tricio, J. et Rosel, M. (2022). «Common models and approaches for the clinical educator to plan effective feedback encounters». *Journal of Educational Evaluation for Health Professions*, 19, 35. Repéré à <https://doi.org/10.3352/jeehp.2022.19.35>

Ossenberg, C., Henderson, A. et Mitchell, M. (2019). «What attributes guide best practice for effective feedback? A scoping review». *Advances in Health Sciences Education*, 24(2), 383-401. Repéré à <https://doi.org/10.1007/s10459-018-9854-x>

Pelgrim, E.A.M., Kramer, A.W.M., Mookink, H.G.A. et van der Vleuten, C.P.M. (2012). «The process of feedback in workplace-based assessment: Organisation, delivery, continuity». *Medical Education*, 46(6), 604-612. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2012.04266.x>

Quek, G.J.H. et Shorey, S. (2018). «Perceptions, experiences, and needs of nursing preceptors and their preceptees on preceptorship: An integrative review». *Journal of Professional Nursing*, 34(5), 417-428. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2018.05.003>

Ramani, S., Könings, K.D., Ginsburg, S. et van der Vleuten, C.P.M. (2019). «Twelve tips to promote a feedback culture with a growth mind-set: Swinging the feedback pendulum from recipes to relationships». *Medical Teacher*, 41(6), 625-631. Repéré à <https://doi.org/10.1080/01421519X.2018.1432850>

Ramani, S., Könings, K.D., Ginsburg, S. et van der Vleuten, C.P.M. (2020). «Relationships as the backbone of feedback: Exploring preceptor and resident perceptions of their behaviors during feedback conversations». *Academic Medicine*, 95(7), 1073-1081. Repéré à <https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000002971>

Sellberg, M., Skavberg Røaldsen, K., Nygren-Bonnier, M. et Halvarsson, A. (2022). «Clinical supervisors' experience of giving feedback to students during clinical integrated learning». *Physiotherapy Theory and Practice*, 38(1), 122-131. Repéré à <https://doi.org/10.1080/09593938.2020.1737996>

Tardif, J. (1997). «Pour un enseignement stratégique – L'apport de la psychologie cognitive». Montréal: Éditions Logiques.

Vae, K.U.J., Engström, M., Mårtensson, G. et Löfmark, A. (2018). «Nursing students' and preceptors' experience of assessment during clinical practice: A multilevel repeated-interview study of student-preceptor dyads». *Nurse Education in Practice*, 30, 13-19. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2017.11.014>

VanHoof, T.J., Grant, R.E., Miller, N.E., Bell, M., Campbell, C., ... Kitto, S. (2015). «Society for Academic Continuing Medical Education intervention guideline series: Guideline 1, Performance measurement and feedback». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 35, S51-S54. Repéré à <https://doi.org/10.1097/CEH.0000000000000013>

Winstone, N., Boud, D., Dawson, P. et Heron, M. (2022). «From feedback-as-information to feedback-as-process: A linguistic analysis of the feedback literature». *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 47(2), 213-230.

Zi-Xiang Lim, J., Hong, P.Q. et Chew, P.K. (2018). «Exploring the perceptions of diploma nursing students on feedback: A descriptive qualitative study». *Singapore Nursing Journal*, 45(3), 2-9.



# formation continue



## Lisez l'article

## La rétroaction constructive 2-ACFA par article

## Répondez au questionnaire pour valider vos acquis et cumulez des heures de formation continue.

## Visitez oiiq.org/formation

## Quels sont les vrais coûts de l'achat d'une propriété ?

Les frais liés à l'achat d'une maison représentent entre 2 % et 3 % de la valeur de la propriété. Prévoyez les 9 frais suivants.

### 1. Frais d'évaluation de la propriété

**Coût:** de 350 \$ à plus de 800 \$  
(à payer immédiatement)

L'évaluation sert à définir la valeur marchande de la maison. Elle tient compte de la qualité de la construction de la propriété ainsi que de l'état du marché immobilier. Concrètement, elle assure que vous payiez le juste prix.

### 2. Frais d'inspection de la propriété

**Coût:** 500 \$ et plus (à payer immédiatement)

L'inspection permet de déceler des problèmes et aide ainsi à chiffrer votre plan d'entretien.

### 3. Frais du notaire ou d'avocat

**Coût:** entre 1500 \$ et 3000 \$  
(à payer immédiatement)

Ces experts s'occupent de la préparation de nombreux documents importants et en supervisent la signature. Ils veillent aussi à l'inscription et à la vérification des titres.

### 4. Prime d'assurance prêt hypothécaire

**Coût:** établi en fonction d'un pourcentage du montant du prêt hypothécaire

Vous devez obtenir cette assurance lorsque votre mise de fonds représente moins de 20 % du montant d'achat de votre propriété.

### 5. Taxes de vente pour les propriétés neuves

**Coût:** entre 5 % et 15 % du prix de la propriété

Certaines villes imposent une taxe supplémentaire de 20 % sur la valeur de la propriété aux acheteurs étrangers.

### 6. Taxe de bienvenue, de mutation ou droits de cession immobilière

**Coût:** en fonction d'un pourcentage du prix de la propriété ou de son évaluation municipale

Cette taxe doit être payée dans les semaines ou les mois qui suivent l'acquisition.

### 7. Rénovations

**Coût:** varie en fonction du type de travaux et des matériaux utilisés

Estimez votre budget et prévoyez vos sources de financement avant de vous lancer.

Des rénovations peuvent faire augmenter la valeur de votre propriété, et des subventions existent.

Truc de pro : vivez au moins quelques mois dans votre propriété avant d'entamer des rénovations. Vous aurez une meilleure idée des travaux à réaliser, et dans quel ordre de priorité.

### 8. Frais de déménagement et d'aménagement

**Coût:** le tarif horaire des déménageurs oscille entre 50 \$ et 250 \$ (à payer immédiatement)

Tout dépend de l'entreprise sélectionnée, du nombre de déménageurs requis et de la saison. La location d'un camion peut quant à elle représenter jusqu'à 300 \$ par jour.

Outre les frais de déménagement, assurez-vous de préparer un budget pour meubler votre nouvelle maison.

### 9. Frais annuels

Des frais récurrents sont aussi à prévoir lors de l'achat d'une maison :

- › Les taxes municipales
- › Les taxes scolaires
- › Les frais de chauffage, d'électricité ou de gaz
- › Les frais pour Internet, la télédistribution ou la téléphonie
- › L'assurance habitation
- › Les frais de copropriété (si applicable)

L'achat d'une propriété suscite beaucoup d'émotions ; n'oubliez pas les frais qui l'accompagnent. N'hésitez pas à consulter votre conseiller, il saura vous aider à évaluer votre budget.

Découvrez l'offre de la Banque Nationale pour les infirmières et infirmiers à [bnc.ca/infirmier](https://bnc.ca/infirmier).

Découvrez aussi l'offre pour les étudiants immatriculés en visitant le [bnc.ca/etudiant-infirmier](https://bnc.ca/etudiant-infirmier).



**Ordre  
des infirmières  
et infirmiers  
du Québec**

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.).



Watchiya • Bonjour



ᑕᑦᑦᑭᑦ ᑕᑦᑦᑭᑦ ᑕᑦᑦᑭᑦ  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES  
CREE BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES OF JAMES BAY

# Bienvenue chez nous Infirmier(ère)

EEYOU  
ISTCHEE  
Région 18



## Emplois disponibles et avantages

- Centre de santé de Chisasibi (médecine, urgence, hémodialyse, et CMC\*)
- 8 CMC
- Services aux patients Cris à Montréal, Chibougamau et Val-d'Or
- Formation offerte pour les CMC
- Primes d'éloignement et de rétention offertes

\*Centre Miyupimâtisun (santé)  
Communautaire

## Profil recherché

- Expérience en milieu hospitalier, santé communautaire, soins aigus ou hémodialyse souhaitée
- Capacité d'adaptation
- Autonomie et sens des responsabilités
- Maturité professionnelle
- Bilingue : Français/Anglais
- Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)



Pour consulter toutes nos offres  
d'emplois, visitez notre site Web:

[creehealth.org/fr/  
carrieres/job-opportunities](http://creehealth.org/fr/carrieres/job-opportunities)

Pour toutes questions ou  
demandes d'informations:

[jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca](mailto:jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca)  
(514) 861-5955 Ext: 74300

# AMÉLIORATION DÉMONTRÉE DE LA MAÎTRISE GLYCÉMIQUE SOUS RYBELSUS®

## RYBELSUS® 14 mg a entraîné<sup>1</sup> :



### RÉDUCTION DU TAUX D'A1C P/R AU DÉPART

- 1,3 % p/r à 0,8 % avec Januvia® 100 mg ( $p < 0,0001$ )<sup>1</sup>
  - Les deux + MET ± SU à 26 semaines; taux initial moyen d'A1C 8,3 % (RYBELSUS® 14 mg; n = 465) et 8,3 % (Januvia® 100 mg; n = 467)



### RÉDUCTION DU POIDS P/R AU DÉPART

- 3,1 kg p/r à 0,6 kg avec Januvia® 100 mg ( $p < 0,001$ ; 2<sup>e</sup> critère d'évaluation)<sup>1</sup>
  - Les deux + MET ± SU à 26 semaines; poids corporel initial moyen 91,2 kg (RYBELSUS® 14 mg; n = 465) et 90,9 kg (Januvia® 100 mg; n = 467)

RYBELSUS® n'est pas indiqué pour la perte de poids.

RYBELSUS® (comprimés de sémaglutide) est indiqué comme traitement d'appoint à un régime alimentaire et à un programme d'exercice afin d'améliorer la maîtrise de la glycémie chez les adultes atteints de diabète sucré de type 2, en monothérapie lorsque la metformine est jugée inappropriée en raison d'une intolérance ou de contre-indications, en association avec d'autres produits médicamenteux pour le traitement du diabète (voir la section sur les essais cliniques dans la monographie de produit pour connaître les populations de patients et les associations médicamenteuses testées)<sup>1</sup>.

#### Usage clinique :

RYBELSUS® n'est pas indiqué pour le diabète de type 1 ni pour le traitement de l'acidocétose diabétique. L'utilisation de RYBELSUS® n'est pas indiquée chez les enfants. Une plus grande sensibilité de certaines personnes âgées ne peut être écartée. L'expérience thérapeutique chez les patients âgés de  $\geq 75$  ans est limitée.

#### Contre-indications :

- Hypersensibilité à RYBELSUS® ou à l'un des ingrédients de la préparation, y compris les ingrédients non médicinaux, ou à un composant du contenant
- Antécédents personnels ou familiaux de carcinome médullaire de la thyroïde ou adénomatose pluriendocrinienne de type 2
- Grossesse ou allaitement

#### Mises en garde et précautions les plus importantes :

**Risque de tumeurs des cellules C de la thyroïde :** Le sémaglutide provoque des tumeurs des cellules C de la thyroïde de façon proportionnelle au traitement, à des expositions cliniquement pertinentes, chez des rats et des souris des deux sexes. On ignore si le sémaglutide peut causer des tumeurs des cellules C de la thyroïde chez l'humain. On doit informer les patients du risque de tumeurs de la thyroïde et les renseigner sur leurs symptômes.

#### Mises en garde et précautions pertinentes :

- Hypoglycémie lors de l'utilisation concomitante de sécrétagogues de l'insuline ou d'insuline
- Conduite de véhicules et utilisation de machines
- Effets CV : augmentation de la fréquence cardiaque, allongement de l'intervalle PR
- Pancréatite
- Hypersensibilité
- Rétinopathie diabétique : surveiller les patients ayant des antécédents de la maladie afin de détecter toute aggravation
- Insuffisance rénale : la présence d'effets indésirables GI graves justifie une surveillance de la fonction rénale; des cas d'insuffisance rénale aiguë et d'aggravation d'une insuffisance rénale chronique ont été signalés
- Fertilité
- Insuffisance hépatique

#### Pour de plus amples renseignements :

Veuillez consulter la monographie de produit au [RYBELSUSPM-F.ca](http://RYBELSUSPM-F.ca) pour obtenir plus de renseignements sur les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements posologiques, qui n'ont pas été mentionnés dans cette publicité.

Vous pouvez aussi obtenir la monographie de produit en composant le 1-800-465-4334.



Scannez ce code QR ou visitez [le Rybelsus.ca](http://le Rybelsus.ca) pour voir une vidéo sur RYBELSUS® et découvrir des ressources utiles pour vous et vos patients!

\* La signification clinique comparative n'a pas été établie. Adapté de la monographie de RYBELSUS®; Rosenstock J, et al., 2019<sup>1</sup>; voir la méthodologie de l'étude ci-dessous (PIONEER 3). AR du GLP-1; agoniste du récepteur du glucagon-like peptide-1; CV : cardiovasculaire; GI : gastro-intestinal; MET : metformine; SU : sulfonurée.

**Références :** 1. Monographie de RYBELSUS® (comprimés de sémaglutide). Novo Nordisk Canada Inc., 30 mars 2020. 2. Rosenstock J, et al. Effect of additional oral semaglutide versus sitagliptin on glycated hemoglobin in adults with type 2 diabetes uncontrolled with metformin alone or with sulfonylurea: The PIONEER 3 randomized clinical trial. JAMA. 2019.

Un essai à double insu de 78 semaines visant à comparer l'efficacité et l'innocuité de RYBELSUS® et de Januvia®. Au total, 1864 patients atteints de diabète de type 2 ont été répartis aléatoirement de manière à recevoir soit RYBELSUS® 3 mg (n = 466), RYBELSUS® 7 mg (n = 465), RYBELSUS® 14 mg (n = 465) ou de la sitagliptine 100 mg (n = 467) une fois par jour, tous en association avec la metformine seule ou la metformine et une sulfonurée. Le critère d'évaluation principal était la variation du taux d'A1C constatée à la semaine 26 p/r aux valeurs initiales.



Toutes les marques de commerce et les marques déposées sont la propriété de leurs propriétaires respectifs. RYBELSUS® est une marque déposée de Novo Nordisk A/S, utilisée sous licence par Novo Nordisk Canada Inc.  
Novo Nordisk Canada Inc., tél. : 905-629-4222 ou 1-800-465-4334. [www.novonordisk.ca](http://www.novonordisk.ca)  
© 2023 Novo Nordisk Canada Inc. CA22RYB00025F

