perspective infirmière

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Janvier • février 2020
Vol. 17 n° 1



Développement cognitif
Un écho du potentiel de l'enfant

Médication de la clientèle âgée atteinte de diabète et rôle infirmier

Usage de substances intoxicantes : responsabilités déontologiques

ACFA
Dépression en période périnatale



Infirmières recherchées

OISEAU DE NUIT, S'ABSTENIR!

À Héma-Québec, les quarts de nuit
se font du matin au soir !

Vivre à notre rythme vous attire? Joignez-vous à nous!

HÉMA-QUÉBEC

www.hema-quebec.qc.ca

BANQUE NATIONALE

Réalisons vos idées[MC]

On s'occupe de vos finances. On vous laisse le soin des patients.

Économisez jusqu'à **1035 $*** annuellement.

Adhérez à l'offre exclusive pour les **infirmier(ère)s.**



Fière partenaire de: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

bnc.ca/infirmier

Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Platine, *World Mastercard*[MD] ou *World Elite*[MD] *Mastercard*[MD] de la Banque Nationale. L'économie annuelle potentielle de 1 036 $ est une illustration de ce qui peut être obtenu par un détenteur de l'offre. Elle est basée sur le profil type d'un détenteur de l'offre qui détient ce qui suit : un forfait bancaire équivalent au forfait Le Total[MC] ; une carte de crédit *World Elite Mastercard* ; une marge hypothécaire Tout-En-Un Banque Nationale[MD] avec un solde annuel courant de 150 000 $; une marge de crédit personnelle avec un solde annuel courant de 25 000 $, le tout avec une bonne cote de crédit auprès des bureaux de crédit. L'économie a été calculée de la manière suivante : absence de frais mensuels liés aux transactions incluses dans le forfait Le Total (économie annuelle de 311 $), plus un rabais annuel de 0,25 % sur le taux de la marge Tout-En-Un (économie annuelle de 375 $), plus un rabais annuel de 2,00 % sur le taux de la marge personnelle (économie annuelle de 500 $), moins le montant des frais annuels liés à la carte de crédit *World Elite Mastercard* pour un an. Ces rabais représentent la différence entre ce que pourrait avoir un client ne faisant pas partie de l'offre, et un client qui en fait partie. Certaines conditions d'admissibilité s'appliquent, pour plus de détails, visitez bnc.ca/infirmier. Il se peut que l'économie potentielle ne représente pas l'économie nette que vous obtiendrez, puisqu'elle varie selon votre situation financière. [MC] RÉALISONS VOS IDÉES et LE TOTAL sont des marques de commerce de la Banque Nationale du Canada. [MD] MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc., employées sous licence par la Banque Nationale du Canada. [MD] TOUT-EN-UN BANQUE NATIONALE est une marque de commerce déposée de la Banque Nationale du Canada. © 2018 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés.

SOMMAIRE

Janvier • février 2020 — Vol. 17 n° 1

ÉDITORIAL

07 — 100 ans à veiller sur la santé des Québécois

PORTRAIT

14 — Micheline Ulrich
Lauréate de l'Insigne du mérite 2019

FONDATION

17 — Approche infirmière novatrice dans l'accompagnement des personnes touchées par le cancer

ÉVÉNEMENT

49 — Congrès OIIQ 2019
Le système, la pratique et moi!

INNOVATION CLINIQUE

Grand prix Innovation clinique Banque Nationale 2019

52 — Montréal/Laval
Une pratique autonome au service des personnes itinérantes

DÉONTOLOGIE

69 — L'infirmière et l'usage ou l'abus de substances intoxicantes

L'OIIQ VOUS RÉPOND

72 — Droit de prescrire : des réponses à vos questions les plus fréquentes

EN BREF

09 — Rappel sur la déclaration annuelle en ligne et le paiement de la cotisation

11 — Bénédicte Guimond
Les soins palliatifs au cœur de la vie

12 — Don d'organes
Quelles sont mes responsabilités comme infirmière?

MYTHES ET RÉALITÉS

20 — À propos de l'actualisation professionnelle et de mon droit d'exercice
Réponses en p. 66

RECHERCHE

22 — D'étudiantes infirmières à préposées
Agir aujourd'hui pour soutenir les infirmières de demain

PRATIQUE CLINIQUE

28 — Optimiser le traitement pharmacologique de la clientèle âgée atteinte de diabète

35 — Le développement cognitif, un écho du potentiel de l'enfant

62 — Mieux comprendre le rôle des sages-femmes en centre hospitalier









« LE SYSTÈME, LA PRATIQUE ET MOI »
49







ACFA

DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU



42 — Dépression en période périnatale : du dépistage au traitement

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Président de l'OIIQ — LUC MATHIEU
Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF
Caroline Baril

GRAPHISME ET MISE EN PAGES
Mario Paquette

RÉVISEUR LINGUISTIQUE
Alexandre Roberge

CORRECTRICE D'ÉPREUVES
Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE
Isabelle Gagné et Luc Girard pour MissPixels

IMPRIMEUR
SOLISCO

PAGE COUVERTURE
© Stocksy United

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU
Magali Morin, infirmière
Conseillère à la qualité de la pratique

COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ
Direction, Développement et soutien professionnel
Joël Brodeur, infirmier, Directeur

Chantale Desbiens, infirmière
Directrice adjointe à la pratique infirmière

Marie-Eve Arsenault, infirmière
Conseillère à la consultation professionnelle

Esther Cimon, infirmière
Conseillère à la qualité de la pratique (formation continue)

Julie Gélinas, infirmière
Conseillère à la qualité de la pratique

Maud Papin
Chargée de projets au développement professionnel

Stéphanie Plante-Blanchette, infirmière
Conseillère à la qualité de la pratique (formation continue)

COLLABORATEURS
Fanny Beaulieu, ICS-PCI – Dalila Benhaberou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc. – Karine Boissonneault, ICS-PCI – Sandra Boivin, ICS-PCI – Louise Bouchard, Agence 37e Avenue – Yannicke Boucher, inf., M. Sc. – Isabelle Brault, inf., Ph. D. – Myriam Brisson, inf., M. Sc. – Stéphanie Carrier, inf., M. Sc., M. Sc. A. – Catherine Crépeau – Valérie Dancause, ICS-PCI, M.A.P. – Marie-Ève Gagnon, inf., M. Sc. – Michèle Gemme, inf., M. Sc. – Patricia Germain, inf., Ph. D. – Marjolaine Héon, inf., Ph. D. – Audrey Lajeunesse, inf., B. Sc. – Marie-Josée Lavigne – Joanne Létourneau, inf., M. Sc. – Francine Lussier, Ph. D. – Johanne Maître, inf., M. Sc. – Brigitte Martin, B. Pharm., M. Sc. – Magali Michaud, inf., B. Sc. inf. – Sandra Moretti, inf., M. Sc. inf. –Josée Morse, inf., B. Sc., M. Sc. – Catherine Pépin, inf., B. Sc. – Catherine Richard., inf., B. Sc. inf. – Josiane Roulez, Agence 37e Avenue – Élise Salesse-Gauthier, inf., M. Sc. inf. – Lyse Savard – Caroline Sirois, B. Pharm., Ph. D. – Chantal Soucy, ICS-PCI – Annie Stipanicic, Ph. D. – Stéphanie Vézina, inf., M. Sc. – Hugues Villeneuve

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

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

PUBLICITÉ
Julie Diamond
Communications
Courtier publicitaire

En collaboration avec
AGC Communications
514 509-9118

partenaires@oiiq.org

ABONNEMENT
Michelle Dalphond

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

TARIFS pour 1 an
Canada : 16,28 $ taxes applicables comprises
Autres pays : 73 $

Payable par carte de crédit ou mandat-poste émis et adressé à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

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

DÉPÔT LÉGAL 2020
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1708-1890
Répertorié dans *Repère, Cinahl, PubMed, CISMeF et BDSP*
N° d'enregistrement 9790
Parution : janvier 2020
Convention de la Poste-publications
N° 40062569

CCAB BPA WORLDWIDE
DIFFUSION
Diffusion 80 291 copies
(CCAB/BPA : septembre 2019)

LOGO FSC

100 ans à veiller sur la santé

Toute une programmation

pour souligner le centenaire de l'OIIQ!

L'année 2020 marque le centenaire de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Avec l'appui de tous ses membres, l'OIIQ a consacré ce siècle d'existence riche en histoire à façonner les soins infirmiers, afin que tous les Québécois aient accès à des soins de santé de qualité et sécuritaires.

Restez informés tout au long de l'année des activités du centenaire grâce aux réseaux sociaux, à l'infolettre InfOIIQ, au site oiiq.org et à *Perspective infirmière*.

+ Voyez ce qui vous attend dès le mois de février!

L'exposition *100 ans à veiller sur la santé* à la Maison des infirmières et infirmiers, en collaboration avec le Musée des hospitalières.

La troisième saison de la websérie *Stagiaire d'un jour*, diffusée sur ici.tou.tv et oiiq.org. Vous ferez connaissance avec le duo du centenaire!

Une balado inspirante en huit épisodes, qui pose un regard infirmier actuel sur une variété de thèmes contemporains comme les proches aidants, les changements climatiques, le développement de l'enfant, le cannabis et plusieurs autres.

La soirée Florence… En direct de l'univers de 24 finalistes infirmières et infirmiers et animée par France Beaudoin (le 12 mai 2020).

le Congrès 2020 de l'OIIQ, point culminant de l'année du centenaire.

Un supplément sur le centenaire dans le numéro de mars-avril 2020 de *Perspective infirmière*.

Les détails de la programmation du 100e se retrouveront sur oiiq.org au début du mois de février.

Partenaires de nos 100 ans :

La Capitale | TD Assurance | Banque Nationale | Code Bleu Placement en santé

100 ans à veiller sur la santé des Québécois



© Jimmy Hamelin

LUC MATHIEU, inf., D.B.A.
Président de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

L'OIIQ aura 100 ans le 14 février 2020. Je vous invite à saisir l'occasion du même coup pour faire le point sur l'évolution de notre profession, dans la perspective de prendre en main notre destin dès les premières lueurs de 2020.

Notre profession possède une caractéristique unique, en ce qu'elle a été exercée essentiellement par des femmes jusqu'en 1970 – année où elle a accueilli le premier homme. Son profil est resté sensiblement le même aujourd'hui, les hommes ne représentant que 11 % de nos membres. Cette situation aurait-elle un lien avec le fait que notre profession est encore perçue comme à la remorque de la profession médicale?

L'évolution de notre profession serait-elle liée à l'évolution de la condition féminine dans notre société? Prenez un moment pour vous rappeler les termes qui sont habituellement associés aux infirmières : empathiques, bienveillantes, gentilles, serviables, dévouées et j'en passe. Trop rarement, les notions d'expertise et de compétences sont mises de l'avant.

Étonnant, je vous le concède! La profession infirmière repose pourtant sur des assises scientifiques et des données probantes, qui se déclinent en expertise.

Il y a quelque temps, je me suis intéressé à l'histoire de notre profession en prenant le temps de lire un ouvrage fort intéressant sur la genèse de la profession infirmière[1]. Parcourons brièvement l'histoire de notre profession, appuyée par les propos de ses auteurs.

Entre 1820 et 1920, saviez-vous que « les soins infirmiers sont alors marqués par un caractère de dévouement et de don de soi largement inspirés de la charité chrétienne et dont les femmes seraient désormais garantes »? En 1945, saviez-vous que l'on exigeait des candidates une « bonne éducation, des manières distinguées, un extérieur agréable, un bon caractère, et des mœurs irréprochables »? Remarquez l'absence des mots compétences et expertise. Dans les années 1980, les auteurs soulignent que « [l]e problème est également associé aux valeurs sociales d'une société moderne, bureaucratique et technocratique, où les savoirs féminins et particulièrement ceux qui entourent le soin à apporter aux personnes occupent peu de place dans l'échelle de la valorisation sociale ». Quant aux années 1990, elles se caractérisent ainsi : « Les transformations des institutions de santé et d'éducation depuis les années 1960 n'ont pas réussi à améliorer le statut professionnel des infirmières ni à leur conférer une reconnaissance politique et économique. »

Ces constats sont très troublants, me direz-vous. Certainement. Et à l'aube de notre deuxième centenaire, ne devrions-nous pas prendre l'engagement collectif d'agir afin d'assurer l'évolution, l'avancement et la reconnaissance de notre profession et des expertises qui la caractérisent?

« L'évolution de notre profession serait-elle liée à l'évolution de la condition féminine dans notre société? »

Pour y arriver, nous devons notamment aller plus loin que la discussion, à savoir quel diplôme doit donner accès au droit d'exercice de la profession. Cesser de tergiverser et d'hésiter, de déchirer la profession sur cette question devenue un incontournable. Agir en vue d'asseoir notre crédibilité et notre influence dans tous les milieux de soins. Et tout cela passe nécessairement par une formation universitaire qui permet de valoriser notre profession et d'en reconnaître l'aspect scientifique. Unissons-nous et travaillons tous ensemble afin de propulser la profession infirmière au-delà d'une profession trop souvent subordonnée à une autre.

De nos jours, il nous faut aussi reconnaître en tant que groupe que nous avons besoin d'infirmières cliniciennes spécialisées qui non seulement viendront offrir le soutien dont notre relève a grandement besoin pour pouvoir exercer en toute confiance, mais aussi contribueront à assurer des soins de qualité à la hauteur des besoins des patients. Nos expertises sont essentielles en vue d'assurer la santé des populations.

Dans les années à venir, nous devrons prendre des mesures et des décisions qui auront des effets structurants pour le système de santé, les patients et la reconnaissance de la profession infirmière. C'est aussi cela, veiller à la santé des Québécois!



1. Cohen, Y., Pepin, J., Lamontagne, E. et Duquette, A. (dir.). (2011). «Les sciences infirmières : genèse d'une discipline», Montréal : Presses de l'Université de Montréal.

dialogue



Déjà vu?
Chez Dialogue, on prend soin de vous et de nos patients.

Plus de flexibilité. Plus d'équilibre travail-vie personnelle.

Dialogue, un leader dans le domaine des soins de santé virtuels, recherche des infirmières cliniciennes et praticiennes. Joignez-vous à notre équipe médicale!

www.dialogue.co/perspective
jobs@dialogue.co

Les infirmières qui exercent en télépratique au sein d'une entreprise de télésoins le font en conformité avec la législation applicable en matière d'usage des technologies de l'information et sont assujetties aux lois, règlements et codes de déontologie régissant la profession dans la province ou le territoire dans lequel elles posent l'acte et ceux régissant la profession dans la province ou le territoire où se trouve le client au moment de la consultation à distance.

À l'embauche, l'infirmière reçoit une formation sur les normes de pratique de la télépratique, notamment sur la confidentialité de la séance, sur les protocoles en cas d'urgence, la fiabilité des appareils ou autres application mobiles, l'interopérabilité des applications ou logiciel avec les systèmes utilisés ainsi que sur la sécurité des données.

L'infirmière qui exerce en télépratique est soumise aux mêmes exigences et normes de pratique, aux mêmes devoirs et obligations déontologiques que lors d'une consultation en personne. Elle demeure responsable des actes qu'elle pose et engage sa responsabilité professionnelle. La consultation virtuelle n'est envisageable que lorsqu'aucune évaluation et examen physique n'est nécessaire.

Dans l'éventualité où l'infirmière est appelée à pratiquer des interventions à distance dans d'autres provinces ou territoires qui le requiert, elle devra obtenir, à la demande et aux frais de l'entreprise de télésoins, un permis d'exercice dans ces autres provinces ou territoires.

Rappel sur la déclaration annuelle en ligne et le paiement de la cotisation

La période d'inscription au Tableau étant à nos portes, il est utile de rappeler que toute personne qui veut exercer la profession infirmière au Québec et utiliser le titre d'infirmière ou d'infirmier doit détenir un permis de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) et être membre en règle, comme l'exige l'article 32 du *Code des professions*.

par **JOHANNE MAÎTRE, inf., M. Sc., syndique adjointe, MYRIAM BRISSON inf., M. Sc., directrice adjointe – déontologie et syndique adjointe, et JOANNE LÉTOURNEAU inf., M. Sc., syndique**

En effet, les infirmières et infirmiers exerçant au Québec doivent être dûment inscrits au Tableau de l'OIIQ et se soumettre à l'ensemble des lois et règlements qui régissent la profession. Pour être inscrits, les membres de l'OIIQ sont tenus de faire une déclaration annuelle en ligne et de payer la cotisation.

Le fait de vous inscrire annuellement dans le délai fixé par l'OIIQ assure au public que vous remplissez les exigences requises pour exercer la profession infirmière, dont celle de détenir une assurance responsabilité professionnelle (OIIQ, 2018).

Le Tableau 2019-2020 se terminant le 31 mars 2020, **vous devez vous inscrire au plus tard le 16 mars*** pour pouvoir utiliser le titre et pratiquer la profession à compter du 1er avril 2020. Toute personne non dûment inscrite au 1er avril 2020 qui effectue des activités professionnelles réservées aux membres de l'OIIQ exercera illégalement la profession infirmière.

Il est aussi requis d'être membre en règle pour utiliser le titre d'infirmière ou d'infirmier même sans exercer des activités professionnelles réservées. Ainsi, si vous choisissez de ne pas vous inscrire au Tableau en raison d'une absence au travail, vous ne pouvez utiliser le titre ni laisser croire que vous êtes membre de la profession infirmière. À titre d'exemple, vous ne pouvez pas mentionner sur vos profils de réseaux sociaux être infirmière ou infirmier si vous ne détenez pas d'inscription valide. Il est à noter que toute personne qui contrevient à ces dispositions commet une infraction et est passible de poursuites pénales.

Il est de votre responsabilité de vous assurer de procéder à votre inscription à chaque année ou de vous inscrire avant votre retour de congé d'études, de maladie, de maternité ou autre. ●

*Le 31 mars 2020 est la date limite à laquelle vous pouvez procéder à votre inscription en vue d'éviter la pratique illégale à la période de Tableau suivante. Toutefois, à des fins administratives, les membres sont tenus cette année de s'inscrire au plus tard le 16 mars 2020, à défaut de quoi des frais de retard leur seront imputés.

RÉFÉRENCES

«*Code des professions*», *RLRQ*, c. C-26, art. 32, 188, 189.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2018). «Assurance responsabilité professionnelle: le saviez-vous?». Repéré à https://www.oiiq.org/assurance-responsabilite-professionnelle-le-saviez-vous-1?inheritRedirect=truew



SAISON 3

STAGIAIRE d'un jour

LA WEBSÉRIE

Édition du 100e



NICOLAS ET GENEVIÈVE
CISSS de la Côte-Nord
Havre-Saint-Pierre

CLAUDIE ET PAUL
Institut de Cardiologie
Montréal

BÉNÉDICTE ET GENEVIÈVE
Maison Michel-Sarrazin
Québec

OLIVETTE ET MARC-ANTOINE
CUSM
Montréal

À DÉCOUVRIR À L'HIVER 2020 !

stagiairedunjour.ca

Partenaires de nos 100 ans :

100 | La Capitale | TD Assurance | Banque Nationale | Code Bleu Placement en santé

BÉNÉDICTE GUIMOND

Les soins palliatifs au cœur de la vie

À 30 ans à peine, Bénédicte Guimond étonne par son aplomb, son assurance et sa vision du rôle de l'infirmière en soins palliatifs. Infirmière clinicienne et conseillère clinique à la Maison Michel-Sarrazin, à Québec, cette leader de la relève, mentore de la comédienne Geneviève Schmidt dans la troisième saison de la websérie *Stagiaire d'un jour*, s'est donné pour mission d'améliorer l'accompagnement des patients en phase terminale.

par **LOUISE BOUCHARD**

Qu'est-ce qui vous a motivée à travailler en soins palliatifs?
J'ai accompagné mon grand-père lors de son décès à l'hôpital en 2009, alors que je commençais ma formation d'infirmière. J'ai eu le sentiment que je pouvais faire quelque chose pour procurer plus de confort à ces patients.

Vous avez donc été touchée par cet enjeu dès le début de votre carrière?
Oui. Après mes études, j'ai travaillé en gériatrie au Centre hospitalier de l'Université Laval et j'ai eu à donner des soins de fin de vie. J'ai constaté la complexité des besoins requis et j'ai voulu m'outiller davantage. J'ai donc fait un stage d'un an à la Maison Michel-Sarrazin pour parfaire mes connaissances, en 2013. J'ai eu la piqûre, et j'y suis restée!

Quel est votre rôle au sein de l'équipe de fin de vie?
Au chevet des patients, j'exerce un rôle central, avec l'aide d'un bénévole, afin d'offrir des soins globaux aux patients. Je collabore avec les médecins et les différents professionnels de notre équipe interdisciplinaire. L'ergothérapeute, la physiothérapeute, la nutritionniste et les travailleurs sociaux sont essentiels à un accompagnement complet. Je réalise aussi les suivis des différents plans de traitement en vue d'assurer leur réussite.

Donnez-vous également de la formation à des professionnels de la santé?
Oui, la transmission de connaissances fait partie de la mission de la Maison. J'enseigne les soins de la bouche, les soins de plaies, le protocole de détresse respiratoire et l'utilisation judicieuse de la médication dans un contexte de fin de vie à divers professionnels de la santé. Je donne aussi des formations à l'externe et du soutien clinique à distance.

Vous devez donc faire preuve d'un grand leadership!
Oui! C'est intéressant de faire valoir ses compétences dans ce domaine axé sur l'innovation et le perfectionnement clinique. Au quotidien, j'ai une multitude de possibilités d'actions et de décisions professionnelles, et je peux maximiser mon autonomie.

Cette autonomie est-elle importante pour vous?
Elle l'est pour toute la profession! Les infirmières doivent avoir une vision bio-psycho-sociale et environnementale de la personne. Elles doivent se créer une identité forte, se l'approprier et la promouvoir. En soins palliatifs, elles ont le pouvoir de réunir toutes les conditions pour que le plan de traitement fonctionne.

Comment parvenez-vous à évaluer la condition physique et mentale du patient?
Chaque prestation de soins est une circonstance favorable pour ce faire. Lorsque j'accompagne une personne dans ses soins d'hygiène, j'évalue la présence de douleur, le niveau d'essoufflement et l'état de la peau. De plus, ces moments sont propices aux discussions. J'en profite pour évaluer la condition mentale du patient et dépister la détresse. Au quotidien, je me réfère aux proches, qui connaissent le patient et m'aident à diriger mes évaluations et interventions.

Selon vous, comment pourrait-on améliorer la qualité des soins palliatifs au Québec?
On devrait bonifier le contenu de la formation initiale en sciences infirmières dans ce domaine. Les milieux de pratique doivent aussi devenir plus concernés par la fin de vie et l'expertise spécifique requise. Les soins palliatifs, ce n'est pas une philosophie des 48 ou 72 dernières heures de vie, mais un continuum dans les traitements de maladies incurables ou chroniques. Ils devraient être intégrés tout au long de l'évolution de la maladie.

Comment entrevoyez-vous votre avenir professionnel?
Je prévois me perfectionner par des microprogrammes de 2e cycle en soins palliatifs et soins de plaies. Je veux repousser mes limites intellectuelles et continuer de promouvoir le rôle primordial de l'infirmière en soins palliatifs. Il faut défendre ce droit de recevoir des soins de qualité lorsqu'on va mourir, car cette étape est aussi singulière qu'universelle! ●



Mentore de la websérie *Stagiaire d'un jour*, Bénédicte Guimond a accompagné Geneviève Schmidt. L'actrice a été touchée par l'ouverture et l'accueil des patients en fin de vie et de leurs proches.

LE DON D'ORGANES

Quelles sont mes responsabilités comme infirmière?

Au Québec, des centaines de personnes chaque année ont besoin d'une transplantation; si certains en bénéficient pour améliorer leur qualité de vie, d'autres la requièrent pour rester en vie. Les infirmières des unités de soins critiques et, depuis peu, des unités de soins palliatifs, ont un rôle déterminant à jouer dans la réalisation du don d'organes. Elles sont en première ligne afin d'identifier les donneurs potentiels et de les adresser à Transplant Québec.

par **MARIE-JOSÉE LAVIGNE et HUGUES VILLENEUVE**

Le travail des infirmières et des équipes de soins des établissements au Québec a permis d'agir concrètement en faveur de nombreuses personnes en attente d'une transplantation. Pourtant, encore trop d'entre elles décèdent, car de nombreux donneurs d'organes potentiels ne sont pas identifiés par les équipes de soins et adressés à Transplant Québec.

Le taux élevé de refus des familles (une sur trois) constitue également un enjeu, lequel refus peut être expliqué par la détresse psychologique que vivent les familles endeuillées. Trois facteurs clés favorisant le consentement au don ont été identifiés : déterminer le **bon moment** pour parler du don d'organes; choisir la **bonne personne** de la famille à qui en parler; et établir la **bonne façon** de procéder. C'est pourquoi il est important de planifier une rencontre entre les membres de l'équipe de soins avant d'offrir l'option du don d'organes à la famille.

AIDE MÉDICALE À MOURIR

À la suite de l'entrée en vigueur de la *Loi concernant les soins de fin de vie* en décembre 2015, des patients en attente de l'aide médicale à mourir (AMM) ont demandé à leur médecin s'il était possible de faire le don de leurs organes après leur mort. Les médecins concernés ont communiqué avec Transplant Québec et les premiers dons d'organes dans un contexte d'AMM ont été réalisés. La mort survenant dans un délai hautement prévisible, le don d'organes peut, à l'égard de certaines maladies, être réalisé selon des considérations similaires à celles d'un don après un décès circulatoire. Ainsi, pour un nombre restreint de personnes, le soin de l'AMM permet de faire un don d'organes au moment de leur décès.

Une des considérations fondamentales devant guider notre action dans un contexte de don d'organes est le respect de la volonté de la personne en tout temps, sans pression. Du point de vue des donneurs, c'est le souhait de faire du bien à une ou plusieurs autres personnes – la transplantation devient alors un geste important pour le donneur. ●

Pour se développer

Transplant Québec offre des formations en centres hospitaliers adaptées aux besoins des professionnels et rend disponible une formation en ligne sur la procédure type pour le don d'organes qui vous permet d'obtenir 1,5 crédits de formation (https://www.transplantquebec.ca/professionnels)

À lire

Il y a plusieurs années, Audrée, alors âgée de 18 ans, a été atteinte d'une hépatite fulminante qui exigeait une transplantation de foie. Elle a eu la vie sauve grâce un donneur d'organes âgé de 88 ans. Lisez la vraie histoire d'Audrée (en bande dessinée) sur **oiiq.org**.

LES AUTEURS

MARIE-JOSÉE LAVIGNE
Conseillère cadre à l'enseignement et au développement hospitalier, Transplant Québec.

HUGHES VILLENEUVE
Chef du service de l'enseignement et du développement hospitalier, Transplant Québec.



À LA RECHERCHE DE NOUVEAUX DÉFIS?
La Côte-Nord, c'est 272 290 km² d'espace pour vos passions, vos ambitions et surtout... votre vie!

Possibilités d'emplois dans divers services :
1re ligne, maladies chroniques
Bloc opératoire
Soins critiques
Hospitalisation
Centre mère-enfant/pédiatrie
Psychiatrie
Santé publique
Hébergement
Soins à domicile
Dispensaires

Certaines de nos installations offrent des avantages intéressants
Prime de rétention ou d'éloignement
Paiement des frais de déménagement
Aide au logement

Renseignez-vous sur le congé sans solde pour oeuvrer dans un établissement nordique

www.cissscn.com
Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord

Centre intégré de santé et de services sociaux de la Côte-Nord
Québec



Ici pour vous aider.

CATIE est votre ressource pour les toutes dernières informations sur le traitement et la prévention du VIH et de l'hépatite C.

- Publications gratuites
- Abonnements gratuits
- Webinaires, ateliers et cours de formations

CATIE

La source canadienne de renseignements sur le VIH et l'hépatite C

www.catie.ca
1-800-263-1638


© Pierre Longtin

« La profession infirmière, c'est d'abord un choix individuel qui s'ouvre ensuite sur la collectivité. Il faut savoir ce qu'elle représente pour soi avant de déterminer ce que nous pouvons apporter aux autres et comment nous pouvons agir comme vecteur de changement. »

Micheline Ulrich
Lauréate de l'Insigne du mérite 2019

Micheline Ulrich est devenue infirmière pour prendre soin des gens, mais aussi pour apporter une contribution significative à l'amélioration de la qualité des soins et des services infirmiers auprès de la clientèle ainsi qu'à l'avancement de la pratique. Son souhait : toucher une personne par jour, que ce soit un patient ou un collègue. Après plus de 50 ans de pratique, elle peut dire : mission accomplie.

par **CATHERINE CRÉPEAU**

La lauréate de l'Insigne du mérite 2019 a obtenu son diplôme d'infirmière à l'Hôpital Saint-Luc, à l'époque où la formation relevait des hôpitaux. À ses yeux, ce diplôme ne symbolisait pas seulement une réussite, mais bien le début de « quelque chose » qu'elle était alors incapable d'identifier. Micheline Ulrich avait toutefois la conviction qu'elle avait besoin de continuer d'apprendre et de se développer professionnellement. Grâce à sa détermination, elle obtient un baccalauréat en sciences infirmières et deux maîtrises, l'une en sciences infirmières et l'autre en administration publique, tout en travaillant à temps plein et en élevant son fils.

« La profession infirmière, c'est d'abord un choix individuel qui s'ouvre ensuite sur la collectivité. Il faut savoir ce qu'elle représente pour soi avant de déterminer ce que nous pouvons apporter aux autres et comment nous pouvons agir comme vecteur de changement. Chaque jour, nous avons la chance de prendre part positivement à la vie de quelqu'un », souligne celle qui a toujours travaillé étroitement avec les infirmières comme clinicienne, directrice des soins infirmiers ou chargée de cours à l'Université de Montréal.

Aujourd'hui, Micheline Ulrich est à la tête du Conseil d'administration du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal. Sonia Bélanger, la présidente-directrice générale du CIUSSS, aussi infirmière, n'a que des éloges à son égard. « Elle insuffle immédiatement une énergie renouvelée à toutes celles et tous ceux qui, comme moi, ont la chance de la côtoyer, tellement son dynamisme et son assurance quant au potentiel de notre profession sont palpables. »

Retour en arrière. Dans les années 1970, le désir de découverte de Micheline Ulrich l'amène en stage dans le nord de l'Ontario auprès de la population autochtone. Une expérience riche qui la confronte à la solitude tout en lui permettant de déployer une pratique autonome. Elle se reconnaît une sensibilité pour les clientèles vulnérables et les différentes approches de soins. Ces apprentissages lui servent encore aujourd'hui au moment de visiter des établissements au nom d'Agrément Canada, un rôle qui témoigne de son engagement pour l'excellence des soins.

LE CHOIX DES SOINS CRITIQUES

Pendant 10 ans, Micheline Ulrich a choisi de mener sa carrière clinique à l'urgence et aux soins intensifs. « Je suis d'une nature calme et j'étais en mesure de prendre le contrôle de la situation. Dans ces milieux, il faut être prompt à l'action tout en rassurant les patients, car ils ont besoin de se sentir appuyés. J'ai fait en sorte de développer cette approche rassurante. »

En collaboration avec sa collègue Micheline Chagnon Lamarche, elle publie en 1994 un ouvrage sur les soins infirmiers d'urgence s'inspirant du cours qu'elles ont donné pendant nombre d'années dans le cadre du certificat clinique à l'Université de Montréal. Intitulé *Les soins d'urgence : perspective infirmière*, il constitue le premier ouvrage québécois à aborder les soins d'urgence sous l'angle du rôle autonome de l'infirmière. Il traite, entre autres, de la responsabilité du triage effectué par l'infirmière et de la prise en charge des grands traumatisés. Cette publication a permis à plusieurs infirmières de mieux cerner leur pratique autonome à l'urgence.

Devenue conseillère aux soins à l'Hôpital Saint-Luc, Micheline Ulrich assiste au début des années 1980 aux progrès des soins et des services touchant le don d'organes. Après un stage de cinq mois au Presbyterian Hospital à Pittsburgh et au National Institutes of Health au Maryland pour perfectionner ses connaissances en greffes du foie, elle développe avec les médecins spécialistes le programme de greffe hépatique comprenant un segment sur les soins infirmiers, notamment les approches de soins, la formation du personnel et la mise au point d'outils d'enseignement destinés à la clientèle. « On a reconnu mon expertise clinique et on m'a fait confiance », raconte-t-elle en se remémorant le plaisir de travailler en collaboration interdisciplinaire avec les médecins, les infirmières et les travailleurs sociaux afin d'élaborer ce programme puis de l'implanter. « J'avais installé mon bureau dans l'unité pour rester disponible en vue de répondre aux questions des infirmières et du personnel. »



© William Mazzoleni

Micheline Ulrich s'est vu décerner l'Insigne du mérite 2019, la plus haute distinction de l'OIIQ, le 26 novembre dernier dans le cadre du Congrès 2019 de l'OIIQ.

LÀ OÙ ON PEUT CHANGER LES CHOSES

À partir de la fin des années 1980, elle occupera les fonctions de directrice des soins infirmiers dans plusieurs hôpitaux au fil des ans. « C'est dans un poste comme celui-là qu'il est possible de faire des changements. » Elle participe, entre autres, à la transformation du Centre hospitalier Saint-Michel, dont la mission de longue durée est réorientée vers les séjours de courte et de moyenne durées. Puis à l'Hôpital Charles-Lemoyne, son arrivée produit un impact majeur sur l'évolution de la pratique infirmière et le développement de la pratique avancée des infirmières ayant un diplôme de deuxième cycle. En outre, elle y dirige un projet novateur, en partenariat avec le CLSC, afin de créer les premières trajectoires de soins et de services destinés aux personnes atteintes de maladies chroniques. Il en résulte une réduction des durées de séjour, une baisse des réadmissions pour la même cause et une meilleure qualité de vie pour les personnes.

Son parcours la mènera jusqu'au ministère de la Santé et des Services sociaux où, à titre de conseillère cadre de 2000 à 2003, elle contribuera à jeter les bases d'une direction nationale des soins infirmiers. Ses compétences relationnelles et ses habiletés politiques auprès des parties prenantes lui auront permis d'obtenir des résultats notoires dans d'importants dossiers, comme ceux du développement de la pratique des infirmières praticiennes spécialisées (IPS), de la planification de la main-d'œuvre en soins infirmiers, de l'organisation du travail et du recrutement international.

De retour sur le terrain comme gestionnaire, Micheline Ulrich est plus active que jamais. Directrice des soins infirmiers à l'Hôpital Pierre-Le Gardeur, elle implante un centre d'apprentissage voué au maintien et à l'amélioration des compétences des infirmières et un programme de préceptorat qui servira de modèle pour le programme national de préceptorat déployé à la fin de la décennie 2000.

Elle est ensuite nommée directrice de la transition du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) où elle participe à l'établissement de nouvelles trajectoires de clientèles, à la planification de la transition, à l'intégration de l'Hôpital Notre-Dame et à la supervision des stagiaires universitaires. Elle s'acquittera de ce large mandat grâce à son leadership et à sa capacité d'expliquer clairement sa vision du changement. « Je pense que les infirmières et tous les collègues m'ont suivie parce que je faisais appel à toute leur expertise. »

Micheline Ulrich est alors prête à prendre sa retraite, mais c'est sans compter sur le pouvoir de persuasion d'un ancien collègue qui lui offre le poste de directrice des soins infirmiers du CSSS Dorval-Lachine-LaSalle. Elle y restera quatre ans, afin de mettre en œuvre des stratégies visant à revaloriser la pratique infirmière, redéployer les infirmières conseillères vers la pratique clinique, concevoir des programmes de soins avec l'ensemble des conseillères, infirmières et travailleuses sociales, dont un programme de prévention des chutes développé selon une approche interdisciplinaire qu'elle a mis au point avec une collègue de l'extérieur, Carmen Millar, et qui a eu un impact notable sur la sécurité de la clientèle. Elle a aussi, avec l'aide de la directrice des services professionnels, Hélène Daniel, réussi à intégrer au CLSC la pratique des infirmières praticiennes spécialisées en première ligne.

PREMIÈRE INFIRMIÈRE PRÉSIDENTE D'UN CA

En 2015, elle accepte de présider le Conseil d'administration du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal nouvellement créé, devenant la première infirmière à occuper ce poste. « J'y ai vu la possibilité de continuer à apporter ma contribution et à partager ce que j'ai appris pendant 50 ans. C'est une occasion d'influencer les membres du conseil vers une gouvernance valorisant les meilleures pratiques », souligne celle qui vient de dire oui à un troisième et « dernier mandat » de trois ans.

« Micheline Ulrich a été formée selon une approche globale de soins et de bienveillance envers les patients, ce qui transparaît dans sa façon d'exercer son rôle, témoigne Sonia Bélanger. Elle manifeste une sensibilité hors du commun à l'égard des besoins des usagers ainsi qu'une volonté constante de prodiguer les meilleurs soins et services pour répondre à ces besoins. »

Micheline Ulrich refuse dorénavant de parler de retraite et semble toujours prête à trouver de nouveaux défis! ●

UNE AUTRE RÉCOMPENSE POUR MICHELINE ULRICH

Le prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) 2019 a également été remis à Micheline Ulrich pour souligner son engagement soutenu auprès de son ordre professionnel et au développement de la profession. Elle a été membre du Conseil d'administration de l'OIIQ pendant près de dix ans et vice-présidente de son ordre régional de 1991 à 2005. Elle est actuellement membre du Comité des finances et de vérification de l'OIIQ.

Je clique. Je donne. Nous soignons!

Chaque année, près de 30 000 infirmières et infirmiers choisissent d'offrir un meilleur accès aux soins de santé à la population en contribuant à la Fondation.

Faites comme eux : misez sur l'expertise infirmière en faisant un don lors de votre prochaine inscription au Tableau de l'Ordre.

Campagne annuelle 2020

SUBVENTIONS



CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS

LE PHARE ENFANTS ET FAMILLES

CIUSSS DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

LES UNITÉS DE SOINS INTENSIFS NÉONATALS DU QUÉBEC

fondationoiiq.org

Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.





EN PREMIÈRE LIGNE

Accompagnement en soins palliatifs des personnes touchées par le cancer

Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

En avril 2018, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec attribuait la subvention *Pour mieux soigner* au CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, pour son projet pilote hors du commun intitulé ACCEPt (pour Accompagnement, Communication, Compréhension via l'Expérience Patient). Ce projet a pour mission de développer un rôle infirmier novateur, soit l'intervention précoce de l'infirmière et de l'infirmier de première ligne dans le continuum de soins des personnes touchées par le cancer. La subvention versée avait alors permis de poursuivre plus avant le déploiement de ce projet. Qu'en est-il presque un an plus tard?

La complexification de la prise en charge en oncologie a incité le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean à développer une offre de services de première ligne consistant à amorcer l'accompagnement infirmier dans une approche palliative dès que le diagnostic de cancer est posé. Le projet est destiné à la population desservie par les GMF de la région, qui devient ainsi la première au Québec à profiter de ce type d'accompagnement aussi tôt dans la trajectoire de soins.

En mettant de l'avant ce projet, l'équipe du CIUSSS souhaitait également optimiser la contribution des infirmières et infirmiers œuvrant en GMF dans le continuum de soins des personnes touchées par le cancer dans un contexte de collaboration interprofessionnelle, particulièrement avec les médecins de famille.

L'automne dernier, le projet était dans une étape fort active de sa phase d'implantation. L'infirmière clinicienne Maryline Doré a été embauchée dans l'équipe grâce à la subvention *Pour mieux soigner.* Elle en est la chargée de projet clinique. Ses responsabilités consistent à coordonner, planifier et collaborer avec les professionnels et gestionnaires locaux afin de favoriser la mise en œuvre de l'intervention ACCEPt. Elle identifie aussi les formations nécessaires aux infirmières cliniciennes en GMF.

Elle insiste sur le fait qu'il s'agit d'un travail de collaboration avec tous les membres de son équipe composée des comandataires Sylvie Massé, directrice des soins infirmiers, Isabelle Boulianne, directrice administrative enseignement, recherche et innovation, Nancy Houde, conseillère cadre clinique, ainsi que du Dr Roberto Boudreault, médecin de famille et chef du département régional de médecine générale. Le projet est appuyé par une équipe de recherche de l'Université de Sherbrooke représentée par les chercheuses Dominique Tremblay et Marie-Ève Poitras, infirmières et Ph. D.

COMPRENDRE LE PARCOURS DE SOINS DE LA PERSONNE TOUCHÉE PAR LE CANCER

De septembre à novembre 2018, l'équipe a réalisé un état de situation des services en oncologie de chaque réseau local de services (RLS) du Saguenay-Lac-Saint-Jean afin de cartographier le continuum de soins de la clientèle. « Nous souhaitions obtenir un portrait du parcours emprunté par les personnes touchées par le cancer dans notre région, depuis l'annonce du diagnostic de cancer jusqu'à leur prise en charge par l'équipe de cancérologie, mais aussi après la phase de traitements actifs, qu'elle soit à visée curative ou palliative. »

PHOTOS

ANDRÉANNE LEBEL, infirmière clinicienne au GMF les Myrtilles du Lac.

MARYLINE DORÉ, infirmière clinicienne et chargée de projet clinique ACCEPt.

L'un des facteurs clés d'ACCEPt réside dans la formation des infirmières et infirmiers en GMF sur toutes les questions liées à l'identification et à l'évaluation des patients dès l'annonce du diagnostic de cancer, afin d'assurer la mise en œuvre optimale des soins d'accompagnement selon le plan d'intervention.

L'analyse des parcours de soins a permis d'identifier de multiples parties prenantes et collaborateurs de ces parcours ainsi que les besoins en formation nécessaires au déploiement d'ACCEPt. Avec l'appui financier de la Fondation, le CIUSSS a pu envisager l'implantation du projet ACCEPt dans les quinze GMF de la région et former à l'accompagnement précoce environ 55 infirmières.

Maryline Doré ajoute que plus d'une cinquantaine de patients touchés par le cancer bénéficient de soins infirmiers d'accompagnement précoce depuis le démarrage d'ACCEPt. Entre décembre 2018 et septembre 2019, le projet a été déployé dans huit des 15 GMF de la région : GMF Les Myrtilles du Lac, GMF Alma, GMF Lac-Saint-Jean-Est, GMF-U Alma, GMF Jonquière, GMF Cyriac, GMF La Baie et GMF Maria-Chapdelaine. La mise sur pied de l'intervention ACCEPt dans les sept autres se poursuit.

CONTRIBUER AU DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES INFIRMIÈRES

L'un des facteurs clés d'ACCEPt réside dans la formation des infirmières et infirmiers en GMF sur toutes les questions liées à l'identification et à l'évaluation des patients dès l'annonce du diagnostic de cancer, afin d'assurer la mise en œuvre optimale des soins d'accompagnement selon le plan d'intervention.



Une telle formation a été donnée dans chacun des GMF où l'intervention a été déployée à ce jour. Ce sont donc 35 infirmières et infirmiers qui ont pu acquérir de nouvelles connaissances sur des thèmes comme l'anxiété, la peur de la récidive ou de la mort, les changements cognitifs et de mémoire, les conséquences des changements hormonaux, ainsi que sur l'ensemble des notions concernant le plan de traitement et les soins d'accompagnement.

Selon Maryline Doré, la plupart des participants disent avoir acquis, dans le cadre de ces formations, une meilleure compréhension des problématiques liées au cancer, des soins nécessaires et des défis de l'accompagnement centré sur les besoins des personnes touchées par le cancer. Ils se sentent mieux outillés pour évaluer certains symptômes et certains signes de souffrance psychologique chez ces personnes ainsi que chez leurs proches. Ils mentionnent qu'ils sont maintenant davantage en mesure d'établir des liens entre certaines problématiques complexes et d'optimiser leur nouveau rôle, dans un contexte de collaboration avec les professionnels de la santé concernés.

Cette première vague de formation d'infirmières cliniciennes en GMF (exerçant au GMF Lac-Saint-Jean-Est et GMF-U Alma) a engendré des conséquences positives non anticipées. Ainsi, certaines infirmières ont souhaité recourir à l'Outil de dépistage de la détresse (ODD). L'utilisation de l'ODD fait partie des grandes orientations de la Direction générale de cancérologie et du Ministère de la Santé et des Services sociaux visant à mieux soutenir les personnes en détresse psychologique. Cet outil permet également d'optimiser l'étendue de pratique des infirmières en matière d'évaluation de la condition de santé physique et mentale d'une personne. Enfin, il aide les personnes touchées par le cancer à obtenir les soins dont ils ont besoin, un gage supplémentaire d'une prestation de soins de qualité et sécuritaires.

LEADERSHIP INFIRMIER

Même s'il est trop tôt pour évaluer avec précision les retombées du projet ACCEPt, l'un des commentaires les plus souvent entendus à propos de la valeur ajoutée de l'infirmière dans cet accompagnement concerne une prise en charge plus rapide et plus personnalisée lors de l'apparition des premiers symptômes. En outre, les patients peuvent faire appel à un professionnel de la santé sans avoir à se déplacer sur une grande distance, un avantage précieux pour eux étant donné l'immense territoire desservi par le CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Les patients et leurs proches apprécient la présence de l'infirmière clinicienne du GMF, car elle leur offre un accompagnement réconfortant qui commence dès le moment où ils apprennent le diagnostic de cancer. Ils se sentent plus soutenus dans cette épreuve et mieux informés sur la trajectoire de soins qui les attend. « Je trouve important que les familles participent à cet accompagnement, affirme Maryline Doré. Le patient peut bénéficier d'un suivi individualisé répondant mieux à ses besoins lorsque l'infirmière connaît son environnement familial. » ●

À LIRE

Morier, F. (2018). «Infirmières en GMF – Accompagnement précoce des personnes en soins palliatifs». Perspective infirmière, 15(3), 20-21. Repéré à https://www.oiiq.org/infirmieres-en-gmf-accompagnement-precoce-des-personnes-en-soins-palliatifs.

FAITES PARTIE D'UNE TRADITION D'EXCELLENCE



PLACEMENT EN SANTÉ

RECRUTEMENT **INFIRMIÈRES**

partout au Québec

OBTENEZ UNE PRIME

si vous changez d'agence
ou si vous référez du personnel.*

CODEBLEU.CA

cv@codebleu.ca
1-877-343-BLEU
Télécopieur : 1-866-532-8281

*Certaines conditions s'appliquent.

À PROPOS DE *l'actualisation professionnelle et de mon droit d'exercice*

par **JOSÉE MORSE, inf., B. Sc., M. Sc.**

Vous vous êtes inscrite au Tableau de l'OIIQ et à votre grand désarroi vous recevez un courriel intitulé « Avis concernant votre droit d'exercice ». Selon cet avis, le *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*[1] s'applique à votre situation, car vous n'avez pas exercé au moins 500 heures au cours des quatre années précédentes.

Qu'est-ce que cela veut dire? Votre droit d'exercice peut-il être limité? Un programme d'actualisation peut-il vous être imposé? Pouvez-vous perdre votre permis? Grâce aux mises en situation ci-dessous, apprenez en plus sur ce règlement afin de pouvoir assumer de façon éclairée votre responsabilité concernant votre actualisation professionnelle et conserver votre plein droit d'exercice.

RÉPONSES EN PAGE 66

1. Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Loi sur les infirmières et infirmiers* (chap. I-8, r. 19.1). Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%2019.1

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?

01. **Vous venez de vous inscrire au Tableau 2020-2021. Vous avez payé votre cotisation et rempli votre déclaration annuelle, mais voilà que votre droit d'exercice pourrait être limité. Vous êtes pourtant certaine d'avoir travaillé au moins 500 heures depuis 2016. Croyant avoir oublié de déclarer des heures, vous corrigez votre déclaration pour régulariser votre situation et pouvoir continuer d'exercer.**

02. **Vous planifiez votre retour au travail après un congé de maternité suivi d'un congé de maladie. Vous n'avez pas exercé 500 heures au cours des quatre dernières années, mais vous considérez vos compétences à jour, même si vous n'avez fait aucune formation continue au cours de cet arrêt de travail, car vous en étiez dispensée. Dans ce contexte, l'OIIQ ne peut vous imposer de programme d'actualisation.**

03. **Votre droit d'exercice a été limité jusqu'à la réussite d'un programme d'actualisation. Votre situation a fait l'objet d'une publication dans le « Réglementaire » (obligation du *Code des professions*) et dans la section « Vérification du droit d'exercice » (information publique) du site Web de l'OIIQ. Vous n'êtes ni une criminelle, ni coupable d'une faute professionnelle. Vous détenez toujours votre permis de l'OIIQ et vous pouvez travailler à titre d'infirmière, à condition de n'exercer aucune des activités incluses à votre champ d'exercice professionnel.**

04. **Vous avez reçu de l'OIIQ un avis concernant votre droit d'exercice auquel vous n'avez pas répondu. Maintenant, l'OIIQ vous oblige à retourner au collège pour faire un programme d'actualisation professionnelle.**

05. **Au cours des dernières années, vous avez fait des missions bénévoles en Afrique en tant qu'infirmière. Vous avez participé à des campagnes de vaccination, travaillé en contraception et prévention des ITSS ainsi qu'assuré les services d'urgence en dispensaire. Vous revenez au Québec riche d'expériences professionnelles pertinentes en soins infirmiers de première ligne. Vous considérez vos compétences à jour et, pourtant, on vous a imposé un programme d'actualisation. Vous êtes pénalisée parce que vous avez cessé d'exercer au Québec.**

06. **À l'approche de votre retraite, vous avez réduit la cadence en prenant un poste d'infirmière à temps partiel pour lequel vous avez cumulé 325 heures au cours des quatre dernières années. Vous avez travaillé en centre d'hébergement pendant toute votre carrière et vous n'envisagez nullement travailler dans un autre domaine. À votre âge, vous estimez qu'un stage d'actualisation n'est pas pour vous. En outre, vous n'avez pas besoin d'un plein droit d'exercice puisque vous exercez uniquement auprès des personnes âgées.**

Pr OZEMPIC®
sémaglutide injection

Maintenant couvert par la **RAMQ** *(médicament d'exception)*

Félicitations à l'OIIQ!

Nous vous souhaitons un autre siècle de succès à façonner les soins infirmiers de l'avenir.



OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

MEMBRE DE MÉDICAMENTS NOVATEURS CANADA

RAMQ est la marque officielle de la Régie de l'assurance maladie du Québec.
Ozempic® 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.
© Novo Nordisk Canada Inc. CA19OZM00110F

novo nordisk®



© Shutterstock / Gorodenkoff

D'ÉTUDIANTES INFIRMIÈRES À PRÉPOSÉES

Agir aujourd'hui pour soutenir les infirmières de demain

Dans le cadre d'un programme d'alternance travail-études (ATE), des étudiantes en sciences infirmières travaillent comme préposées aux bénéficiaires. L'expérience s'avère une source d'apprentissage, mais suscite parfois un « choc de transition ».

par **MICHÈLE GEMME, inf., M. Sc., STÉPHANIE CARRIER, inf., M. Sc., M. Sc. A., et AUDREY LAJEUNESSE, inf., B. Sc.**

L'entrée dans la pratique infirmière n'est pas toujours facile. Le passage d'étudiante à professionnelle est empreint de changements de responsabilités et d'environnement, qui entraînent une période de déséquilibre (Meleis, Sawyer, Im, Messias et Schumacher, 2000). Afin de faciliter l'insertion professionnelle des étudiantes, des milieux d'enseignement ont créé un programme d'alternance travail-études (ATE) pour leur permettre de se familiariser avec la culture et la structure des organisations et d'être en contact direct avec la clientèle des établissements du réseau de la santé (Université Laval, 2016).

Après avoir complété une année d'un programme en sciences infirmières, les étudiantes sont employées comme préposées aux bénéficiaires (PAB) dans différents milieux de santé, dont les centres hospitaliers de soins tertiaires du CHU de Québec–Université Laval, dans lesquels notre recherche a été menée.

À la suite de l'implantation du programme ATE, nous avons observé que les attentes et les exigences du personnel hospitalier à l'égard des étudiantes PAB ont parfois été élevées et ont pu générer chez elles un stress et un sentiment d'incompétence.

En fait, leurs connaissances s'avèrent parfois insuffisantes pour bien les préparer à assumer adéquatement le rôle d'une PAB, notamment en milieu de soins aigus. Les différences entre l'apprentissage théorique et l'expérience pratique en milieu de soins suscitent une insécurité et une perte de repères (Delaney, 2003; Boychuk Duchscher, 2008, 2009). Comme le décrit Kramer (1974), ce conflit annonce ce qui est appelé un « choc de transition ».

Le choc de transition des candidates infirmières a déjà fait l'objet d'études et de publications. À notre connaissance, la transition de PAB à la pratique infirmière est cependant peu documentée. La transition d'étudiante infirmière à PAB ne l'est pas non plus. Le programme ATE nous a donné l'occasion de nous y intéresser en adoptant une approche humaniste favorisant le changement (MacLeod et Zimmer, 2005; Stringer et Genat, 2004). Le modèle du choc de transition de Boychuck Duchscher (2009) nous a servi d'ancrage théorique pour décrire différents aspects vécus par les PAB du programme ATE.

LE PROJET

Durant l'été 2016, des membres de l'équipe de l'intégration et du soutien clinique du personnel infirmier du CHU de Québec–Université Laval ont créé un court projet de recherche afin de mieux comprendre le choc de transition chez ces étudiantes PAB et d'identifier des pistes de solutions. Deux méthodes de collecte de données ont été utilisées (**Tableau 1**).

D'abord, les étudiantes PAB embauchées dans les cinq centres hospitaliers du CHU de Québec–Université Laval ont rempli, une fois par semaine et sur une base volontaire, un journal de bord décrivant leurs expériences, leurs difficultés et leurs besoins de soutien.

Tableau 1
MÉTHODOLOGIE

DEVIS DE RECHERCHE	Recherche-action participative		
OBJECTIFS	1. Décrire les connaissances, les responsabilités, les rôles et les relations qui contribuent au choc de transition. 2. Reconnaître les facteurs facilitants et entravants. 3. Identifier les besoins prioritaires d'accompagnement.		
ÉCHANTILLON ET COLLECTE DE DONNÉES	**COLLECTE DE DONNÉES**	Journal de bord	*Focus group*
	RECRUTEMENT	Sur une base volontaire lors de l'embauche	
	POPULATION CIBLE	19 PAB-ATE des cinq sites du CHU de Québec–UL[1]	7 PAB-ATE de l'hôpital HDQ
	ÉCHANTILLON	13 (69 %*)	3 (43 %*)

1. Note : Le Centre hospitalier universitaire de Québec–Université Laval (CHU de Québec–UL) est composé de cinq hôpitaux, soit le Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), l'Hôpital Saint-Sacrement (HSS), l'Hôpital de l'Enfant-Jésus (HEJ), l'Hôtel-Dieu de Québec (HDQ) et l'Hôpital Saint-François d'Assise (HSFA).

* Taux de participation. Légende : PAB-ATE : préposées aux bénéficiaires du programme d'alternance travail-études

De plus, trois étudiantes PAB de l'Hôtel-Dieu de Québec, l'un des cinq centres hospitaliers du CHU de Québec–Université Laval, ont assisté à trois entrevues de groupe semi-structurées (*focus groups*). Une compréhension juste et contextualisée de leur expérience en est ressortie (MacLeod et Zimmer, 2005). Comme le résument Munn-Giddings, McVicar et Smith (2010) dans leur revue systématique de la recherche-action, ce projet a été mené pour que des propositions de solutions émergent de ces rencontres. Les changements proposés ont ensuite été pris en considération dans le processus de recherche. D'une rencontre à l'autre, ces échanges ont permis une boucle itérative entre la recherche, la réflexion et l'action (Gauvin-Lepage, Lefebvre et Malo, 2016).

EXPÉRIENCE DE LA TRANSITION

Les éléments constituant le choc de transition identifiés par les étudiantes participantes se divisent en quatre catégories. Elles rejoignent les pôles du modèle de Boychuk Duchscher (2009) qui catégorisent le choc de transition du milieu académique au milieu professionnel (**Figure 1**).

Savoirs

Les participantes ont indiqué qu'elles connaissaient peu l'organisation et le travail quotidien au moment de leur entrée en fonction. Les exigences du quart de travail de jour, telles une cadence de travail rapide, des habiletés de planification et une grande vitesse d'exécution, ont contribué à exacerber ce manque de connaissances. Une participante mentionne également ses difficultés à mobiliser de façon sécuritaire la clientèle de son centre hospitalier. « La mobilisation des patients est très difficile; la plupart portaient des prothèses aux genoux ou aux hanches. C'est complexe. Je dois souvent demander de l'aide car je ne veux pas mal faire ni causer de la souffrance. »

Une autre participante soulève le fait que le manque d'expérience pour soigner des patients âgés ayant des troubles de comportements ou cognitifs est aussi une source de détresse. « Lors de notre tournée du matin, un patient refusait de se lever et nous criait de nous en aller. Je n'avais jamais vécu une situation où un patient était agressif verbalement. »

Relations

Les données recueillies soulignent également que l'accueil au sein des équipes de travail a parfois été plus difficile. Selon une participante, « certains membres de l'équipe n'ont pas toujours envie de former des étudiants et leur attitude en témoigne ».

Au cours de leur expérience, les participantes découvrent que la communication et l'établissement d'une relation de confiance avec la clientèle et leur famille nécessitent plus d'efforts que ce qu'elles avaient imaginé. Le développement de nouvelles habiletés relationnelles s'avère nécessaire, particulièrement auprès des personnes en fin de vie et celles atteintes de troubles cognitifs.

Rôles

Les participantes sont surprises par le nombre de tâches connexes dévolues aux PAB dans le cadre de leur travail quotidien. « Je suis surprise de voir que les PAB ne passent pas plus de temps auprès des patients. Avec toutes les tâches de ménage et les examens, il reste peu de temps! », exprime l'une d'elles.

Les étudiantes PAB semblent également préoccupées par leur imputabilité quant à certains principes et techniques appris dans leurs études, par exemple l'application de l'approche adaptée à la personne âgée (AAPA) et la promotion et le maintien de l'autonomie de cette clientèle. Ne maîtrisant pas totalement les stratégies de l'AAPA, elles se sentent peu outillées pour effectuer les interventions

Figure 1
CATÉGORISATION DES COMPOSANTES DU CHOC DE TRANSITION IDENTIFIÉES PAR LES ÉTUDIANTES PAB DU PROGRAMME ATE



attendues. Bien qu'elles connaissent les principes de prévention des risques, il est difficile pour elles de les appliquer par manque d'expérience ou de maîtrise des solutions.

Responsabilités

Devant la complexité de la condition de santé de leur clientèle, il se peut que les participantes peinent à reconnaître ou à identifier leurs besoins de soins ou ceux de leur famille. L'une d'elles note ce qui suit : « Un de mes patients ne parlait pas du tout. Il était difficile pour moi de comprendre ses désirs. »

La transmission de l'information s'avère aussi un élément plus compliqué que prévu. Puisque les participantes ne connaissent pas le rôle de chacun des membres de l'équipe de soins qui, en plus, sont tous surchargés de travail, elles mentionnent ne pas toujours savoir à qui transmettre l'information, quoi reconnaître et prioriser ce qui doit être transmis, ni à quel moment.

FACTEURS DE LA TRANSITION

En vue de mettre en œuvre des changements pour diminuer le choc de transition des étudiantes PAB, il a fallu identifier les facteurs influençant leur transition. Ils ont été regroupés en deux catégories : les facteurs facilitants et les facteurs entravants (Schumacher, Jones et Meleis, 1999) (**Encadré 1**).

SOUTENIR LA TRANSITION

De l'ensemble des données recueillies, des actions ont été mises en place dans le but de faciliter la transition et l'intégration professionnelle des étudiantes PAB. Chacune de ces actions a fait l'objet de rétroactions lors des entrevues de groupe subséquentes à leur implantation (**Tableau 2**).

L'AVENIR

L'analyse des données recueillies dans le cadre de ce projet a permis aux membres de l'équipe de l'intégration et du soutien clinique de poursuivre leur réflexion quant à l'amélioration et au développement du programme d'intégration des préposées aux bénéficiaires.

Dans un esprit de partenariat, des échanges ont eu lieu avec l'Université Laval afin de partager les résultats de ce projet et de discuter du rôle, des responsabilités et des tâches attendus par les PAB. Sur la base de ces résultats et des commentaires recueillis par les étudiantes, la Faculté des sciences infirmières a mis de l'avant différentes stratégies

Encadré 1
FACTEURS FACILITANTS ET ENTRAVANTS

FACTEURS FACILITANTS

- Formation avec PAB d'expérience
- Programme d'intégration (formation et jumelage)
- Soutien des membres des équipes de soins lors de situations complexes ou nouvelles
- Période d'échange ou de verbalisation sur leur expérience
- Sentiment d'utilité sociale (faire la différence)
- Prise de conscience de la progression de leurs compétences
- Exposition à des cas cliniques réels

FACTEURS ENTRAVANTS

- Attentes parfois démesurées des équipes
- Disponibilités requises sur plusieurs quarts
- Absence d'horaire préétabli
- Manque de connaissances (rôle, responsabilité, clientèle)
- Préparation préalable insuffisante
- Accueil et socialisation parfois difficile
- Outils de travail non à jour

pour mieux consolider la préparation des participantes à œuvrer comme PAB dans des milieux de soins secondaires et tertiaires comme ceux des hôpitaux du CHU de Québec–UL. Comme le souligne Boychuk Duchscher (2008), l'effet de surprise d'un rôle professionnel est un facteur significatif dans l'expérience du choc de transition.

Lors de l'intégration des nouvelles PAB, les diverses clientèles de l'organisation et leurs besoins spécifiques sont maintenant présentés dans le cadre du programme de formation. Le fonctionnement global des différentes unités de soins est aussi abordé au cours d'une journée de formation avec PAB d'expérience. En outre, une journée de formation intitulée Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) est maintenant donnée à l'ensemble des nouvelles PAB, de façon à mieux les outiller dans leur travail.

À la lumière de nos résultats, l'équipe de l'intégration et du soutien clinique du personnel infirmier a également mis en place une activité sociale de reconnaissance pour tout le nouveau personnel infirmier, y compris les étudiantes PAB. Cette activité leur a permis de socialiser ainsi que de normaliser et de partager leur expérience avec leurs autres collègues débutantes dans un contexte convivial.

formation continue



Lisez l'article-questionnaire

Dépression en période périnatale : du dépistage au traitement

2-ACFA

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

Visitez
oiiq.org/formation/articles-questionnaires

Tableau 2
RÉSUMÉ DES ACTIONS IMPLANTÉES

ACTION/STRATÉGIE	RÉSULTATS	DÉCISION
Visionnement de modules d'auto-apprentissage en ligne sur l'AAPA.	Les modules ciblés ne correspondent pas totalement aux besoins, leur contenu n'étant pas spécifique au travail d'une PAB.	Arrêt du visionnement.
Lecture des chapitres 4, 9, 20, 25 et 27 du livre *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie* (Voyer, 2013), principalement ceux en lien avec les troubles cognitifs et comportementaux.	Les lectures se sont avérées aidantes pour réaliser le travail quotidien en proposant des solutions concrètes et applicables.	Maintien des lectures préparatoires dans le cadre du programme d'intégration des PAB.
Soutien clinique sur l'unité offert par les membres de l'équipe de l'intégration et du soutien clinique de la DSI.	Le soutien offert, particulièrement pendant les quarts de soir ou de nuit, alors que le nombre des équipes de travail est réduit, a facilité les discussions et l'expression des sentiments lors de situations nouvelles ou complexes.	Poursuivre les visites par les membres de l'équipe de l'intégration pendant les divers quarts de travail.



CONCLUSION

Le développement des compétences s'effectue en cinq stades (Benner, 1984). Au tout début, l'infirmière a de la difficulté à établir les priorités de soins, à intégrer ses connaissances théoriques dans sa pratique et à développer une vision globale des situations de soins.

Bien que le rôle de PAB diffère de celui d'une infirmière, nous croyons que plusieurs apprentissages se transposent. On pense à ceux qui consistent à établir une relation thérapeutique adaptée à la clientèle, à planifier ses tâches, à organiser et à prioriser les soins, à travailler en équipe, à collaborer de même qu'à contribuer à la continuité des soins.

Nous croyons qu'en effectuant ces apprentissages à cette étape de leur parcours professionnel, les étudiantes PAB seront mieux outillées à leur arrivée sur le marché du travail à titre de candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI).

Les résultats de ce projet permettront aux établissements de santé d'accueillir et de soutenir ces étudiantes infirmières dès le début de leur parcours au sein du réseau. Les apprentissages et les compétences qu'elles acquerront comme PAB contribueront à leur développement à titre de futures infirmières, gage d'un investissement fort profitable pour l'avenir. ●

LES AUTEURES

MICHÈLE GEMME
Inf., M. Sc.

Chef de service pour le secteur de l'intégration et du soutien clinique du personnel infirmier à la DSI du CHU de Québec–Université Laval. Au moment de ce projet, elle était conseillère en soins infirmiers, secteur de l'intégration et du soutien clinique du personnel infirmier à l'Hôpital du Saint-Sacrement du CHU de Québec–Université Laval.

STÉPHANIE CARRIER
Inf., M. Sc., M. Sc. A.

Chef de service aux projets spéciaux à la DSI du CHU de Québec–Université Laval. Elle était chef de service à l'intégration et au soutien clinique du personnel infirmier au moment de ce projet.

AUDREY LAJEUNESSE
Inf., B. Sc.

Chef d'unité de chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Québec. Elle était conseillère en soins infirmiers pour le secteur de l'intégration et du soutien clinique du personnel infirmier à l'Hôtel-Dieu de Québec au moment de ce projet.

RÉFÉRENCES

Advisory Board (AB). (2008). «Bridging the practice-preparation gap, Volume II». Washington, DC: AB.

Benner, P. (1984). «From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice», Menlo Park, CA: Addison-Wesley.

Boychuk Duchscher, J. (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://pdfs.semanticscholar.org/74fb/c210ac7f22014e8d2d0ff34619ebb4b1880f.pdf?_ga=2.143374005.1655702636.1572207617-2069857671.1571426395

Boychuk Duchscher, J. (2009). «Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated Registered Nurse». Journal of Advanced Nursing, 65(5), 1103-1113. Repéré à https://www.academia.edu/1021651/Transition_shock_the_initial_stage_of_role_adaptation_for_newly_graduated Registered_Nurses

Delaney, C. (2003). «Walking a fine line: Graduate nurses' transition experiences during orientation». Journal of Nursing Education, 42(10), 437-443.

Gauvin-Lepage, J., Lefebvre, H. et Malo, D. (2016). «L'approche collaborative de recherche». Perspective infirmière, 13(2), 42-44.

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

MacLeod, M. L. et Zimmer, L. V. (2005). «Rethinking emancipation and empowerment in action research: Lessons from small rural hospitals». Canadian Journal of Nursing Research, 37(1), 68-84.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messias, D. K. H. et Schumacher, K. (2000). «Experiencing transitions: An emerging middle-range theory». Advances in Nursing Science, 23(1), 12-28.

Munn-Giddings, C., McVicar, A. et Smith, L. (2010). «Revue systématique de la compréhension et de la structure de la recherche-action dans la recherche en soins infirmiers publiée, 2000-2005». Recherche en soins infirmiers, 1(100), 124-133.

Race, T. K. et Skees, J. (2010). «Changing tides: Improving outcomes through mentorship on all levels of nursing». Critical Care Nursing Quarterly, 33(2), 163-174.

Stringer, E. et Genat, W. J. (2004). «Action research in health». NJ: Merrill Prentice Hall.

Schumacher, K. L., Jones, P. S. et Meleis, A. I. (1999). «Helping elderly persons in transition: A framework for research and practice». Dans E. A. Swanson et T. Tripp-Reimer (dir.), Life transitions in the older adult: Issues for nurses and other health professionals (p. 1-26). New York: Springer.

Université Laval. (2016). «SIN 1314 – Alternance travail-études [Baccalauréat en sciences infirmières (formation initiale)]». Repéré à https://www2.ulaval.ca/les-etudes/cours/repertoire/detailsCours/sin-1314-alternance-travail-etudes-i.html#renseignements

Voyer, P. (dir.) (2013). «Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie» (2e éd.). Saint-Laurent, QC: Pearson–ERPI.

Tout simplement brillant

Faites le saut vers le système Accu-Chek® Guide pour faciliter la gestion du diabète de vos patients



97 % des patients trouvent que le système Accu-Chek Guide est très facile à utiliser[1]



Plus facile pour vos patients de retirer une bandelette à la fois



La surface d'application la plus large* sur le marché



Accu-Chek Guide respecte et dépasse les normes ISO²

accu-chek.ca

* Parmi les principaux fabricants de l'industrie. Données disponibles.
Références : 1. Harvey C *et al.* Usability Evaluation of a Blood Glucose Monitoring System with a Spill-Resistant Vial, Easier Strip Handling, and Connectivity to a Mobile App: Improvement of Patient Convenience and Satisfaction. *J Diabetes Sci Technol.* 2016;10(5):1136–1141. **2.** Brazg RL *et al.* New Generation Blood Glucose Monitoring System Exceeds International Accuracy Standards. *J Diabetes Sci Technol.* 2016;10(6):1414–1415.

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK GUIDE, SMARTPACK et mySugr sont des marques de commerce de Roche.
© 2020 Roche Soins du diabète. CA-721

Roche

ACCU-CHEK®



© Shutterstock / New Africa

Optimiser le traitement pharmacologique de la clientèle âgée atteinte de diabète

Le Québec est une société vieillissante. Dans 10 ans, un Québécois sur quatre sera âgé de 65 ans et plus. Dans 40 ans, une personne sur 10 aura plus de 80 ans (Institut de la statistique du Québec, 2014). Ce vieillissement occasionne l'émergence d'une panoplie de maladies chroniques où le diabète figure parmi les plus fréquentes. Près du quart de la population aînée québécoise souffre en effet de cette maladie (Plante, Sirois, Larocque et Simard, 2015), et cette proportion ne devrait que s'accroître avec les années. L'impact du diabète sur le système de santé est donc considérable.

par **MARIE-EVE GAGNON, inf., M. Sc., et CAROLINE SIROIS, B. Pharm., Ph. D.**

Une prise en charge optimale reposant sur de saines habitudes alimentaires et l'activité physique se révèle essentielle afin de réduire les conséquences du diabète (Diabète Canada, 2018). Quant aux traitements pharmacologiques, ils constituent une avenue presque indispensable pour la plupart des personnes diabétiques. Non seulement on souhaite traiter l'hyperglycémie à l'aide d'agents antidiabétiques oraux ou de l'insuline, mais la prévention et le traitement des facteurs de risque cardiovasculaires revêtent une grande importance en vue de réduire l'impact associé aux comorbidités cardiométaboliques.

Le fardeau de la médication peut ainsi devenir lourd pour les aînés atteints de diabète. Comme ils présentent en outre cinq autres comorbidités en moyenne (Hovstadius et Petersson, 2012), il va sans dire que le nombre de médicaments qu'ils doivent prendre peut devenir important. Notre récente étude démontre que les Québécois atteints de diabète qui étaient âgés entre 66 et 75 ans en 2014-2015 consommaient en moyenne 11,8 (± 6,7) médicaments différents par année (Gagnon, Sirois et Simard, 2019a).

Par l'étendue de son champ d'exercice et les activités professionnelles qui lui sont réservées, l'infirmière est en mesure d'apporter une contribution significative dans l'optimisation du traitement pharmacologique de la personne âgée atteinte de diabète. L'approche essentielle pour atteindre ce but se compose de deux parties : 1) assurer une combinaison de traitements du diabète; et 2) réduire l'utilisation des médicaments potentiellement inappropriés.

LA COMBINAISON DE TRAITEMENTS DU DIABÈTE

Les lignes directrices de pratique clinique pour la prévention et le traitement du diabète au Canada permettent d'établir les normes qui guident le choix des thérapies chez les personnes âgées atteintes de diabète (Diabète Canada, 2018). En tout premier lieu, le patient appliquera les recommandations concernant des changements à ses habitudes de vie (alimentation, activité physique, cessation tabagique, et atteinte ou maintien d'un poids santé pour contrôler la glycémie et prévenir les maladies cardiaques associées au diabète). Si les cibles de traitement ne sont pas atteintes après deux à trois mois, une pharmacothérapie sera alors instaurée. Évidemment, les caractéristiques personnelles des patients, comme leur autonomie fonctionnelle et leur espérance de vie, moduleront le choix des médicaments.

Le **Tableau 1** résume les principales classes de médicaments qui devraient figurer dans une combinaison de traitements du diabète ainsi que les raisons qui sous-tendent ces choix. Globalement, une personne âgée atteinte de diabète dont l'espérance de vie dépasse 10 ans pourrait bénéficier de quatre types de médicaments :

Tableau 1
LES CONSTITUANTS DE LA COMBINAISON DE TRAITEMENTS DU DIABÈTE CHEZ LES PERSONNES ÂGÉES SELON LES LIGNES DIRECTRICES DE PRATIQUE CLINIQUE DE DIABÈTE CANADA, 2018

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	INDICATION
Agent antidiabétique	Si HbA1c ≥ 7,1 lorsque les cibles glycémiques ne sont pas atteintes après deux à trois mois de modifications des habitudes de vie
Antihypertenseur (IECA ou ARA)	Protection pour tout individu en présence de cardiopathie ischémique, maladie artérielle périphérique, maladie vasculaire cérébrale ou carotidienne, rétinopathie, néphropathie ou neuropathie et pour les individus âgés de 55 ans ou plus avec facteurs de risque cardiovasculaire
Hypolipémiant (statines)	Protection cardiovasculaire pour les individus de 40 ans et plus
Antiplaquettaire	À éviter en prévention primaire, peut être instauré en prévention secondaire

Légende : HBA1c : hémoglobine glyquée; IECA : inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine; ARA : antagoniste de la rénine-angiotensine

un agent antidiabétique, une thérapie antihypertensive, un traitement hypolipémiant et un antiplaquettaire.

On introduira d'abord un premier agent antidiabétique, la metformine, pour atteindre les cibles glycémiques. D'autres agents antidiabétiques pourraient être ajoutés au besoin selon la condition clinique du patient. La thérapie antihypertensive, à l'aide d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine ou d'un antagoniste des récepteurs de l'angiotensine, visera une tension artérielle inférieure à 130/80 mmHg. Un agent hypolipémiant (statines) sera également ajouté à la thérapie et ajusté pour viser une valeur de C-LDL inférieure à 2 mmol/L. Quant aux antiplaquettaires, les plus utilisés sont l'acide acétylsalicylique (AAS) et le clopidrogrel. On en limitera toutefois l'usage à la prévention secondaire d'un événement cardiovasculaire.

Nous avons mené une étude de cohorte populationnelle auprès de personnes atteintes de diabète âgées entre 66 et 75 ans en 2014-2015. Notre objectif était de découvrir quelle proportion d'entre elles recevait une combinaison de traitements composée d'au moins un antidiabétique, un antihypertenseur et un hypolipémiant au cours de cette année-là. Grâce aux données du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) (Blais et al., 2014) géré par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), nous avons pu étudier l'ensemble des individus couverts par le régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec (les données sur les médicaments des Autochtones, des personnes demeurant en CHSLD ou de celles disposant d'assurances privées ne sont pas comprises dans le SISMACQ).

Parmi les 146 710 individus inclus dans cette étude, 58,6 % avaient reçu la combinaison de traitements pendant la période 2014-2015. Cette proportion diminuait à 41,5% lorsque étaient ajoutés les antiplaquettaires dans la définition de la combinaison de traitements (Gagnon et al., 2019a).

Le nombre de personnes bénéficiant de la combinaison de traitements semble inférieur à ce qu'on s'attendrait et soulève évidemment des questions. En revanche, ce constat suggère que l'infirmière peut apporter une contribution importante afin d'optimiser la thérapie antidiabétique. Les facteurs de risque doivent être bien contrôlés afin de réduire la survenue d'événements cardiovasculaires. L'infirmière peut non seulement accompagner le patient lorsqu'il souhaite apporter des changements à ses habitudes de vie, mais également intervenir pour favoriser une utilisation optimale des thérapies médicamenteuses en fonction des critères cliniques, des volontés du patient, des risques de chaque thérapie médicamenteuse et des bénéfices attendus. Nous avons décidé de diriger nos analyses sur les personnes de 66 à 75 ans, étant donné que les résultats probants concernant les thérapies médicamenteuses prescrites aux personnes de grand âge sont beaucoup plus limités (Diabète Canada, 2018; Kirkman et al., 2012). Il est ainsi nécessaire de bien évaluer le ratio risque-bénéfice pour chaque thérapie médicamenteuse. Cette thérapie doit aussi respecter les volontés du patient.

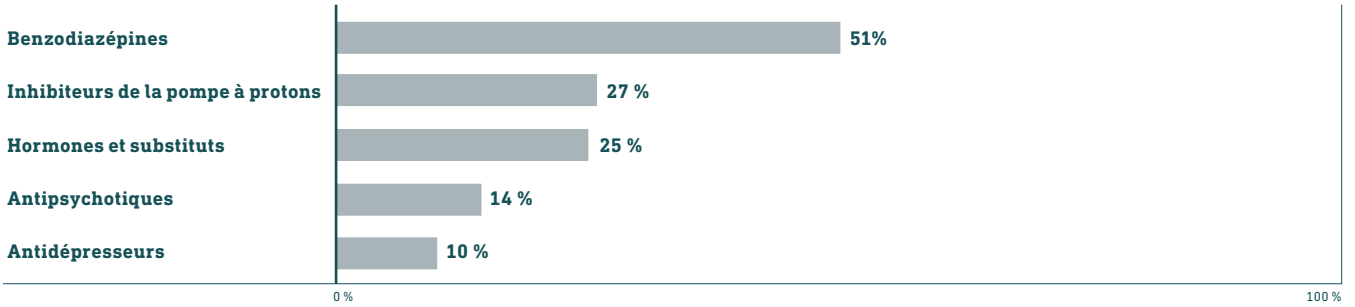
LES MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS (MPI)

Comme on le sait, les personnes âgées atteintes de diabète prennent de grandes quantités de médicaments. Nos analyses auprès des 286 962 aînés québécois atteints de diabète qui étaient âgés de 66 ans et plus en 2014-2015 révèlent qu'ils utilisaient en moyenne 12,6 (± 6,7) médicaments différents par année (Gagnon et al., 2019b). Or, le nombre de médicaments constitue le facteur de risque le plus important à prendre en considération lorsqu'il est question de MPI (Gagnon et al., 2019b; Morin, Laroche, Texier et Johnell, 2016).

Les MPI sont des médicaments qui ont peu de pertinence clinique parce qu'ils sont associés à des effets indésirables, sont peu efficaces ou peuvent être remplacés par des solutions plus sécuritaires pour les aînés (American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel [AGS], 2015). Il existe plusieurs listes consensuelles établies par des experts qui détaillent les médicaments à éviter. Les critères de Beers (AGS, 2015) sont largement utilisés au Québec

Les MPI sont des médicaments qui ont peu de pertinence clinique parce qu'ils sont associés à des effets indésirables, sont peu efficaces ou peuvent être remplacés par des solutions plus sécuritaires pour les aînés.

Figure 1
LES CINQ MÉDICAMENTS POTENTIELLEMENT INAPPROPRIÉS (MPI) LES PLUS UTILISÉS PAR LES INDIVIDUS ÂGÉS DE 66 ANS ET PLUS ATTEINTS DE DIABÈTE ET CONSOMMANT AU MOINS 1 MPI



et en Amérique du Nord, tandis que les critères STOPP-START (O'Mahony et al., 2015) sont employés notamment en Europe.

Nous avons évalué dans quelle mesure les aînés de 66 ans et plus atteints de diabète au Québec ont été exposés à au moins un MPI en 2014-2015. Pour ce faire, nous avons utilisé les critères de Beers, et plus précisément la liste des médicaments à éviter en tout temps. Nous avons adapté cette liste aux médicaments disponibles au Canada. Enfin, comme nous avons utilisé les données du SISMACQ afin de réaliser ces analyses, nous avons également adapté la liste de MPI aux conditions et caractéristiques des données médico-administratives. Nous avons ainsi constaté que plus de la moitié des aînés (56,1 %) ont consommé au moins un MPI en 2014-2015 (Gagnon et al., 2019b). La **Figure 1** présente les cinq principaux MPI et les proportions d'utilisateurs.

Les benzodiazépines représentent la classe de MPI la plus utilisée. Pourtant, ces médicaments augmentent les risques de démence, de delirium, de chutes et d'accidents de voiture chez les aînés (AGS, 2015). Ceux-ci sont plus sensibles aux effets de ces médicaments et ont plus de difficulté à les métaboliser et à les éliminer que les personnes plus jeunes (Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec [RUSHGQ], 2015). Quelques rares situations peuvent justifier la prescription de benzodiazépines à longue action – sevrage de benzodiazépines ou d'alcool, troubles anxieux généralisés sévères (AGS, 2015). Néanmoins, pour la vaste majorité des individus, le recours aux benzodiazépines est discutable et devrait être réévalué.

Les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) augmentent quant à eux les risques d'infection à *Clostridium difficile* et de fracture. Ils devraient être utilisés pour une courte période seulement (moins de huit semaines) ou encore chez les individus exposés à des risques élevés (œsophagite érosive, œsophagite de Barrett, hypersécrétion pathologique) ou lors d'un échec de la cessation du traitement (AGS, 2015). Une grande proportion des utilisateurs de notre étude se qualifierait probablement pour une déprescription de ces médicaments.

La classe des hormones et substituts comprend plusieurs médicaments, dont les deux plus fréquemment prescrits sont des agents antidiabétiques : le chlorpropamide et le glyburide. Ces agents augmentent les risques d'hypoglycémie sévère. Le chlorpropamide peut aussi induire le syndrome de sécrétion inappropriée d'hormone antidiurétique (SIADH) (AGS, 2015). Il est maintenant peu utilisé. Quant au glyburide, il demeure très employé dans la thérapie antidiabétique malgré les risques d'hypoglycémie qui surpassent les bénéfices potentiels de cette molécule, compte tenu des solutions de rechange possibles.

Les antipsychotiques de première et de seconde générations ne devraient pas être prescrits aux aînés, à l'exception de ceux atteints de schizophrénie ou de troubles bipolaires, ou, en raison de leurs effets antiémétiques, de ceux recevant des traitements de chimiothérapie. Ils sont associés à des risques accrus d'accident vasculaire cérébral, de déclin cognitif et de mortalité chez les individus atteints de démence. C'est pourquoi ils ne devraient être utilisés qu'en dernier recours, c'est-à-dire lorsque l'intégrité physique (de l'individu ou d'autrui) est menacée (AGS, 2015). Plusieurs études ont démontré par ailleurs que les méthodes non pharmacologiques sont plus efficaces que la médication pour atténuer les troubles de comportement chez les aînés (Brodaty et Arasaratnam, 2012; Seitz et al., 2012). Aucun résultat probant ne justifie l'utilisation hors indication de ces produits (p. ex., comme somnifère).

Enfin, les antidépresseurs ciblés par les critères de Beers (amitriptyline, amoxapine, clomipramine, désipramine, doxépine, imipramine, nortriptyline, paroxétine, trimipramine) occasionnent de la sédation, par leurs effets anticholinergiques, ainsi que de l'hypotension orthostatique (AGS, 2015). D'autres choix pharmacologiques à la disposition des prescripteurs pour le traitement de la dépression n'entraînent ni l'un ni l'autre (p. ex., ISRS autres que la paroxétine). Pour le traitement de l'insomnie, il existe peu de solutions pharmacologiques efficaces et sécuritaires. En revanche, les mesures non pharmacologiques, comme la thérapie cognitivo-comportementale, entraînent des bénéfices.

Il existe une occasion importante à saisir pour l'infirmière afin de contribuer à la réduction de la consommation de ces MPI. En matière de pharmacovigilance, elle joue un rôle déterminant en première ligne auprès de la clientèle âgée, en interdisciplinarité avec les médecins et les pharmaciens, entre autres, ainsi qu'avec la collaboration des patients.

PRESCRIRE ET « DÉPRESCRIRE » : LES RÔLES INFIRMIERS AUPRÈS DES AÎNÉS ATTEINTS DE DIABÈTE

En raison de leur nombre, les infirmières disposent d'un avantage auprès des patients : elles sont disponibles. Elles contribuent à l'usage optimal des médicaments en assumant pleinement les responsabilités découlant de leurs activités réservées. En effet, tout au long du processus de prescription-déprescription, elles mettent en pratique les activités liées à la pharmacovigilance :

- Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique.
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques, y compris le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier.
- Assurer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes.
- Administrer et ajuster des médicaments ou d'autres substances lorsqu'elles font l'objet d'une ordonnance.

Ces activités réservées amènent l'infirmière à anticiper, à prévenir, à déceler et à documenter les événements indésirables (Durand, Brodeur, Gagnon, Maillé et St-Onge, 2011).

L'étape préalable à l'amorce d'un processus d'optimisation chez les patients âgés atteints de diabète est de connaître les lignes directrices de pratique clinique du diabète et certaines listes de MPI.

Même si les occasions de passer en revue le profil pharmacologique sont multiples, il est possible de privilégier des moments clés, comme les transitions (entrée à l'hôpital, sortie de l'hôpital, changements de l'état de santé, etc.). La réévaluation devrait être effectuée au moins annuellement. Tous les lieux de pratique (départements d'hôpital, CLSC, GMF, UMF, pratique privée) sont propices à l'optimisation du traitement pharmacologique à différents degrés.

L'étape préalable à l'amorce d'un processus d'optimisation chez les patients âgés atteints de diabète est de connaître les lignes directrices de pratique clinique du diabète et certaines listes de MPI. Bien que ces listes diffèrent entre elles, elles ont néanmoins plusieurs similitudes. Il importe pour l'infirmière de s'approprier celle qui est généralement utilisée dans son milieu de pratique ou encore, qui est la mieux adaptée au milieu de soins. L'intégration de ces connaissances dans sa pratique lui permettra d'exercer son jugement clinique avec confiance.

Lorsque des MPI semblent devoir être cessés pour le bien du patient, le processus de déprescription doit se faire progressivement; il exige du temps. Il nécessite aussi de la collaboration interprofessionnelle, de même que la collaboration, incontournable, du patient et de son entourage (RUSHGQ, 2015; Sirois et Ouellet, 2018). Pour assurer la réussite des interventions de déprescription, il est nécessaire de connaître le patient (son état clinique, ses désirs, ses objectifs de traitement, etc.). Un lien de confiance privilégié avec lui favorisera la connaissance d'éléments essentiels : son adhésion au traitement, son usage réel des médicaments (p. ex., il dit utiliser les médicaments antidouleur prescrits au conjoint, ou retirer certains médicaments du pilulier), le nombre de prescripteurs qu'il consulte, ainsi que les pharmacies de quartier fréquentées (RUSHGQ, 2015).

En général, cette cueillette d'information s'effectue à la première visite au domicile du patient et sera suivie de plusieurs autres étapes. Le processus n'en est qu'au début. Des questions doivent être posées, entre autres, sur l'utilité et la pertinence de chaque médicament, ainsi que sur l'existence de solutions de rechange plus appropriées (RUSHGQ, 2015). La simple identification d'un MPI ou d'une omission potentielle de prescription, tout comme la mise en œuvre de démarches en vue d'un changement, peuvent représenter un gain considérable en qualité de vie pour le patient (Kwan et Farrell, 2013).








VIGI santé

15 CENTRES D'HÉBERGEMENT (CHSLD) PRIVÉS CONVENTIONNÉS

Mêmes conditions de travail et salaires que ceux du RSSS

CADRE SUPÉRIEUR DU RSSS

CADRE INTERMÉDIAIRE DU RSSS

ASSISTANT(E) DU SUPÉRIEUR IMMÉDIAT

INFIRMIER (ÈRE) CHEF D'ÉQUIPE

CANDIDAT(E) À L'EXERCICE DE LA PROFESSION INFIRMIER (ÈRE)

L'humain au coeur de notre agir. WWW.VIGISANTE.COM

CONCLUSION

Optimiser le traitement pharmacologique des aînés atteints de diabète est essentiel étant donné le nombre élevé de médicaments qu'ils consomment et les comorbidités associées. Tant le traitement pharmacologique du diabète selon les lignes directrices de pratique clinique que l'usage des MPI sont des éléments importants à examiner. Bien entendu, l'infirmière contribue aux processus de prescription et de déprescription dans un contexte de collaboration interprofessionnelle auquel prend part le patient. Plusieurs ressources sont à sa disposition pour effectuer ses activités de pharmacovigilance auprès de cette clientèle à risque.

L'usage approprié des médicaments et la déprescription de MPI sont des enjeux qui dépassent le seul cadre pharmacologique. L'infirmière peut apporter une contribution fondamentale à cet égard en raison de sa position privilégiée auprès du patient, des autres prescripteurs et des autres professionnels de la santé. En assumant pleinement ce rôle, l'infirmière intervient en vue d'obtenir des bienfaits notables tant du point de vue du patient que dans une perspective de santé publique. ●

OUTILS BILINGUES SUR LA PRESCRIPTION ET LA DÉPRESCRIPTION

On trouve en ligne plusieurs outils bilingues visant à faciliter la prescription appropriée et la déprescription. Le site **medstopper.com** fournit une grille dans laquelle il suffit d'indiquer les médicaments utilisés par le patient ainsi que leur indication; l'analyse permet de déterminer quels produits devraient faire l'objet d'une déprescription en priorité et pourquoi. Le site **deprescribing.org** offre des guides facilitant la déprescription de quatre classes de MPI : benzodiazépines, antipsychotiques, IPP et antidiabétiques. Il contient aussi certains outils pour les patients. Enfin, le site **choisiravecsoin.org** fait état de plusieurs recommandations pour les professionnels de la santé au chapitre de ce qui constitue un traitement approprié et sécuritaire. Chaque recommandation est appuyée par des résultats probants. Il propose aussi de la documentation à l'intention des patients, visant à réduire le nombre de traitements inutiles.

LES AUTEURES

MARIE-EVE GAGNON
Inf., M. Sc.
Étudiante au doctorat en épidémiologie à l'Université Laval.

CAROLINE SIROIS
B. Pharm., Ph. D.
Professeure au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval. Chercheure au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec.

SOURCES DE FINANCEMENT

Marie-Eve Gagnon a reçu une bourse de formation pour les détenteurs d'un diplôme professionnel du Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQS) en partenariat avec l'Unité Soutien de la Stratégie de recherche axée sur le patient (SRAP) et des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC).

Caroline Sirois reçoit une bourse salariale Junior 1 du FRQS.



RÉFÉRENCES

American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel (AGS). (2015). «American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for potentially inappropriate medication use in older adults». Journal of the American Geriatrics Society, 63(11), 2227-2246. Repéré à https://doi.org/10.1111/jgs.13702

Blais, C., Jean, S., Sirois, C., Rochette, L., Plante, C., Larocque, I., ... Émond, V. (2014). «Le système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), une approche novatrice». Maladies chroniques et blessures au Canada, 34(4), 247-256.

Brodaty, H. et Arasaratnam, C. (2012). «Meta-analysis of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia». American Journal of Psychiatry, 169(9), 946-953. Repéré à https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11101529

Diabète Canada. (2018). «Diabetes Canada 2018 Clinical practice guidelines for the prevention and management of diabetes in Canada». Canadian Journal of Diabetes, 42(suppl. 1), S1-S325. Repéré à http://guidelines.diabetes.ca/cpg

Durand, S., Brodeur, J., Gagnon, N., Maillé, L. et St-Onge, J. (2011). «VIP – Vigilance infirmière en pharmacothérapie. Guide d'évaluation et de surveillance clinique des effets des médicaments». Westmount, QC: Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).

Gagnon, M. E., Sirois, C. et Simard, M. et Plante C. (2019a – sous presse). «Polypharmacy and pharmacological profile of diabetes in older individuals: a population-based study in Quebec, Canada».

Gagnon, M. E., Sirois, C. et Simard, M. et Roux B. (2019b – à paraître). « Potentially inappropriate medications in older individuals with diabetes: a population-based study in Quebec, Canada ».

Hovstadius, B. et Petersson, G. (2012). «Factors leading to excessive polypharmacy». Clinics in Geriatric Medicine, 28(2), 159-172. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.cger.2012.01.001

Institut de la statistique du Québec. (2014). «Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2011-2061». Québec: ISQ. Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2011-2061.pdf

Kirkman, M. S., Briscoe, V. J., Clark, N., Florez, H., Haas, L. B., Halter, J. B., ... Swift, C. S. (2012). «Diabetes in older adults: Consensus report». Journal of the American Geriatrics Society, 60(12), 2342-2356. Repéré à https://doi.org/10.1111/jgs.12035

Kwan, D. et Farrell, B. (2013). «Polypharmacy: Optimizing medication use in elderly patients». Pharmacy Practice, 4(1), 20-25.

Morin, L., Laroche, M.-L., Texier, G. et Johnell, K. (2016). «Prevalence of potentially inappropriate medication use in older adults living in nursing homes: A systematic review». Journal of the American Medical Directors Association, 17(9), 862.e1-862.e9. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.06.011

O'Mahony, D., O'Sullivan, D., Byrne, S., O'Connor, M. N., Ryan, C. et Gallagher, P. (2015). «STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: Version 2». Age and Ageing, 44(2), 213-218.

Plante, C., Sirois, C., Larocque, I. et Simard, M. (2015). «Utilisation des médicaments antidiabétiques et cardioprotecteurs chez les aînés diabétiques au Québec en 2011-2012». Québec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2029_medicaments_antidiabetiques_cardioprotecteurs_aines.pdf

Regroupement des Unités de courte durée gériatriques et des services hospitaliers de gériatrie du Québec (RUSHGQ). (2015). «Guide de gestion médicamenteuse en UCDG». 134 p. Repéré à http://www.rqrv.com/fr/document/guide_gestion_medicamenteuse.pdf

Seitz, D. P., Brisbin, S., Herrmann, N., Rapoport, M. J., Wilson, K., Gill, S. S., ... Conn, D. (2012). «Efficacy and feasibility of nonpharmacological interventions for neuropsychiatric symptoms of dementia in long term care: A systematic review». Journal of the American Medical Directors Association, 13(6), 503-506.e2. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.jamda.2011.12.059

Sirois, C. et Ouellet, N. (2018). «La déprescription chez les aînés et le rôle des infirmières pour tendre vers des polymédications appropriées, une revue narrative de la littérature». Revue francophone internationale de recherche infirmière, 4(1), 20-29. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.refiri.2017.12.001

Tout simplement brillant

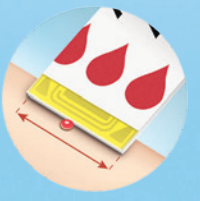
Faites le saut vers le système Accu-Chek® Guide pour faciliter la gestion du diabète de vos patients



97 % des patients trouvent que le système Accu-Chek Guide est très facile à utiliser[1]



Plus facile pour vos patients de retirer une bandelette à la fois



La surface d'application la plus large* sur le marché



Accu-Chek Guide respecte et dépasse les normes ISO[2]

accu-chek.ca

* Parmi les principaux fabricants de l'industrie. Données disponibles.

Références : 1. Harvey C *et al.* Usability Evaluation of a Blood Glucose Monitoring System with a Spill-Resistant Vial, Easier Strip Handling, and Connectivity to a Mobile App: Improvement of Patient Convenience and Satisfaction. *J Diabetes Sci Technol.* 2016;10(5):1136–1141. **2.** Brazg RL *et al.* New Generation Blood Glucose Monitoring System Exceeds International Accuracy Standards. *J Diabetes Sci Technol.* 2016;10(6):1414–1415.

ACCU-CHEK, ACCU-CHEK GUIDE, SMARTPACK et MYSUGR sont des marques de commerce de Roche.
© 2020 Roche Soins du diabète. CA-721

Roche

ACCU-CHEK®

Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

Réalisez votre plein potentiel infirmier dans le Grand Nord !

Vous êtes en quête de changement, de vivre une aventure extraordinaire en plus d'acquérir une expérience précieuse ? Le Nunavik est fait pour vous. En rejoignant le Centre de santé Inuulitsivik, vous pouvez enfin occuper votre champ de pratique complet et avoir une influence réelle sur la santé d'une communauté, tout en profitant des avantages de la vie dans une région éloignée, entre nature et partage.



Témoignages

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.

Cette expérience vous transformera comme professionnel et comme être humain à jamais. L'acquisition des savoirs est exponentielle tant les défis sont variés.
Olivier Godin inf.

Êtes-vous admissible à un congé nordique?

Nous recherchons des infirmier(ère)s.

Temps plein disponible | Unité de soins, rôle élargi, liaison | MAD, santé publique, ITSS, TB

AVANTAGES

- Bonification de votre salaire par l'ajout de primes nordiques
- Une pratique diversifiée et complète
- 3 à 4 sorties annuelles selon le statut
- Formation continue et rôle élargi disponibles
- Renouer avec la nature car de nombreuses possibilités d'activités de plein air
- Transport et logement meublé fournis

EXIGENCES

Être membre en règle de l'OIIQ / Bilinguisme essentiel (parlé et écrit) / 2 ans d'expérience diversifiée (urgence, soins intensifs, soutien à domicile, chirurgie, santé mentale, santé communautaire, pédiatrie et CLSC, santé publique, ITSS, TB) / Capacité d'adaptation et autonomie / Capacité de vivre en région éloignée et isolée / Flexibilité / Bonne gestion du stress, respect de la diversité culturelle / Expérience de travail en région éloignée, un atout / Formation reconnue sur le rôle élargi, un atout.

CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK
Christiane Alary, agente de gestion du personnel
christiane.alary.csi@ssss.gouv.qc.ca

www.inuulitsivik.ca



© Stocksy / Sally Anscombe

PÉDIATRIE

Le développement cognitif, un écho du potentiel de l'enfant

Les indices associés au développement cognitif chez l'enfant s'avèrent particulièrement difficiles à observer. L'infirmière accompagnant le jeune enfant et sa famille a avantage à comprendre les principaux jalons du développement cognitif afin, d'une part, de soutenir les parents dans la stimulation de leur enfant et, d'autre part, afin de pouvoir signaler, le cas échéant, certaines difficultés justifiant l'expertise d'un professionnel spécialisé.

par **FRANCINE LUSSIER, Ph. D. psychologue/neuropsychologue, ANNIE STIPANICIC, Ph. D. psychologue/neuropsychologue, et PATRICIA GERMAIN, inf., Ph. D.**

L'évaluation du développement cognitif de l'enfant fait partie du champ d'exercice infirmier, puisque l'une des activités réservées de l'infirmière consiste à « évaluer un enfant qui n'est pas encore admissible à l'éducation préscolaire et qui présente des indices de retard de développement ». Le développement cognitif, ou la cognition, permet à l'enfant de décoder et de comprendre et d'interagir avec le monde dans lequel il évolue. Il s'agit entre autres de la perception, de la mémoire, de l'attention, du langage, de la pensée, de la résolution de problèmes, etc. Dans le quotidien, à travers les activités de l'enfant, il est possible pour un observateur averti de relever un certain nombre d'indices témoignant de l'intégrité des fonctions dites « de haut niveau », c'est-à-dire cet ensemble d'habiletés cognitives permettant à un individu, peu importe son âge, d'ajuster ses comportements aux exigences de son environnement tout en tenant compte de ses désirs.

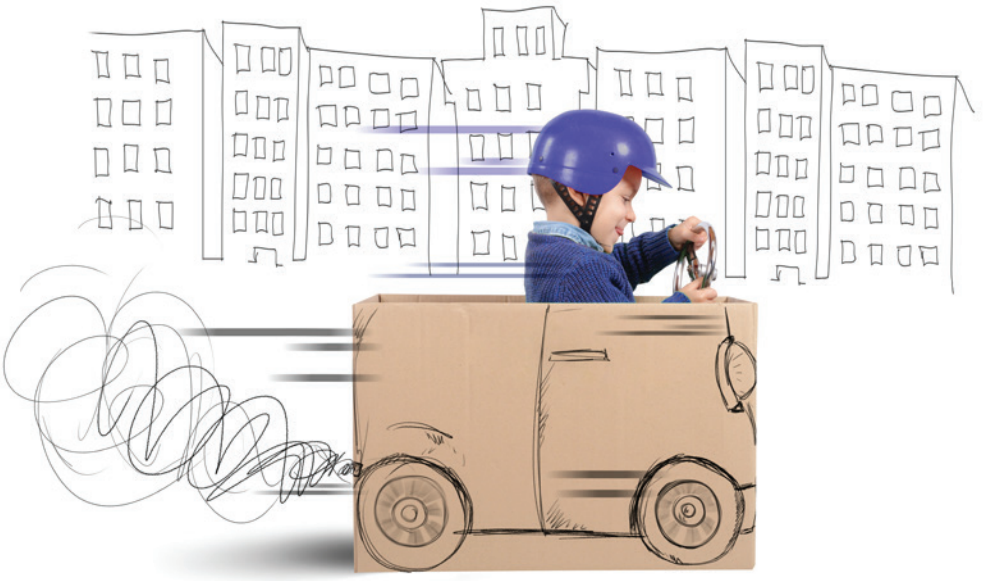
La compréhension du développement des processus cognitifs s'est grandement améliorée depuis les premières investigations de Piaget (2003), l'un des piliers de la psychologie développementale. Si, en 1970, Fitzhugh Dodson pouvait écrire *Tout se joue avant 6 ans*, il est maintenant établi que le développement cognitif se poursuit même après l'adolescence, surtout en ce qui concerne le contrôle de la pensée, des émotions et des actions. En revanche, il est vrai que le développement des fonctions cognitives est accéléré durant la petite enfance et se poursuit progressivement jusqu'à l'âge adulte.

Nous aborderons ici plus spécialement le développement chez les jeunes enfants en portant une attention particulière à certaines habiletés cognitives : le jeu symbolique (en raison de son importance dans le développement des fonctions cognitives et affectives), les fonctions exécutives (FE) et la métacognition (à cause de leur incidence sur les apprentissages et l'adoption de comportements appropriés) et, enfin, la théorie de l'esprit qui, avec les fonctions exécutives et le jeu symbolique, tiennent un rôle crucial dans les relations interpersonnelles.

LE JEU SYMBOLIQUE

C'est autour de l'âge de deux ans que l'enfant commence à développer la pensée symbolique. Cette étape fait référence au stade préopératoire de Piaget. Progressivement et parallèlement au développement du langage, le jeune enfant parvient à générer des représentations mentales de son univers (Papalia et Martorell, 2018). Conscient de l'existence des objets même en leur absence, il arrive à les conceptualiser, c'est-à-dire à maintenir leur trace dans sa tête. Un dessin, une illustration, un mot est maintenant porteur de sens (Ferland, 2018). L'enfant comprend aussi que le symbole représenté par un objet n'est pas nécessairement l'objet en tant que tel. Par exemple, un crayon de bois peut devenir un avion et un couvercle de casserole, un volant de voiture. L'enfant sait que des modifications superficielles comme un déguisement ne changent rien à la nature d'une personne significative pour lui. Sa grande sœur déguisée en princesse demeure sa grande sœur. En synchronie avec le développement du langage cette conceptualisation des objets l'amène à créer et à

Note au lecteur : Patricia Germain, professeure au Département des sciences infirmières de l'UQTR où elle donne le cours de pratique infirmière en pédiatrie, dirige cette série d'articles sur le développement de l'enfant, rédigée en collaboration avec divers experts issus des milieux de la santé et des sciences sociales. Cet article est le quatrième de cette série.



© Shutterstock / alphaspirit

nommer des classes de mots et des catégories d'objets. L'objet n'est plus un élément isolé, il appartient à une catégorie ou une famille d'objets qui portent un nom.

Un des comportements observables au quotidien chez l'enfant témoignant de l'atteinte de cette étape est le jeu symbolique. Aussi nommé « jeu de faire semblant », il est défini comme la combinaison d'une action réelle avec une intention imaginaire (McCune, 1981). S'appuyant sur les travaux de Fein (1975), McCune souligne qu'au cours de jeux symboliques, les activités ne sont pas menées dans un objectif réel et les objets ne sont pas utilisés pour leur fonction première. Plusieurs indices peuvent pister l'intervenant sur la présence de jeux de faire semblant par l'enfant :

- Les objets inanimés sont considérés par l'enfant comme animés (ex., prendre soin d'une poupée).
- Les activités quotidiennes sont menées en l'absence du matériel nécessaire (ex., boire dans une tasse vide).
- L'enfant imite des activités faites par d'autres (ex., téléphoner, cuisiner, etc.).
- Les actions ne sont pas conduites jusqu'au bout (ex., mettre un sac à son bras et ne pas sortir).
- Un objet est substitué à un autre (ex., un coquillage est utilisé comme un chat).

Selon le niveau de développement de l'enfant et au gré de son imagination, son jeu symbolique deviendra de plus en plus complexe. Le jeune enfant partira de sa personne et de sa réalité pour produire de courts scénarios isolés (faire semblant de dormir, boire à un verre, etc.) pour ensuite prêter vie à des objets inanimés, interagir avec eux dans le cadre de scénarios plus élaborés avec un début et une fin. Vers l'âge de quatre ans, l'enfant reproduit des événements plus rares et juxtapose plusieurs événements. À son entrée à l'école primaire, il parvient à créer des scénarios imaginaires contenant de multiples personnages et contextes qu'il dirige au gré de sa fantaisie. L'enfant n'est plus acteur, il devient alors réalisateur. Le jeu symbolique se classe en trois catégories selon son ordre d'apparition chez l'enfant : jeux de rôle (dînette, activités ménagères, déguisements), jeux de représentation (dessin, pâte à modeler, etc.) et jeux de mise en scène (Casal et Jacob, 2011).

Utilité du jeu symbolique

Le jeu symbolique est important dans le développement cognitif, affectif et social de l'enfant (Bouchard et Fréchette, 2008). En imitant, l'enfant pratique des scènes de son quotidien selon son propre point de vue, à son rythme et dans un environnement sécurisant. Il s'approprie des techniques en manipulant de petits objets, en réalisant des séquences et des routines comme faire semblant de laver la vaisselle, habiller le bébé et préparer une collation. Il peut aussi y développer sa pensée logique. L'enfant se dégage progressivement de la reproduction intégrale où il se place en tant qu'observateur, témoin des liens de causes à effets d'une situation, pour intégrer des variantes, réfléchir à d'autres façons de faire les choses et planifier des scénarios originaux.

Le jeu symbolique sert aussi d'espace où l'enfant peut apprivoiser et canaliser ses émotions les plus fortes (tristesse, colère, peur). On remarque souvent que l'enfant reproduit un rôle d'autorité (jouer au parent, au professeur, etc.) dans ses scénarios. Cette incarnation lui permet de prendre un recul, de mieux saisir la position de l'autre, de développer une certaine forme de contrôle sur les situations anxiogènes et d'apprivoiser des règles sociales (attendre son tour, ramasser ses vêtements, etc.). Le fait de jouer d'autres rôles que le sien permet de prendre conscience de l'existence de l'autre. Dès son plus jeune âge, le bébé qui reproduit spontanément le sourire de sa mère et répond au geste de *bye bye* ou aux applaudissements intègre ainsi des comportements sociaux. Plus tard, vers deux ans, il réactive volontairement ces comportements, ainsi que de nouveaux, en les ajustant de plus en plus finement aux situations jouées ou vécues. En outre, le fait de participer à un jeu commun (jeu coopératif) avec d'autres enfants ouvre la porte à nombre de situations où il a l'occasion d'apprendre et de tester la socialisation.

Favoriser le jeu symbolique

Pour jouer à faire semblant, l'enfant doit posséder la connaissance des objets et de leur fonction. D'abord, l'enfant doit être mis en contact avec toutes sortes d'objets et de contextes de son quotidien compatibles avec son âge. Il importe de saisir toutes les occasions pour placer l'enfant au centre de l'action de manière dynamique afin qu'il puisse observer et interagir avec nous.

Pour savoir si l'enfant est rendu à l'étape du jeu de faire semblant, Ferland (2018) propose aux adultes une activité intéressante : s'assoir près de l'enfant avec un livre d'images et simuler diverses actions inspirées des illustrations, comme manger la pomme représentée dans le livre, souffler sur la chandelle pour l'éteindre, etc. Il se peut alors que l'enfant vous regarde, étonné par votre comportement. Après quelques instants d'hésitation, son sourire devrait vous informer de sa compréhension. L'illustration de la chandelle représente donc un symbole de la réalité et on peut s'amuser à faire semblant que c'est vrai.

Laisser l'enfant explorer dans un contexte de jeux libres, lui fournir du matériel polyvalent (boîte de carton, pièces de tissu, bouts de laine, etc.) ou des déguisements et autres accessoires variés sont autant de manières de stimuler son imaginaire afin de l'amener à mettre en scène les représentations mentales qu'il s'est construites. Au besoin, l'adulte peut lancer une nouvelle idée pour relancer le jeu ou aider l'enfant à se sortir d'une impasse, ou lui offrir un accessoire spécifique qui encouragera l'élaboration de sa pensée en maintenant pleinement son attention sur le rôle qu'il incarne. L'adulte doit résister

Tableau 1
L'ÉVOLUTION DU JEU SUR LE PLAN COGNITIF ET SOCIAL

ÂGE	JEU
0-1 an	Jeu fonctionnel – solitaire
1-2 ans	Jeu de construction – parallèle
2-3 ans	Jeu symbolique – d'association
3-4 ans	Jeu symbolique – coopératif
5-6 ans	Jeu régi par des règles de compétition

Source : Boyd et Bee, 2017; Ferland, 2018.

à la tentation de prendre le contrôle du jeu. Le jeu de faire semblant est un espace où l'enfant apprend à se faire confiance, à développer ses idées, à se « trouver bon ». Avec le temps, les scénarios deviennent de plus en plus riches, laissant place à un imaginaire dont les enfants possèdent la clé (**Tableau 1**).

LES FONCTIONS EXÉCUTIVES (FE)

Les FE sont sollicitées dans toutes les activités de la vie quotidienne puisqu'elles sont stimulées chaque fois que les réflexes de l'individu ne suffisent pas à répondre aux exigences de l'environnement. Autrement dit, à partir du moment où il faut réfléchir, les FE s'activent. Quand celles-ci font défaut, on observe une inadaptation dans plusieurs domaines du fonctionnement de l'individu. Il est donc essentiel de comprendre en quoi elles consistent et comment il est possible d'aider l'enfant à les développer.

Définition et origine du concept

Comme leur nom le suggère, les FE permettent la mise en œuvre ou l'exécution d'une tâche. Elles sont responsables de l'efficacité avec laquelle les individus acquièrent des connaissances et résolvent les problèmes auxquels ils font face, surtout dans les situations nouvelles ou inhabituelles. On reconnaît aussi qu'elles joueraient un rôle dans les relations interpersonnelles et le fonctionnement social (Pineda-Alhucema, Aristizabal, Escudero-Cabarcas, Acosta-López et Vélez, 2018). Les FE sont impliquées dans l'autorégulation de la pensée, des actions et des émotions (Goldstein, Naglieri, Princiotta et Otero, 2014); elles sont nécessaires dans toutes les activités de la vie quotidienne afin de réguler les comportements dans toute situation cognitive, sociale et émotionnelle.

Développement des FE

Les FE les plus étudiées dans le développement cognitif de l'enfant sont le contrôle inhibiteur, la flexibilité cognitive, la mémoire de travail et la planification. Le contrôle inhibiteur est la capacité de freiner un comportement automatique au profit d'un comportement inhabituel nécessaire à la réalisation de son objectif. Le contrôle inhibiteur, ou maîtrise de soi, permet de résister à la tentation de prendre le jouet d'un autre enfant, de dire quelque chose de socialement inapproprié (ou de blessant) et d'agir de façon impulsive afin de ne pas poser un geste regrettable. Quant à la flexibilité cognitive, il s'agit de la capacité de modifier une stratégie en fonction d'imprévus, de revoir notre point de vue, de porter notre attention sur autre chose rapidement ou de nous ajuster de façon souple aux demandes ou aux priorités changeantes. La mémoire de travail est la capacité de maintenir à l'esprit un certain nombre d'informations en vue d'atteindre un objectif. Enfin, la planification est la capacité d'élaborer une stratégie qui suppose une succession d'étapes selon un ordre logique visant la réalisation d'un objectif.

Les psychologues développementalistes ont démontré qu'on peut observer les prémices des FE, surtout les aspects de l'inhibition et de la mémoire de travail, dans le comportement du bébé dès l'âge d'un an (Roy, Le Gall, Roulin et Fournet, 2012). En neuropsychologie, le développement des FE se mesure à l'aide de tests psychométriques ou de grilles d'observation des comportements durant l'exécution d'une tâche. On peut aussi observer leurs manifestations au quotidien à travers une série de comportements destinés à se mobiliser volontairement à travers les activités du quotidien.





© Shutterstock/ Oksana Kuzmina

Intervention favorisant le développement des FE

Les FE sont des habiletés cognitives essentielles à la réussite, tant à l'école que dans la vie en général. Travailler à améliorer les FE tôt dans la vie de l'enfant pourrait prévenir l'apparition de problèmes de comportement et d'apprentissage, voire diminuer le nombre de diagnostics neurodéveloppementaux, comme le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDA/H) ou de troubles des conduites (Diamond, 2013). Jouer à faire semblant permettrait de développer les habiletés de FE des jeunes enfants parce qu'ils doivent maintenir leur propre rôle et ceux des autres dans leur tête (mémoire de travail), inhiber les comportements contraires aux traits du personnage (contrôle inhibiteur) et s'ajuster avec souplesse aux rebondissements et à l'évolution de l'histoire (flexibilité). Plusieurs activités comme les arts martiaux, les exercices d'aérobie et la méditation (pleine conscience) contribueraient également au développement des FE chez les enfants. Les programmes scolaires favorisant l'acquisition des connaissances par projets seraient particulièrement propices au développement des FE.

LA THÉORIE DE L'ESPRIT (TE)

La TE permet d'établir une communication efficace et adaptée, puisqu'il est nécessaire de tenir compte des états mentaux de son interlocuteur pour comprendre son message. La TE est la base de la compréhension sociale. Un enfant dont la TE est plus développée est plus compétent socialement; il peut régler des conflits plus facilement avec ses amis, car il comprend que l'autre est une personne différente de lui-même et qu'il a ses désirs propres. La compréhension des états mentaux de ses interlocuteurs favorise les conduites sociales appropriées; et une carence dans ce domaine entraîne donc des difficultés à cet égard (Astington et Edward, 2010; Astington, 1991).

Définition et origine du concept

Le terme *Theory of mind* (ToM) ou théorie de l'esprit (TE) apparaît pour la première fois en 1978 pour expliquer certains comportements des chimpanzés entre eux (Premack et Woodruff, 1978). Chez l'enfant, cette théorie s'est développée à partir d'une étude originale de Baron-Cohen, Leslie et Frith (1985), qui se penche sur l'interaction des personnes autistes avec les autres.

Chaque jour, dans nos interactions avec autrui, nous devons interpréter ce que l'autre nous communique pour déduire ses intentions et comprendre ce qui motive ses actions; c'est ce qui permet l'adaptation sociale. Les problèmes de communication proviennent souvent d'une compréhension erronée que l'on a du discours de notre interlocuteur parce qu'on l'interprète à partir de sa propre pensée et de ses propres désirs, émotions et motivations. C'est la TE qui permet à l'enfant de taquiner l'autre, de lui jouer un tour, et c'est aussi grâce à elle qu'il peut feindre la joie lorsqu'il reçoit un cadeau qui le déçoit et souscrire aux conventions sociales.

Développement de la TE

Un des changements les plus importants touchant la TE se produit durant les années préscolaires. La TE se développe sans enseignement spécifique. Ce développement dépendrait plutôt du niveau de fonctionnement intellectuel, neurologique et cérébral ainsi que de facteurs extrinsèques comme le statut socio-économique familial,

Tableau 2
QUELQUES SIGNAUX DE DÉTECTION DES DIFFICULTÉS DE COMMUNICATION ET DE LANGAGE

ÂGE	MANIFESTATIONS
6-11 mois	Développe des gestes de communication (pointer du doigt, vocaliser sur un objet et vérifier si l'autre personne y participe).
12 mois	Discrimine les expressions faciales (joie, colère, peur, tristesse); reconnaît l'état émotionnel de l'adulte; saisit qu'un adulte exprime une réaction émotionnelle positive ou négative à son égard.
18 mois	Reconnaît qu'un mot faisant référence à un objet qu'un adulte nomme n'est pas l'objet qu'il regarde au moment où ce mot est prononcé; comprend la différence entre ce qu'il veut et ce que les autres veulent.
2 ans	Fait la différence entre un objet et les pensées qui s'y rapportent; est capable de faire semblant.
3 ans	Saisit des relations causales simples entre désirs, résultats, émotions et actions; est capable de prédire la réaction d'un autre enfant (il saura que son ami sera triste s'il ne peut pas avoir son jouet); comprend que les gens se sentiront bien s'ils obtiennent ce qu'ils veulent et mal s'ils ne l'obtiennent pas.
4 ans	Peut prendre en compte les désirs et croyances d'une personne pour prédire son ressentiment (si son ami souhaite avoir une poupée pour sa fête, mais qu'il reçoit un camion, il devine que son ami pourrait se sentir triste).
5 ans	Démontre un début de compréhension de la psychologie humaine en tentant de réconforter les personnes en détresse.

le comportement parental et la relation parents/enfant (Nader-Grosbois, 2011). Un enfant développerait plus rapidement sa TE s'il a des frères et sœurs, s'il s'adonne régulièrement à des jeux de simulation, s'il parle avec d'autres personnes de ses expériences passées et s'il a accès à des livres. Les habiletés langagières et les FE régulant le comportement pourraient également contribuer au développement de la TE, et inversement (Astington et Edward, 2010).

Bien que la majorité des chercheurs s'intéressant à la TE décrivent son émergence autour de trois à cinq ans, Flavell (2004) a démontré que la TE se développe encore plus tôt dans la petite enfance (**Tableau 2**). Dès la première année, les nourrissons adoptent une variété de comportements qui reflètent un début de conscience d'intentionnalité. C'est de cette façon que le développement précoce de la TE fournit un premier échafaudage à l'évolution précoce du langage.

Intervention pour favoriser le développement de la TE

Enseigner explicitement les règles de communication et de socialisation peut améliorer les comportements inappropriés dans des situations précises (expliquer pourquoi un enfant pleure en voyant sa sœur déguisée pour une fête). Cependant la généralisation aux situations de la vie qui divergent des exemples donnés en enseignement formel est faible. On suggère plutôt la participation à des groupes d'habiletés sociales ou de discussion autour d'un objet commun comme une bande dessinée (Attwood, 2010). Il est également possible de compenser le déficit de la TE en utilisant d'autres ressources cognitives de l'enfant. L'entraînement de certaines FE par exemple améliorerait la TE.

LA MÉTACOGNITION (MC)

Observer sa façon de réfléchir, prendre conscience de ses propres processus cognitifs (la connaissance de soi, de sa façon d'apprendre) et, dans une tâche donnée (la connaissance de sa nature, son utilité, ses exigences, le temps nécessaire pour la réaliser), identifier les meilleures stratégies pour soi (la connaissance des manières les plus efficaces d'amener une activité à son but) appartiennent à la MC. Il s'agit là d'autant d'attitudes à développer pour mieux apprendre. Apprendre étant la principale activité cognitive de l'enfant, il est important de comprendre comment la MC se développe chez lui et comment on peut l'amener à développer ses compétences métacognitives tout en les mettant à profit pour le conduire progressivement vers l'autonomie de ses apprentissages.

Développement de la métacognition

Les compétences métacognitives apparaîtraient vers l'âge de 8 ans, mais , l'enfant montre des indices de leur émergence dès l'âge de deux ans. Les jeunes enfants qui jouent à cache-cache adoptent un certain nombre de comportements visant à structurer leur recherche et à prévenir l'oubli (jeter un regard, verbaliser, pointer du doigt) (Roebers, 2017). Plus tard, dans les jeux de construction, l'enfant apprend l'utilité de vérifier les consignes sur le plan par des aller-retour entre sa production et le plan, ou de poser des questions afin d'obtenir des informations et éventuellement modifier sa stratégie. Il est intéressant d'observer les activités métacognitives chez l'enfant d'âge scolaire à travers sa capacité à réfléchir et à déterminer, avec un niveau de certitude plus ou moins élevé, les meilleures stratégies de mémorisation dans les contextes d'apprentissage.

Intervention pour développer les fonctions métacognitives

Les parents peuvent favoriser le développement de la MC dans leurs échanges avec leur enfant en lui demandant de porter un jugement sur leur action lors d'une activité afin de l'amener à prendre conscience de ces processus de pensée (que crois-tu qu'il s'est passé? Comment tu t'y es pris pour réaliser ce bricolage? Penses-tu avoir atteint l'objectif visé? etc). Les parents qui encouragent l'enfant à anticiper leur action, à procéder à leur autoévaluation, les parents qui donnent des rétroactions positives sur l'échec comme sur la réussite de leur enfant favorisent le développement de la MC.

Pour les enfants plus grands (10 à 14 ans), un programme formel d'intervention sur les fonctions attentionnelles et métacognitives (PIFAM) a été conçu par l'un des auteurs et récemment adapté pour les enfants souffrant de TSA (Lussier et Stipanicic, 2019). L'approche privilégiée par le PIFAM permet d'amener l'enfant à réfléchir sur sa condition et sur sa manière (plus et moins efficace) de surmonter les défis liés à ses apprentissages et à la résolution de problèmes. Cette réflexion sur lui-même l'amène à développer les meilleures stratégies visant à répondre aux exigences d'un apprentissage efficace.



LIENS ENTRE JEU SYMBOLIQUE, FONCTIONS EXÉCUTIVES, THÉORIE DE L'ESPRIT ET MÉTACOGNITION EN CLINIQUE

Pourquoi avoir réuni dans un même article des concepts qui semblent distincts les uns des autres? S'ils semblent distincts, c'est qu'ils sont issus de disciplines différentes, c'est-à-dire de la psychologie cognitive, de la psychologie développementale ou de la neuropsychologie. Dans la dernière décennie, on a cherché à faire des liens entre ces théories parce que l'on se rend compte que les enfants qui souffrent de désordres développementaux éprouvent des difficultés dans l'une ou l'autre de ces fonctions cognitives, (Berenguer, Roselló, Colomer, Baixauli et Miranda, 2018; Carlson, Moses et Breton, 2002; Carlson et White, 2013; Ebert, 2015; Kouklari, Thompson, Monks et Tsermentseli, 2017; Pineda-Alhucema et al., 2018; Roebers, 2017; Yeh, Tsai, Tsai, Lo et Wang, 2017).

Il existe des rapprochements entre la théorie de l'esprit et les fonctions exécutives à travers trois aspects: leur proximité neuroanatomique (les deux compétences sont desservies par le cortex préfrontal); leur trajectoire développementale; et leur impact dans certains troubles neurodéveloppementaux, comme le trouble du spectre de l'autisme (TSA), le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H) et le trouble d'apprentissage.

Les enfants vivant avec un TSA éprouvent de la difficulté à comprendre qu'une autre personne puisse avoir une conception erronée de la réalité, ce qui pourrait expliquer les déficits sociaux, comportementaux et linguistiques au cœur des caractéristiques diagnostiques de ce trouble. En outre, alors que les enfants au développement typique peuvent commencer à mentir de manière convaincante quand ils ont compris la notion de fausse croyance, soit vers quatre ans, les enfants présentant un TSA ne savent pas mentir, car la TE fait défaut chez eux.

CONCLUSION

Le neuropsychologue est le professionnel habilité à évaluer et à diagnostiquer les troubles neurodéveloppementaux et neuropsychologiques. Sa formation comprend un doctorat en psychologie. Il est membre de l'Ordre des psychologues du Québec. Les neuropsychologues exercent dans les CISSS et CIUSSS, dans certaines écoles ou commissions scolaires, ainsi qu'en cliniques privées.

Afin de soutenir le développement cognitif de l'enfant, l'infirmière peut encourager le jeu, l'imaginaire et la créativité. Elle sensibilisera les parents à l'importance du jeu pour l'enfant. Jouer n'est pas un caprice. Aménager un moment ou un espace pour que l'enfant joue, y compris lors d'une hospitalisation, est une façon de soutenir son développement cognitif. Lorsqu'une infirmière observe certaines fragilités sur ce plan chez un enfant, elle doit en discuter avec l'équipe de soins et, le cas échéant, diriger l'enfant vers le neuropsychologue. Elle travaillera en collaboration interprofessionnelle avec lui et l'équipe de soins de l'enfant et de sa famille. ●

LES AUTEURES

FRANCINE LUSSIER
Ph. D.

Psychologue/neuropsychologue. Directrice des activités cliniques et scientifiques au Centre de formation CENOP inc. Professeure associée au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières(UQTR).

ANNIE STIPANICIC
Ph. D.

Psychologue/neuropsychologue. Professeure au Département de psychologie de l'UQTR. Chercheuse au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille (CEIDEF). Chercheuse à l'Institut universitaire en déficience intellectuelle et en trouble du spectre de l'autisme.

PATRICIA GERMAIN
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des sciences infirmières à l'Université du Québec à l'UQTR, chercheuse au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille (CEIDEF) de cette université, et chercheuse associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine.

Vous avez le goût de l'aventure?
C'est au Nouveau-Brunswick que ça se passe!

Nous embauchons

Postes **permanents** à temps plein, avec une gamme intéressante d'**avantages sociaux**

Équipes de travail **dynamiques**, **multidisciplinaires** et **diversifiées**

Emplois variés dans **divers secteurs** et **horaire** de travail **varié**

Spécialisations diverses et possibilités d'**avancement**

Si vous êtes prêts à relever le défi, contactez-nous au Réseau de santé Vitalité :
emplois.jobs@vitalitenb.ca | 1-833-249-2003 | www.vitalitenb.ca

RÉSEAU DE SANTÉ vitalité HEALTH NETWORK

RÉFÉRENCES

Astington, J. W. (1991). «Intention in the child's theory of mind». Dans D. Frye et C. Moore (dir.), Children's theories of mind: Mental states and social understanding. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Astington J. W. et Edward, M.-J. (2010). «Le développement de la théorie de l'esprit chez les jeunes enfants». Dans R. E. Tremblay, R. G. Barr, R. D. Peters et M. Boivin (dir.), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants (p. 1-7). Montréal: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants.

Attwood, T. (2010). «Le syndrome d'Asperger: guide complet». Bruxelles: De Boeck.

Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. et Frith, U. (1985). «Does the autistic child have a «theory of mind»?», Cognition, 21, 37-46.

Bell, M. A. et Fox, N. A. (1992). «The relations between frontal brain electrical activity and cognitive development during infancy», Child Development, 63(5), 1142-1163.

Bakchine, S. et Slachevsky, A. (2008). «Théorie de l'esprit». Dans F. Eustache, B. Lechevalier et F. Viader (dir.), Traité de neuropsychologie clinique (p. 431-437). Bruxelles: De Boeck.

Berenguer, C., Roselló, B., Colomer, C., Baixauli, I. et Miranda, A. (2018). «Children with autism and attention deficit hyperactivity disorder. Relationships between symptoms and executive function, theory of mind, and behavioral problems». Research in Developmental Disabilities, 83, 260-269.

Bouchard, C. et Fréchette, N. (2008). «Le développement socio-affectif de 3 à 5 ans». Dans C. Bouchard et N. Fréchette (dir.), Le développement global de l'enfant de 0 à 5 ans en contextes éducatifs. Québec: Presses de l'Université du Québec.

Boyd, D. et Bee, H. (2017). «Les âges de la vie» (5e éd.). Montréal: Éditions du Renouveau Pédagogique.

Casal, A. S. et Jacob, S. (2011). «Le jeu de l'enfant». Paris: Vuibert.

Carlson, S. M., Moses, L. J. et Breton, C. (2002). «How specific is the relation between executive function and theory of mind? Contributions of inhibitory control and working memory». Infant and Child Development, 11(2), 73-92.

Carlson, S. M. et White, R. E. (2013). «Executive function, pretend play, and imagination». Dans M. Taylor (dir.), The Oxford handbook of the development of imagination (p. 161-174). Oxford, NY: Oxford University Press.

Comte-Gervais, I. (2009). «Recherches actuelles sur l'intelligence sociale et les troubles envahissants du développement (TED)». Annales médico-psychologiques, 167(7), 550-562.

Diamond, A. (2013). «Contrôle cognitif et autorégulation chez les jeunes enfants: Comment les améliorer et pourquoi?» [Diaporama]. Dans L'encyclopédie sur le développement des jeunes enfants : http://www.enfant-encyclopedie.com/sites/default/files/dossiers-complets/fr/fonctions-executives.pdf.

Diamond, A. et Lee, K. (2011). «Interventions shown to aid executive function development in children 4 to 12 years old». Science, 333(6045), 959-964.

Ebert, S. (2015). «Longitudinal relations between theory of mind and metacognition and the impact of language». Journal of Cognition and Development, 16(4), 559-586.

Fein, G. G. (1975). «A transformational analysis of pretending». Developmental Psychology, 11(3), 291-296.

Ferland, F. (2018). «Et si on jouait? Le jeu au cœur du développement de l'enfant» (3e éd.). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Flavell J. H. (1976). «Metacognitive aspects of problem-solving». Dans L. B. Resnick (dir.), The nature of intelligence. Oxford, UK: Lawrence Erlbaum.

Flavell, J. H. (1979). «Metacognition and cognitive monitoring: A new areas of cognitive-developmental inquiry». American Psychologist, 34(10), 906-911.

Flavell, J. H. (2000). «Development of children's knowledge about the mental world». International Journal of Behavioral Development, 24, 15-23.

Flavell, J. H. (2004). «Theory-of-mind development: Retrospect and prospect». Merrill-Palmer Quarterly, 50(3), 274-290.

Goldstein, S., Naglieri, J. A., Princiotta, D. et Otero, T. M. (2014). «Introduction: A history of executive functioning as a theoretical and clinical construct». Dans S. Goldstein et J. A. Naglieri (dir.), Handbook of executive functioning (p. 3-12). New York: Springer.

Happé, F. (1994). «An advanced test of theory of mind: Understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults». Journal of Autism and Developmental Disorders, 24(2), 129-154.

Huttenlocher, P. R. (1999). «Dendritic and synaptic development in human cerebral cortex: Time course and critical periods». Developmental Neuropsychology, 16(3), 347-349.

Jarvis, H. L. et Gathercole, S. E. (2003). «Verbal and non-verbal working memory and achievements on National Curriculum tests at 11 and 14 years of age». Educational and Child Psychology, 20(3), 123-140.

Kouklari, E. C., Thompson, T., Monks, C. P. et Tsermentseli, S. (2017). «Hot and cool executive function and its relation to theory of mind in children with and without autism spectrum disorder», Journal of Cognition and Development, 18(4), 399-418.

Luria, A. (1978). «Les fonctions corticales supérieures de l'homme», Paris: Presses universitaires de France.

Lussier, F. et Stipanicic, A. (2019). «Le PIFAM comme outil d'intervention pour les enfants TDA/H ou en difficultés scolaires». Rééducation orthophonique, (278), 121-140.

Markovits, H. (1978). «Intelligence and abstraction réfléchissante in Piaget's theory of cognitive development». Psychologie canadienne, 19(1), 74-77.

McCune, L. (1981). «Toward symbolic functioning: Structure of early pretend games and potential parallels with language». Child Development, 52(3), 785-797.

Nader-Grosbois, N. (2011). «La théorie de l'esprit: entre cognition, émotion et adaptation sociale». Bruxelles: De Boeck.

Nelson, T. O. (1996). «Consciousness and metacognition». American Psychologist, 51(2), 102-116. Repéré à http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.51.2.102

Papalia, D. E. et Martorell, G. (2018). «Psychologie du développement humain» (9e éd.). Montréal: Chenelière Éducation.

Piaget, J. (2003 [1947]). «La représentation du monde chez l'enfant». Paris: Presses universitaires de France.

Pickering, S. J. et Gathercole, S. E. (2001). «Working memory test battery for children (WMTB-C)». London, UK: The Psychological Corporation.

Pineda-Alhucema, W., Aristizabal, E., Escudero-Cabarcas, J., Acosta-López, J. E. et Vélez, J. I. (2018). «Executive function and theory of mind in children with ADHD: A systematic review». Neuropsychology Review, 28(3), 341-358.

Premack, D. et Woodruff, G. (1978). «Does the chimpanzee have a theory of mind?», Behavioral and Brain Sciences, 1(4), 515-526.

Roebers, C. M. (2017). «Executive function and metacognition: Towards a unifying framework of cognitive self-regulation». Developmental Review, 45, 31-51.

Roy, A., Le Gall, D., Roulin, J.-L. et Fournet, N. (2012). «Les fonctions exécutives chez l'enfant: approche épistémologique et sémiologie clinique», Revue de neuropsychologie, 4(4), 287-297.

Vygotsky, L. S. (1978). «Mind in society: The development of higher psychological processes». Cambridge, MA: Harvard University Press.

Welsh, M. C., Pennington, B. F. et Groisser, D. B. (1991). «A normative-developmental study of executive function: A window on prefrontal function in children». Developmental Neuropsychology, 7(2), 131-149.

Yeh, Z. T., Tsai, M. C., Tsai, M. D, Lo, C. Y. et Wang, K. C. (2017). «The relationship between theory of mind and the executive functions: Evidence from patients with frontal lobe damage». Applied Neuropsychology/Adult, 24(4), 342-349.

Zelazo, P. D., Müller, U., Frye, D., Marcovitch, S., Argitis, G., Boseovski, J. ... Sutherland, A. (2003). «The development of executive function in early childhood». Monographs of the Society for Research in Child Development, 68(3), vii-137.

15 crédits
Programme révisé

Microprogramme de 1er cycle en soins critiques

OFFERT À DISTANCE

- Développez vos compétences en soins critiques: traumatologie, soins d'urgence, cardiologie et physiopathologie.
- Bénéficiez de l'enseignement multidisciplinaire offert par plusieurs intervenants experts dans leur domaine.
- Obtenez une attestation d'études universitaires de 1er cycle en réalisant seulement 5 cours.

Ce programme est offert entièrement à distance : sans sortir de chez soi et selon son horaire!



INFORMATION
sc-sante@uqat.ca
819 762-0971 poste 2619
uqat.ca/sante

UQAT



Dépression en période périnatale : du dépistage au traitement

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 **RECONNAÎTRE**
les signes d'une dépression en période périnatale et post-partum.

02 **EXPLORER**
les risques et les bienfaits des différentes options thérapeutiques.

03 **IDENTIFIER**
les facteurs de risque individuels dans le développement d'une dépression en période périnatale et post-partum.

04 **DÉPLOYER**
des stratégies éducatives et de soutien en contexte de dépression périnatale.

par **ÉLISE SALESSE-GAUTHIER, inf., M. Sc. inf. et CATHERINE RICHARD, inf., B. Sc. inf.**
Révision scientifique : BRIGITTE MARTIN, B. Pharm., M. Sc.

Cas clinique
M^me SAVOIE

Enceinte de 12 semaines, M^me Savoie vous rencontre pour la première visite de son suivi de grossesse. Vous faites votre première collecte de données afin de connaître son état de santé actuel et ses antécédents. Vous notez qu'elle a déjà vécu un épisode dépressif à 24 ans. Elle avait alors reçu un traitement de citalopram (Celexa^MD), 30 mg par jour, pendant 18 mois. Elle avait aussi suivi une psychothérapie individuelle lui permettant de travailler sur l'affirmation de soi et de prendre conscience de ses facteurs de risque et de protection. Aujourd'hui âgée de 31 ans, elle confie que sa grossesse est arrivée plus tôt que prévu. Elle est en couple depuis deux ans et travaille à temps plein comme assistante juridique. Elle se décrit comme de nature anxieuse mais, selon elle, son stress lui permet « de performer ». Score au PHQ-9 : 4 (absence de symptômes de dépression).

Note au lecteur
Cet article décrit des éléments de dépistage et de traitements de première intention de la dépression en période périnatale. Il va sans dire que le rôle infirmier dans ce contexte comprend des interventions de nature biopsychosociale, interventions qui ne font pas l'objet de cet article.

La période périnatale est définie par l'Organisation mondiale de la Santé comme le moment entre la vingt-huitième semaine de grossesse et le septième jour de vie après la naissance. Elle correspond à une phase de grande vulnérabilité dans la vie de la femme.

Cette vulnérabilité s'avère encore plus importante chez les femmes ayant des antécédents de troubles mentaux et chez celles qui souffrent d'un trouble mental (INSPQ, 2019; Martin et St-André, 2013). Lorsqu'au cours de cette période déjà riche en changements apparaît un trouble dépressif, il faut intervenir rapidement pour s'assurer que cet état ne se détériore pas et ainsi, prévenir les conséquences susceptibles d'en découler. Il faut se rappeler qu'en contexte de dépression périnatale, nous traitons non seulement une femme, mais aussi une famille, laquelle peut aussi être affectée par cette dépression. Il est donc essentiel d'adopter une approche systémique et interdisciplinaire englobant la prévention, le dépistage et le traitement à l'aide d'interventions thérapeutiques ou pharmacologiques.

Les hormones sécrétées durant la grossesse – dont la progestérone et l'œstrogène – peuvent avoir une influence sur le bien-être émotionnel de la femme enceinte à travers leurs effets modulateurs sur les neurotransmetteurs. En effet, ses hormones jouent un rôle important dans la régulation de l'humeur

Fréquente, la dépression en période périnatale exige un dépistage précoce et systématique afin d'en déceler les signes précurseurs et de mettre rapidement en œuvre des traitements de première intention, lesquels sont peu ou pas invasifs et donc sécuritaires pour la mère et l'enfant.

et peuvent donc avoir un impact sur l'intensité et les variations des émotions de la femme enceinte (INSPQ, 2019). Les femmes n'ont pas toutes la même sensibilité à ces variations hormonales et certaines seront davantage affectées. Lorsqu'un individu doit s'adapter à de nouvelles situations, il est normal que son niveau de stress augmente. Toutefois, un stress élevé et persistant chez la femme enceinte peut s'avérer néfaste à la fois pour la femme elle-même et pour le fœtus. Le stress chronique peut entraîner un épuisement de l'organisme, en plus d'augmenter le risque d'accouchement avant terme. Des associations ont aussi été rapportées entre le stress prénatal élevé et des développements ultérieurs de troubles émotionnels, de troubles cognitifs et de symptômes de trouble déficitaire de l'attention (INSPQ, 2019; Grigoriadis, 2014). Ainsi, des mesures d'atténuation du stress peuvent contribuer à éviter un stress élevé et ainsi permettre au cerveau de récupérer et de diminuer les effets néfastes possibles.

QU'EST-CE QUE LA DÉPRESSION PÉRINATALE?

La dépression en période périnatale est un trouble de santé mentale caractérisé par la perte d'intérêt ou de plaisir et une humeur triste, découragée ou désespérée survenant presque tous les jours pendant au moins deux semaines consécutives. En plus de ces éléments, elle se manifeste par les symptômes suivants : insomnie ou hypersomnie, perte d'appétit ou gain d'appétit, fatigue, difficultés de concentration, sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, idées suicidaires ou d'automutilation, ainsi que ralentissement psychomoteur ou agitation (APA, 2016).

Environ 12 % des femmes souffrent d'une dépression pendant la grossesse. Cette prévalence s'accroît au deuxième et au troisième trimestres, s'élevant alors à 18 % compte tenu des cas de dépression légère (INSPQ, 2011; MacQueen et al., 2016). Ajoutons également qu'environ 70 % des femmes ayant souffert de dépression anténatale sévère et qui cessent de prendre leur traitement antidépresseur feront une rechute lors de la grossesse (Martin et St-André, 2013; Sthol, Khom et Dossett, 2016).

Il faut aussi savoir que 10 à 20 % des femmes vivront une dépression du post-partum, laquelle apparaît en général dans les deux semaines à six mois suivant la naissance de l'enfant (INSPQ, 2011; Martin et St-André, 2013; NICE, 2017). Le plus grand facteur prédictif d'une dépression post-partum est la présence de symptômes dépressifs durant la grossesse (Becker, Weinberger, Chandy et Schmukler, 2016; Stewart et Vigod, 2016).

Parmi les femmes qui souffrent de dépression dans la période périnatale, 40 % auront un premier épisode de dépression durant la grossesse, tandis que 60 % le vivront pendant les jours et les mois suivant la naissance du bébé. Parmi ce pourcentage, on estime que 30 à 60 % de ces femmes présentaient déjà des symptômes pendant la grossesse (Naître et grandir, 2016). La dépression en période postnatale ne doit pas être minimisée, car elle peut avoir des conséquences dramatiques : le suicide compte pour 20 % des morts post-partum (Becker et al., 2016).

Soulignons que la dépression post-partum se distingue du « baby blues », déprime passagère non pathologique caractérisée par une plus grande émotivité, de la fatigue, des sautes d'humeur, de l'irritabilité, de l'anxiété et parfois un sentiment d'être dépassée par les événements. La documentation scientifique indique que 30 à 80 % des femmes ressentent le « baby blues ». Celui-ci ne nécessite en général aucun traitement. Il apparaît trois à quatre jours après la naissance et se résorbe généralement après deux semaines (INSPQ, 2011; Martin et St-André, 2013). L'infirmière peut alors rassurer la femme qui en ressent les symptômes et surveiller l'état clinique de celle-ci pour s'assurer que les symptômes se résorbent.

DÉPISTAGE ET ÉVALUATION

Le dépistage systématique de la dépression devrait faire partie de tout suivi de grossesse, et ce, à chaque rencontre de suivi ainsi que durant les premiers mois suivant l'accouchement (NICE 2017; Stewart et Vigod, 2016; Sthol et al., 2016; Stuart-Parrigon et Stuart, 2014). La dépression périnatale est bien souvent sous-diagnostiquée et donc sous-traitée (Gadot et Koren, 2015; Pearlstein, 2015; Becker, Weinberger, Chandy et Schmukler, 2016). Les raisons sont multiples, mais mentionnons que les femmes enceintes ressentant certains symptômes de dépression peuvent en éprouver de la honte et ne pas oser en parler, en raison de la croyance que la parentalité devrait être une expérience uniquement positive (INSPQ, 2011; Martin et St-André, 2013; Stewart et Vigod, 2016). Ajoutons aussi que certains médecins peuvent être ambivalents à l'idée d'instaurer un traitement pharmacologique chez une femme enceinte. De là toute l'importance de se baser sur une évaluation rigoureuse de la symptomatologie pour ensuite se référer aux lignes directrices de traitement ainsi qu'aux données probantes concernant la sécurité et les risques des antidépresseurs (Bussières et Cardinal, 2013; Martin et St-André, 2013).

La dépression post-partum est la forme de dépression qui se chronicise le plus et pour laquelle les rémissions spontanées (sans intervention) sont rares. Les cliniciens devraient utiliser des outils validés et reconnus pour le dépistage et le suivi des symptômes de la dépression, tels que le Questionnaire sur la santé du patient (*Patient Health Questionnary* [PHQ-9]) ou l'Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (EPDS, pour *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) (Pearlstein, 2015; Stewart et Vigod, 2016; Stuart-Parrigon et Stuart, 2014).

La présence de certains facteurs de risque de dépression chez la femme enceinte devrait inciter à davantage de vigilance dans la surveillance clinique des signes et des symptômes précurseurs d'une dépression. En effet, l'évaluation par l'infirmière de la situation biopsychosociale de la femme enceinte est primordiale, en ce qu'elle permet entre autres l'identification de ses besoins ainsi que de ses propres facteurs de risque. Il devrait en découler un suivi plus étroit et centré sur les facteurs de risque individuels (**Encadré 1**) (Becker et al, 2016; INSPQ, 2011; Martin et St-André, 2013; NICE, 2017).

TRAITEMENTS

Le dépistage ou l'évaluation précoce rendront possibles les premières interventions rapides, lesquelles seront inévitablement moins invasives à la fois pour la mère et pour le fœtus. En psychiatrie périnatale, le fœtus est toujours exposé : soit à la maladie de la mère, soit à la médication prescrite à cette dernière (Bussières et Cardinal, 2013; Martin et St-André, 2013; NICE, 2017). Il est donc essentiel pour l'infirmière de contribuer au suivi de la grossesse en s'assurant que le traitement tienne compte de la mère et du fœtus (Hanley et Oberlander, 2014).

En effet, selon l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers*, il fait partie du champ d'exercice infirmier d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, d'exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques de même que de contribuer au suivi de grossesse et au suivi postnatal.

Des soins étape par étape

Comme pour toutes les pathologies, l'arbre décisionnel de traitement doit s'appuyer sur l'intensité et la sévérité des symptômes, ainsi que sur la perte de fonctionnement personnel, familial ou professionnel (Becker et al., 2016; NICE, 2017). À l'étape du dépistage précoce et lors de la surveillance clinique, les interventions infirmières prendront d'abord la forme d'autosoins

Encadré 1
FACTEURS DE RISQUE D'UNE DÉPRESSION EN PÉRIODE PÉRINATALE

- Antécédents familiaux de dépression
- Antécédents personnels de troubles de santé mentale
- Cessation d'une médication (stabilisateur de l'humeur ou antidépresseur) avant ou pendant la grossesse
- Situation économique difficile
- Événements de vie stressants (p. ex., déménagement, perte d'emploi)
- Difficultés familiales et conjugales (p. ex., conflits avec le conjoint, séparation ou violence)
- Difficultés liées à la maternité (p. ex., grossesse non planifiée, avortement spontané, interruption volontaire de grossesse)
- Soutien social faible
- Faible estime personnelle
- Situation monoparentale
- Jeune âge de la mère (adolescente)

Source : Becker et al., 2016; INSPQ, 2011; NICE, 2017.

assistés, qui consistent à encourager la femme enceinte à adopter de saines habitudes de vie (sommeil, nutrition et exercice régulier), à diminuer les sources de stress et à obtenir davantage de soutien des membres de son entourage. D'autres approches, telles que l'acupuncture, la massothérapie, la luminothérapie et la méditation pleine conscience, dont certaines ont fait l'objet d'études, bien qu'elles soient peu nombreuses, en périnatalité, pourraient avoir été expérimentées par les femmes enceintes selon leurs croyances et leurs valeurs, et il est important de pouvoir en discuter ouvertement selon le principe de la primauté de la personne (Stewart et Vigod, 2016; Stohl et al., 2016; Vigod, Brown, Wilson et Howard, 2016).

Il est essentiel d'adopter une approche systémique et interdisciplinaire englobant la prévention, le dépistage et le traitement à l'aide d'interventions thérapeutiques ou pharmacologiques.

Si les résultats obtenus ne sont pas satisfaisants après une réévaluation des symptômes, l'approche de prise en charge en interdisciplinarité devient ici un incontournable. En présence d'une dépression légère à modérée, la psychothérapie devrait constituer le traitement de première intention (Becker et al., 2016; MacQueen et al., 2016; NICE, 2017). Qu'elle soit individuelle ou de groupe, de type interpersonnelle ou cognitivo-comportementale, la psychothérapie a démontré son efficacité dans le traitement de la dépression périnatale. S'il existe des tensions conjugales significatives, une approche de couple pourrait aussi être envisagée. Rappelons-nous que notre objectif est de prévenir une dégradation de l'état de la femme enceinte en sachant que nous ne traitons pas seulement une mère, mais aussi un système familial.

Si l'état de santé de la femme enceinte ne s'améliore pas significativement après la mise en œuvre de ces traitements de première intention, l'ajout d'un traitement pharmacologique peut s'imposer. En collaboration avec l'équipe traitante, la femme enceinte doit être à même de faire un choix éclairé. Cette décision doit s'appuyer sur les données probantes, sur l'assurance que les bénéfices du traitement surpassent les risques potentiels pour elle et le bébé, et sur la connaissance des risques liés à une absence de traitement (Martin et Morin, 2013). Les traitements pharmacologiques reposent sur les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Les médicaments de cette classe pour lesquels on dispose du plus de données durant la grossesse et l'allaitement sont le citalopram (p. ex., Celexa[MD]), l'escitalopram (p. ex., Cipralex[MD]) et la sertraline (p. ex., Zoloft [MD]) (MacQueen et al., 2016; Malm, 2012). Le choix final devra aussi se faire en tenant compte des antécédents psychiatriques de la femme enceinte, des essais antérieurs et de la réponse à ces traitements. D'autres classes de médicaments pourraient être tentées dans certains cas selon l'histoire médicamenteuse. Le centre IMAGe (pour Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine et le programme-clientèle de psychiatrie périnatale de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec (IUSMQ) sont deux ressources spécialisées pouvant informer les professionnels de la santé dans le choix d'un antidépresseur pour une femme enceinte.

Une fois ce choix fait, il est important de se rappeler de commencer le traitement avec la plus petite dose efficace selon la sévérité des symptômes ; la monothérapie sera toujours à privilégier. (Becker et al., 2016; MacQueen et al., 2016; Previti, Pawlby, Chowdhury, Aguglia et Pariante, 2014). Il est recommandé de prendre un seul antidépresseur sur une période de six à 12 mois lors d'un premier épisode et pendant au moins deux ans lors d'une récidive, comme recommandé dans les cas de dépression hors grossesse.

Pour une dépression périnatale modérée à sévère ou en présence d'antécédents de dépression traitée efficacement à l'aide d'un antidépresseur, le traitement de première intention devrait reposer sur une combinaison composée d'un antidépresseur de la classe des ISRS et de psychothérapie (MacQueen et al., 2016; NICE, 2017; Becker, Weinberger, Chandy et Schmukler,

Cas clinique
Deuxième rencontre de suivi de grossesse avec l'infirmière

M[me] Savoie en est à sa 16[e] semaine de grossesse. Elle vous apprend que son conjoint vient de la quitter. Elle se sent abandonnée. Son sommeil s'est fragilisé, elle est triste, pleure beaucoup et rumine sa situation actuelle. Elle ne fait pas d'attaques de panique, mais se sent moins en contrôle de ses symptômes anxieux même si elle tente de mettre en application les moyens qui l'ont déjà aidée dans le passé. Elle ne présente pas d'idées suicidaires. Score au PHQ-9 : 11 (symptômes de dépression modérée).

Nous convenons de fixer quelques objectifs : recommencer à pratiquer le yoga, se coucher à des heures plus régulières en mettant en œuvre une routine relaxante avant d'aller au lit et communiquer avec sa psychologue afin de reprendre un suivi. Nous reverrons M[me] Savoie prochainement pour faire le suivi de sa situation et vérifier l'évolution des symptômes.

2016). En deuxième intention, d'autres choix d'antidépresseurs s'ajoutent aux ISRS nommés précédemment (MacQueen et al., 2016). Les cas de dépression psychotique ou d'idées suicidaires sont considérées comme des urgences pouvant mener à une hospitalisation, afin d'assurer la sécurité de la femme enceinte et de favoriser une meilleure gestion de ses symptômes (Becker et al., 2016; Debray, Granger et Azaïs, 2005). La thérapie électroconvulsive (ECT) représente un choix de dernier recours et demeure une thérapie d'exception réservée à des troubles mentaux sévères (Gressier, Rotenberg, Cazas et Hardy, 2015; MacQueen et al., 2016).

En ce qui concerne la dépression post-partum, les recommandations sont sensiblement les mêmes. Les traitements de première intention pour une femme n'ayant pas d'antécédents psychiatriques reposent sur la surveillance et l'autogestion des soins (sommeil, alimentation, exercice, soutien et gestion du stress) et, au besoin, sur le soutien psychologique. En présence de dépression modérée à sévère, le traitement pharmacologique combiné à du soutien psychologique s'imposera le plus souvent. Les ISRS sont considérés sécuritaires en allaitement. D'autres classes d'antidépresseurs peuvent être suggérées à la femme selon son histoire médicamenteuse, ses symptômes et l'intensité de ceux-ci (Martin et St-André, 2013, NICE, 2017).

ISRS et risques pour le nouveau-né

La complication la plus fréquente pour le nouveau-né exposé aux ISRS à la fin de la grossesse est le syndrome d'adaptation néonatale, qui se manifeste par des tremblements, de l'agitation, de l'irritabilité, de l'hypo/hypertonie, de la tachypnée, du tirage ainsi que des difficultés alimentaires. Le risque que le nouveau-né soit atteint de ce syndrome est estimé de 10 à 30 %. Ces signes cliniques sont généralement transitoires et se résorbent d'eux-mêmes en trois à 10 jours (Becker et al, 2016; MacQueen et al., 2016; Martin et St-André, 2013; Previti et al., 2014; Stohl et al., 2016). Les nouveau-nés ayant été exposés aux ISRS en fin de grossesse devraient demeurer en observation à l'hôpital pendant au moins 48 heures en cas d'éventuels symptômes neurocomportementaux ou respiratoires (SCP, 2018).

Risque moins fréquent, rarement observé mais avec davantage de conséquences, l'hypertension pulmonaire persistante du nouveau-né pourrait être associée avec la prise d'ISRS en fin de grossesse. Selon les données actuellement disponibles, le risque passe de deux bébés sur 1 000 dans la population générale à 2,9 à 3,5 bébés sur 1 000 dans la population exposée aux ISRS à la fin de la grossesse (CANMAT, 2016; Grigoriadis, 2014; Martin et St-André, 2013). Toutefois, cette association reste controversée, et des études avancent que d'autres facteurs de risque peuvent entraîner une hypertension pulmonaire dont l'accouchement par césarienne élective (Stohl et al., 2016). Il demeure important d'aviser l'équipe soignante pour baliser le suivi du nouveau-né selon les recommandations de la Société canadienne de pédiatrie (2018).

La prise d'ISRS pendant la grossesse peut aussi augmenter le risque pour la mère de donner naissance à un bébé de faible poids. Les études ont répertorié un poids à la naissance inférieur d'environ 75 grammes au poids moyen (Grigoriadis, 2014 ; Martin et St-André, 2013). Le risque d'accoucher prématurément augmente aussi très légèrement. Les études rapportent une diminution de l'âge gestationnel de trois à quatre jours chez les bébés dont les mères ont pris un ISRS pendant la grossesse (Eke, Saccone et Berghella, 2016; Grigoriadis, 2014; MacQueen et al., 2016; Martin et St-André, 2013). Le risque d'avortement spontané augmente d'environ 1,5 fois dans quelques études de méta-analyse, mais les méthodologies employées limitent la validité des conclusions (Martin et St-André, 2013).

Les taux de malformations congénitales lors d'exposition aux ISRS sont généralement comparables à ceux observés dans la population générale ; ainsi, l'ensemble des données actuelles ne sont pas en faveur d'un risque tératogène sauf pour la paroxétine (Paxil), qui s'est révélée l'antidépresseur le moins sécuritaire pour le fœtus, en entraînant davantage de malformations congénitales, notamment sur le plan cardiaque – le risque passant de 1 % pour la population générale à 1,5 % chez les femmes ayant pris de la paroxétine au premier trimestre. Il ne représente donc pas un choix de première intention en période périnatale. (Becker et al., 2016; MacQueen et al., 2016; Grigoriadis, 2014 ; Martin et St-André, 2013).

En ce qui concerne les conséquences neurodéveloppementales, les études ont démontré jusqu'à présent peu de différences entre les enfants exposés aux ISRS et ceux qui n'y ont pas été exposés. Elles étaient d'ailleurs transitoires et non significatives (Gentile et Galbally, 2011; Stohl et al., 2016 ; Martin et St-André, 2013). Quant aux études ayant fait un rapprochement entre de possibles conséquences neurodéveloppementales chez l'enfant et la prise d'ISRS chez la mère pendant la grossesse, elles ne pouvaient exclure la dépression majeure en soi pour tenter d'expliquer les faibles variations neurodéveloppementales dans les deux groupes (Previti et al., 2014). Il faut savoir que les études randomisées ou expérimentales auprès des femmes enceintes demeurent délicates à réaliser pour des considérations éthiques et les résultats probants sont donc encore limités, bien qu'il existe depuis 2012 des lignes directrices encadrant ce type d'études. C'est pourquoi le suivi de cohortes de bébés exposés à la dépression maternelle ou à un antidépresseur pendant la grossesse pourra, dans les années futures, apporter un nouvel éclairage sur le phénomène (Martin et St-André, 2013; McDonagh et al., 2014; Stohl et al., 2016).

La plupart des études consultées pour cet article concluent, en revanche, que le non-traitement de la dépression pendant une grossesse peut entraîner les complications nommées ci-haut, tout en augmentant les risques de pré-éclampsie et de diabète gestationnel (**Tableau 1**) (CANMAT, 2016; Gadot et Koren, 2015; INSPQ, 2011; MacQueen et al., Martin et St-André, 2013; Previti, et al., 2014; Stewart et Vigod, 2016; Stuart-Parrigon et Stuart, 2014). Certaines études avancent même qu'une dépression non traitée peut entraîner des conséquences épigénétiques en modifiant les gènes récepteurs de glucocorticoïde et ainsi, affecter le système

Cas clinique

Troisième rencontre de suivi de grossesse : M^me^ Savoie, l'infirmière et le médecin

M^me^ Savoie, enceinte de 18 semaines, ressent une anxiété envahissante. Elle met environ 90 minutes à s'endormir malgré la pratique du yoga et d'exercices de détente. Elle pleure presque à tous les jours; elle a moins d'intérêt et d'énergie. Elle se demande si, au bout du compte, elle fera une bonne maman. Elle ne présente pas d'idées suicidaires. Score au PHQ-9 : 15 (symptôme de dépression modérément sévère).

À la demande de M^me^ Savoie, nous discutons des effets de traiter ou non cet épisode de dépression qui semble de plus en plus souffrant et qui lui engendre de l'anxiété et des doutes sur ses capacités d'être une bonne mère. Étant donné l'antécédent d'épisode dépressif et l'avancée de la grossesse (2^e^ trimestre), nous convenons avec M^me^ Savoie et le médecin traitant que le traitement au citalopram doit être repris, à une dose initiale de 10 mg par jour. Nous effectuerons les suivis requis de la médication et surveillerons l'évolution des symptômes par téléphone d'ici la prochaine rencontre.

Tableau 1
CONSÉQUENCES POSSIBLES D'UNE DÉPRESSION NON TRAITÉE EN PÉRIODE PÉRINATALE

SUR LA GROSSESSE	POUR LA FEMME ENCEINTE	POUR LE FŒTUS/BÉBÉ
Avortement spontané	Alimentation déficiente	Faible poids à la naissance
Accouchement prématuré	Faible prise de poids	Troubles affectifs et comportementaux
Pré-éclampsie	Faible niveau d'activité physique	Difficultés sur le plan du développement cognitif et langagier
Complications obstétricales	Suivi obstétrical inadéquat	Relation mère enfant affectée : plus de difficulté à créer un lien affectif avec l'enfant, soins moins adéquats, moins d'interactions positives entre la mère dépressive et l'enfant, moins d'attention et de constance dans les réponses aux besoins de l'enfant
	Dépression post-partum	
	Autres troubles de santé mentale (anxiété)	
	Atteintes dans ses capacités sociales et personnelles	Plus d'admission aux soins intensifs néonataux, plus de complications néonatales
	Hausse du risque de suicide	

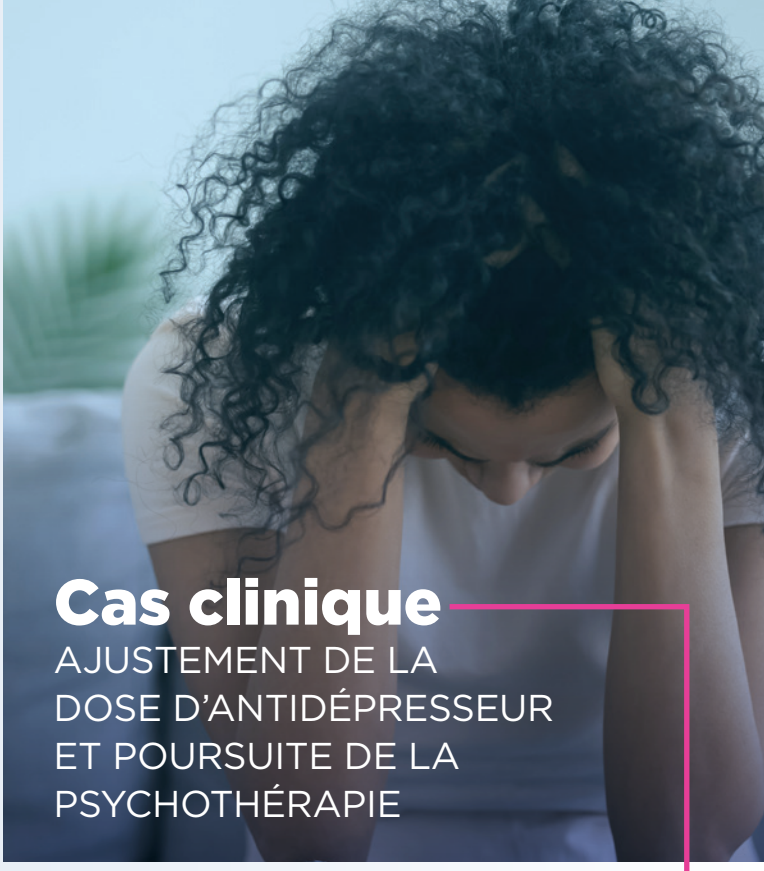
Sources : Becker et al., 2016; Grigoriadis, 2014; INSPQ, 2011.

sérotoninergique de l'enfant à naître (Becker, et al., 2016; Pariante, 2015; Pearlstein, 2015; Previti et al., 2014). Les conséquences d'une dépression non traitée sont donc nombreuses, tant pour la femme enceinte que pour l'enfant, d'où l'importance de miser sur la prévention.

CONCLUSION

Fréquente, la dépression en période périnatale exige un dépistage précoce et systématique afin d'en déceler les signes précurseurs et de mettre rapidement en œuvre des traitements de première intention, lesquels sont peu ou pas invasifs et donc sécuritaires pour la mère et l'enfant. Bien que les données probantes ne soient pas concluantes hors de tout doute, il apparaît incontournable, dans certaines situations cliniques, d'envisager rapidement l'instauration d'un antidépresseur doté d'un bon profil de sécurité, en reconnaissant qu'il existe des risques pour la mère et le bébé si la dépression demeure non traitée et qu'il existe aussi des risques à la prise d'antidépresseur (ISRS). La décision d'opter ou non pour un traitement par antidépresseur doit évidemment être le fruit de discussions entre la patiente et l'équipe traitante. Celle-ci veillera à tenir compte des préférences de la femme enceinte, tout en s'assurant que les bienfaits surpassent les risques.





Cas clinique

AJUSTEMENT DE LA DOSE D'ANTIDÉPRESSEUR ET POURSUITE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

À 22 semaines de grossesse, vous notez chez M^me^ Savoie une persistance des symptômes dépressifs et peu d'amélioration clinique. Vous discutez donc avec le médecin et vous décidez ensemble, conjointement avec M^me^ Savoie, d'augmenter la dose à 20 mg. Elle poursuit sa psychothérapie et d'autres approches thérapeutiques.

Quelques semaines plus tard, et après un suivi régulier de la médication, l'état de santé de M^me^ Savoie s'est amélioré. Son sommeil est plus réparateur et, grâce à la combinaison de psychothérapie et de son antidépresseur, elle arrive à mieux contrôler ses symptômes dépressifs et son anxiété. Son sentiment de tristesse se résorbe graduellement et elle reprend confiance en elle, tout en se préparant à l'arrivée du bébé. La dose actuelle de 20 mg par jour de citalopram semble appropriée et nous convenons de maintenir des rencontres de suivi rapprochées, même après la naissance du bébé.

LES AUTEURS

ÉLISE SALESSE-GAUTHIER, M. Sc. inf.
(en santé mentale et psychiatrie)
Infirmière clinicienne à la Direction santé mentale adulte et dépendance au CLSC de l'Ouest-de-l'Île, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.

CATHERINE RICHARD, B. Sc. inf.
Infirmière clinicienne à la Direction santé mentale adulte et dépendance au CLSC de l'Ouest-de-l'Île, Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval.

Révision scientifique

BRIGITTE MARTIN, B. Pharm., M. Sc.
Pharmacienne en néonatologie et responsable du centre IMAGe (Info-Médicaments en Allaitement et Grossesse) au CHU Sainte-Justine. Clinicienne de la Chaire pharmaceutique Famille Louis-Boivin.

QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

!

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
- Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques y compris le monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier
- Contribuer au suivi de la grossesse, à la pratique des accouchements et au suivi postnatal

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

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,* 3e éd. 2016.

Balises déontologiques

- *Code de déontologie des infirmières et infirmiers,* dont l'article 45.

RÉFÉRENCES

Alwan, S., Friedman, J. M. et Chambers, C. (2016). «Safety of selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy: A review of current evidence». CNS Drugs, 30(6), 499-515. Repéré à http://dx.doi.org/10.1007/s40263-016-0338-3

American Psychiatric Association (APA). (2016). «Mini DSM-5, critères diagnostiques» (trad. française). France: Elsevier Masson.

Becker, M., Weinberger, T., Chandy, A. et Schmukler, S. (2016). «Depression during pregnancy and postpartum». Current Psychiatry Reports, 18, 32. Repéré à http://dx.doi.org/10.1007/s11920-016-0664-7

Bussières, J.-F. et Cardinal, G. (2013). «Aspects juridiques de l'utilisation des médicaments chez la femme enceinte ou qui allaite». Dans E. Ferreira, B. Martin et C. Morin (dir.), Grossesse et allaitement – Guide thérapeutique (2e éd.) (p. 27-46). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Debray, Q., Granger, B. et Azaïs, F. (2005). «Psychopathologie de l'adulte» (3e éd.). Paris: Elsevier Masson.

Eke, A. C., Saccone, G. et Berghella, V. (2016). «Selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) use during pregnancy and risk of preterm birth: A systematic review and meta-analysis». British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 123(12), 1900-1907. Repéré à http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.14144

Ferreira, E., Martin, B. et Morin, C. (2013). «Grossesse et allaitement – Guide thérapeutique» (2e éd.). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Gadot, Y. et Koren, G. (2015). «The use of antidepressants in pregnancy: Focus on maternal risks». Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, 37(1), 56-63. Repéré à http://dx.doi.org/10.1016/s1701-2163(15)30364-9

Gentile, S. et Galbally, M. (2011). «Prenatal exposure to antidepressant medications and neurodevelopmental outcomes: A systematic review». Journal of Affective Disorders, 128(1-2), 1-9. Repéré à http://dx.doi.org/10.1016/j.jad2010.02.125

Gressier, F., Rotenberg, S., Cazas, O. et Hardy, P. (2015). «Postpartum electroconvulsive therapy: A systematic review and case report». General Hospital Psychiatry, 37(4), 310-314. Repéré à http://dx.doi.org/10.1016/j.genhosppsych. 2015.04.009

Grigoriadis, S. (2014). «The effects of antidepressant medications on mothers and babies». Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology, 21(3), e533-e541.

Hanley, G. E. et Oberlander, T. F. (2014). «The effect of perinatal exposures on the infant: Antidepressants and depression». Best Practice and Research: Clinical Obstetrics & Gynaecology, 28(1), 37-48. Repéré à http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.09.001

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2011, 2019). «Santé mentale et troubles mentaux» [fiche d'information périnatale]. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/information-perinatale/sante-mentale.pdf

Lehne, R. A. (2007). «Drug therapy during pregnancy and breast-feeding». Dans J. Burchum et L. Rosenthal (dir.), Pharmacology for nursing care (6e éd.), p. 85-91. Maryland Heights, MO: Saunders/Elsevier.

MacQueen, G. M., Frey, B. N., Ismail, Z., Jaworska, N., Steiner, M., van Lieshout, R. J., ... Ravindran, A. V. (2016). «Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 6. Special populations: Youth, women, and the elderly». Canadian Journal of Psychiatry/Revue canadienne de psychiatrie, 61(9), 588-603. Repéré à http://dx.doi.org/10.1177/0706743716659276

Malm, H. (2012). «Prenatal exposure to selective serotonin reuptake inhibitors and infant outcome». Therapeutic Drug Monitoring, 34(6), 607-614. Repéré à http://dx.doi.org/10.1097/FTD.0b013e31826d07ea

Martin, B. et Morin, C. (2013). «Connaissances de base sur l'utilisation des médicaments au cours de la grossesse». Dans E. Ferreira, B. Martin et C. Morin (dir.), Grossesse et allaitement – Guide thérapeutique (2e éd.) (p. 47-71). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

Martin, B. et St-André, M. (2013). «Dépression et troubles anxieux». Dans E. Ferreira, B. Martin et C. Morin (dir.), Grossesse et allaitement – Guide thérapeutique (2e éd.) (p. 1017-1042). Montréal: Éditions du CHU Sainte-Justine.

McDonagh, M. S., Matthews, A., Phillipi, C., Romm, J., Peterson, K., Thakurta, S. et Guise, J. M. (2014). «Depression drug treatment outcomes in pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis». Obstetrics and Gynecology, 124(3), 526-534. Repéré à http://dx.doi.org/10.1097/aog.0000000000000410

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (1989). «Politique de santé mentale». Québec: Gouvernement du Québec. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/89-sante-mentale.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). «Faire ensemble et aurement – Plan d'action en santé mentale 2015-2020». Québec: MSSS-Direction des Communications. Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-914-04W.pdf

Naître et grandir. (2016). «Grossesse: la dépression prénatale». Repéré à https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/sante-bien-etre/fiche.aspx?doc=grossesse-depression-prenatale

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2017). «Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance» (p. 1-51). Londres, UK: National Collaborating Centre for Mental Health.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Standards de pratique de l'infirmière dans le domaine de la santé mentale», 47 p. Repéré à https://www.oiiq.org/standards-de-pratique-de-l-infirmiere-dans-le-domaine-de-la-sante-mentale

Pariante, C. M. (2015). «Depression and antidepressants in pregnancy: Molecular and psychosocial mechanisms affecting offspring's physical and mental health». Neuropsychopharmacology, 40(1), 246-247. Repéré à http://dx.doi.org/10.1038/npp.2014.219

Pearlstein, T. (2015). «Depression during pregnancy». Best Practice & Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology, 29(5), 754-764. Repéré à http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.04.004

Pedersen, L. H. (2017). «The risks associated with prenatal antidepressant exposure: Time for a precision medicine approach». Expert Opinion on Drug Safety, 16(8), 915-921. Repéré à http://dx.doi.org/10.1080/14740338.2017.1341872

Previti, G., Pawlby, S., Chowdhury, S., Aguglia, E. et Pariante, C. M. (2014). «Neurodevelopmental outcome for offspring of women treated for antenatal depression: A systematic review». Archives of Women's Mental Health, 17(6), 471-483. Repéré à http://dx.doi.org/10.1007/s00737-014-0457-0

Société canadienne de pédiatrie (SCP). (2018). «Document de principes – Les inhibiteurs spécifiques du recaptage de la sérotonine pendant la grossesse et l'issue du nourrisson». Repéré à https://www.cps.ca/fr/documents/position/ISRS-issue-du-nourrisson

Stewart, D. E. et Vigod, S. (2016). «Postpartum depression». New England Journal of Medicine, 375(22), 2177-2186. Repéré à http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1607649

Stohl, H., Kohm, A. D. et Dossett, E. (2016). «A rock and a hard place: The selective serotonin reuptake inhibitor dilemmas in addressing perinatal mood and anxiety disorders». Journal of Neonatal-Perinatal Medicine, 9(1), 1-5. Repéré à http://dx.doi.org/10.3233/NPM-16915057

Stuart-Parrigon, K. et Stuart, S. (2014). «Perinatal depression: An update and overview». Current Psychiatry Reports, 16(9), 468. Repéré à http://dx.doi.org/10.1007/s11920-014-0468-6

Vigod, S. N., Brown, S., Wilson, C. A. et Howard, L. M. (2016). «Depression in pregnancy». British Medical Journal, 352, i1547. Repéré à http://dx.doi.org/10.1136/bmj.i1547

Faculté des sciences infirmières

Université de Montréal

et du monde.

OFFRIR DES PROGRAMMES ACTUELS À TOUS LES CYCLES

- **Baccalauréat** - formation initiale et DEC-Bac (cheminements clinique, international et *honor*)
- **Maîtrise** - Gestion de proximité, Expertise clinique et Formation infirmière (*nouveautés à l'automne 2020*)
- **Maîtrise IPS** - Soins aux adultes, Soins de première ligne et Santé mentale
- **Microprogrammes** - Soins palliatifs et de fin de vie, Prévention et contrôle des infections, Développement des pratiques infirmières, Leadership et gestion des services infirmiers
- **Doctorat** en sciences infirmières
- **Diplôme d'études professionnelles approfondies** en soins palliatifs et de fin de vie (DÉPA)

DÉVELOPPER SON PLEIN POTENTIEL

- Expertises diversifiées
- Centre de simulation à la fine pointe des technologies
- Affiliée à 150 centres de santé et hospitaliers universitaires
- Chef de file en formation et recherche
- Soutien à l'apprentissage et aide à la réussite
- Programmes à temps complet et demi-temps
- Deux campus (Montréal et Laval)
- Cours en ligne et développement professionnel
- Bourses d'études et d'excellence
- Personne de référence assignée dès le début du programme
- Accompagnement personnalisé en stage
- Association étudiante dynamique et participative

INTÉGRER UN RÉSEAU RECONNU

- Milieu de vie effervescent, situé au cœur du Mont-Royal
- 1er pôle d'enseignement au Québec
- 85e meilleure université au monde
- Cosmopolite, scientifique, culturelle et créative
- Équipes et clubs sportifs
- Institution citoyenne, verte et engagée











Suivez-nous!

www.fsi.umontreal.ca

facultedessciencesinfirmieresuniversitedemontreal

Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal

fsi_umontreal

@fsiudem

Faculté des sciences infirmières de l'UdeM



CONGRÈS OIIQ 2019









Le système, la pratique et moi!

L'identité professionnelle était à l'honneur du Congrès 2019 de l'OIIQ, qui s'est tenu les 25 et 26 novembre derniers. Quelque 2 500 personnes se sont réunies au Palais des Congrès de Montréal afin d'échanger sur le rôle infirmier et sur les raisons – multiples – pouvant expliquer pourquoi aujourd'hui les membres de la profession n'occupent toujours pas pleinement leur champ d'exercice.

Après la 99e Assemblée générale annuelle, Christian Rochefort, professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, a présenté la conférence d'ouverture. Il n'a pas hésité à aborder de front ce qu'il nomme « la non-reconnaissance de l'exercice professionnel au sein des organisations de santé ». Pour sa part, le président de l'OIIQ, Luc Mathieu, a revisité le sens qu'on attribue au leadership. Il n'appartient pas qu'aux gestionnaires, a-t-il affirmé. L'expertise clinique est une forme de leadership et elle concerne tous les membres de la profession. Geneviève Fortier, quant à elle, a offert la conférence de clôture. Cette femme d'affaires, chef de direction d'une grande compagnie d'assurance, en a inspiré plus d'un en partageant avec l'auditoire sa philosophie pour rester confiants et affirmés dans les contextes les plus difficiles.

Le Congrès offrait aussi trois parcours d'ateliers conçus autour des fonctions ou champs d'intérêt des participants (enseignement, clinique ou gestion). Quelques ateliers font par ailleurs l'objet d'un compte rendu dans ce supplément. L'Insigne du mérite 2019, la plus haute distinction décernée par l'OIIQ soulignant l'engagement hors du commun d'une infirmière ou d'un infirmier au développement de sa profession, a été remis à Micheline Ulrich (p. 14). Quant au Grand prix du concours Innovation clinique Banque Nationale 2019, il a été remis à un projet mettant de l'avant la pratique infirmière autonome auprès des personnes marginalisées.

Bonne lecture!

99e ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

Un premier bilan de la présidence pour Luc Mathieu, marqué par une avancée historique pour les IPS

par **CAROLINE BARIL**







L'Assemblée générale annuelle (AGA) 2019 de l'OIIQ s'est déroulée dans un climat d'échange qui a permis aux 1000 délégués présents de prendre la parole sur diverses propositions, de poser leurs questions au président Luc Mathieu et de participer à des votes indicatifs à main levée, notamment au sujet de la cotisation 2020-2021.

Depuis l'entrée en vigueur de la Loi 11 en juin 2017, la secrétaire de l'OIIQ mène une consultation sur le montant de la cotisation, comme le prévoit l'article 103.1 du *Code des professions*. Le Conseil d'administration avait préalablement recommandé le gel exceptionnel du montant de la cotisation à 370,55 $ pour la période d'inscription au Tableau 2020-2021. Lors de l'AGA, les délégués ont voté à main levée, à titre indicatif, en faveur de ce gel.

Une première consultation, préalable à l'AGA, s'était échelonnée du 22 août au 22 septembre 2019. Les membres avaient reçu par courriel divers documents d'information dont le rapport annuel 2018-2019 de l'OIIQ. Un total de 1 185 membres avaient participé à la consultation et nombre d'entre eux ont profité de l'occasion pour réitérer leur souhait que la cotisation soit payable en deux versements ou plus. Cette demande des membres a été prise en considération et l'étalement du paiement de la cotisation sera possible à compter de la période d'inscription 2021-2022.

Proposant une nouvelle formule pour présenter le bilan de sa première année à la présidence, Luc Mathieu a segmenté sa présentation en plusieurs parties, chacune suivie d'une période d'échange avec les membres. Il a rappelé que les quelque 76 000 infirmières et infirmiers du Québec contribuent de façon fondamentale à l'accès aux soins de santé pour la population du Québec. Bien que la profession compose aujourd'hui avec plusieurs défis, elle ne cesse d'évoluer et de s'affirmer davantage, a-t-il ajouté.

Il a réitéré l'importance de la pleine occupation du champ d'exercice infirmier par les membres. « C'est un enjeu majeur pour l'OIIQ et la profession. » Quinze ans après l'adoption de la Loi 90, les infirmières et infirmiers déploieraient tout juste la moitié de leur champ d'exercice, ce qui peut porter atteinte à la qualité et à la sécurité des soins de santé, ainsi qu'à leur accès. « Les activités qu'on exerce le plus sont les gestes médico-techniques et procéduraux, au détriment des activités infirmières », a-t-il dit, rappelant les trois activités réservées au cœur de l'exercice infirmier, soit l'évaluation, la surveillance clinique et le suivi infirmier. « L'occupation de notre champ d'exercice est non seulement l'affaire des infirmières et infirmiers, mais aussi des professionnels œuvrant en enseignement, en recherche et en gestion, ainsi que du ministère de la Santé et des Services sociaux. »



DU NOUVEAU EN MATIÈRE D'INSPECTION PROFESSIONNELLE

Luc Mathieu a annoncé l'optimisation des mécanismes de protection du public, notamment ceux de l'inspection professionnelle. Les membres feront dorénavant l'objet d'une inspection individuelle, ce qui met fin aux inspections collectives qui ne répondaient plus aux nouvelles exigences de l'Office des professions du Québec. L'inspection professionnelle individuelle permettra de vérifier si le membre détient les compétences requises afin d'exercer conformément aux normes de pratique, aux lois et aux règlements en vigueur, tout en le soutenant dans le maintien et le développement de ses compétences professionnelles. Mais plus important encore, l'inspection professionnelle individuelle fournira au membre l'occasion de porter un regard critique sur ses compétences et de faire les ajustements nécessaires au besoin. Environ 3 000 membres par année, choisis aléatoirement, seront inspectés d'ici 2023 et la priorité sera donnée aux infirmières et infirmiers prodiguant des soins directs à la clientèle.

AVANCÉE HISTORIQUE POUR LES IPS

Les travaux menant au projet de loi nº 43 réalisés par l'OIIQ, conjointement avec le ministère de la Santé et des Services sociaux et le Collège des médecins du Québec, constituent un fait marquant de la dernière année. La *Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé* permettra aux IPS, dès 2020, de diagnostiquer certaines maladies en fonction de leur classe de spécialité et de leur domaine de soins. Cette avancée vient reconnaître l'apport des cinq classes de spécialités d'IPS en tant qu'élément de solution aux problèmes d'accès. « Les IPS vont pouvoir poser des diagnostics en toute autonomie, a expliqué Luc Mathieu. Cela ne veut pas dire en solo, ce qui est une mauvaise pratique, mais bien en toute collaboration professionnelle. » Le président de l'OIIQ a salué « la solidarité de la profession et la détermination de la ministre Danielle McCann » dans ce dossier.

RÔLE SOCIÉTAL DE L'OIIQ : UNE POSTURE DAVANTAGE AFFIRMÉE

Luc Mathieu a déposé, lors de l'AGA, la prise de position de l'OIIQ sur l'impact des changements climatiques sur la santé des populations et la pratique infirmière. « De nombreux enjeux sont omniprésents dans l'actualité et ont des répercussions tant sur la population que sur la pratique infirmière, a-t-il dit. Je crois fermement que les ordres professionnels ont un rôle sociétal à jouer et qu'il est de leur devoir de prendre la parole publiquement sur des enjeux liés à leur domaine d'expertise. » L'OIIQ souhaite sensibiliser les membres aux changements climatiques et les encourager à développer leurs compétences en santé physique et mentale en lien avec cet enjeu. On peut consulter cette prise de position sur **oiiq.org**.

LA PROFESSION INFIRMIÈRE DEVANT UN PARADOXE

Un total de 76 360 infirmières et infirmiers étaient inscrits au Tableau de l'OIIQ en 2018-2019, une augmentation de 1,4 % par rapport à l'année précédente. Par ailleurs, 3 893 nouveaux permis d'exercice ont été délivrés pour la même période. Or, seulement 60 % de l'ensemble de l'effectif travaille à temps complet et ce taux est de seulement 26 % chez la relève. « Nous sommes devant un paradoxe, observe Luc Mathieu. Alors que nous constatons une progression constante de l'effectif infirmier depuis dix ans et qu'en 2018-2019, nous avons connu la croissance la plus importante du nombre de membres, les milieux cliniques vivent des pénuries d'infirmières et d'infirmiers. Il y a un manque de ressources criant sur le terrain. Nous suivons de près cette situation et nous avons déjà eu des échanges avec les parties prenantes pour mener une réflexion en profondeur sur le sujet. »

La proportion de l'effectif titulaire d'un baccalauréat en sciences infirmières a atteint 46 % au 31 mars 2019. Le taux d'employabilité de la relève diplômée du baccalauréat s'élève à 94 %, alors qu'il se situe à 88 % chez les titulaires d'un diplôme d'études collégiales (DEC) en soins infirmiers. En 2018-2019, le taux des titulaires d'un DEC en soins infirmiers qui poursuivent vers le baccalauréat (cheminement DEC-BAC) a atteint 57 %. Bien que l'on entende souvent que les infirmières et infirmiers désertent la profession, les données de l'OIIQ indiquent un taux de rétention dans la profession de 90 %.

PERSPECTIVES D'AVENIR POUR LA PROFESSION

L'OIIQ continuera de favoriser le développement de la profession, de la pratique avancée et d'une identité infirmière forte. La planification stratégique 2020-2023, résultant d'un large processus de consultation auprès d'une trentaine de parties prenantes, sera dévoilée lors du lancement des célébrations du centenaire de l'OIIQ en février. « Le dossier qui mobilisera les efforts de l'OIIQ est certainement celui de la norme d'entrée à la profession par une formation de niveau universitaire; un dossier qui, nous dit-on, doit être réglé si l'on veut répondre aux besoins de santé grandissants et à la complexité des soins au Québec », a indiqué Luc Mathieu. L'OIIQ veut aussi remettre de l'avant les travaux sur les infirmières cliniciennes spécialisées. La mise en œuvre d'une collaboration renforcée avec les ordres régionaux est également prévue.

2020 : CENTENAIRE DE L'OIIQ

Luc Mathieu a rappelé que 2020 marque le centenaire de l'OIIQ. La programmation des activités du centenaire comprend notamment une exposition retraçant les faits marquants de l'histoire de l'OIIQ, présentée à la Maison des infirmières et infirmiers à partir du 14 février et pendant toute l'année. En outre, la Soirée Florence, grande célébration de l'expertise infirmière, placera sous les projecteurs jusqu'à 24 finalistes. Animé par France Beaudoin, l'événement du 12 mai prochain prendra les allures de la populaire émission de Radio-Canada *En direct de l'univers*. ●

GRAND PRIX
INNOVATION CLINIQUE
2019

MONTRÉAL/LAVAL

Une pratique autonome au service des personnes itinérantes

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

L'itinérance véhicule encore beaucoup de tabous et de mythes. Montréal, comme d'autres grandes villes, n'échappe pas à ce phénomène qui frappe de plus en plus d'individus en rupture avec leur milieu. Impliqués et bienveillants, Françoise Filion et Hugo Marchand sont à l'origine d'un projet qui sort des sentiers battus. Ces deux membres de la profession infirmière œuvrant à l'École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill ont établi un partenariat avec l'Accueil Bonneau, un organisme qui, depuis 1877, accueille et accompagne des personnes marginalisées, souvent en souffrance, pour les aider à améliorer leur qualité de vie et à se réinsérer socialement. Leur projet a remporté le Grand prix du concours Innovation clinique Banque Nationale 2019.

Parce que les besoins de santé sont criants, l'objectif de cette clinique est d'offrir des soins infirmiers aux hommes hébergés dans les quatre maisons de l'Accueil Bonneau (Joseph-Vincent, Claire-Ménard, Paul-Grégoire et Eugénie-Bernier). Depuis deux ans, la clinique a aidé près de 120 hommes âgés de 36 à 75 ans, qui ont été suivis lors de plus de 800 consultations infirmières. « Il est essentiel pour nous d'offrir des soins de proximité à un groupe qui n'est pas rejoint par les services de santé habituels », souligne Françoise Filion.

Les itinérants sont très vulnérables, surtout parce qu'ils présentent un taux de mortalité de deux à cinq fois plus élevé que dans la population générale. La clinique McGill-Bonneau, ouverte toute l'année et entièrement dirigée par des membres de la profession infirmière, propose des services deux jours par semaine, avec ou sans rendez-vous, à l'égard de problèmes de santé aigus ou chroniques. « Nos consultations concernent principalement l'hypertension artérielle, le diabète, les problèmes de santé mentale, les maladies pulmonaires obstructives chroniques et les soins de plaies », précise-t-elle.

Depuis la mise en œuvre du projet, les infirmières et infirmiers constatent avec satisfaction que les hommes itinérants fréquentent régulièrement la clinique. Les suivis infirmiers se révèlent indispensables pour ces individus, qui apprécient en particulier le soutien émotionnel dont ils bénéficient. « La relation d'aide compte beaucoup dans le lien thérapeutique », constate Françoise Filion. À l'Accueil Bonneau, tous aiment les échanges avec ces professionnels investis et présents dans leur milieu.

QUAND BIENVEILLANCE RIME AVEC ITINÉRANCE

Cette clinique témoigne de l'importance du rôle infirmier dans la communauté. L'Espace santé de l'Accueil Bonneau et ses cliniques mobiles sont également devenus un lieu de stage pour des étudiantes et étudiants au baccalauréat et à la maîtrise en sciences infirmières. Les apprentissages réalisés à la Clinique McGill-Bonneau se basent sur une approche en santé communautaire auprès d'une clientèle très vulnérable. L'ouverture d'esprit, le non-jugement et le rôle professionnel élargi leur permettent d'acquérir des connaissances singulières et d'exercer un jugement clinique unique.

L'initiative développée par Françoise Filion et Hugo Marchand se veut un modèle de soins innovant, empreint de tolérance et de bienveillance. Grâce à une pratique infirmière autonome, « on a réglé 95 % des problèmes et seuls 5 % des hommes ont été adressés à une ressource externe », fait valoir M^me^ Filion. Employés, bénévoles et bénéficiaires de l'Accueil Bonneau profitent des retombées positives d'un projet infirmier consacré à l'inclusion de toutes ces personnes « oubliées de la société ». ●



Josée F. Breton, présidente de l'ORIIML, Gisèlle Poirier, infirmière clinicienne, clinique McGill-Bonneau, Hugo Marchand, infirmier, directeur académique du laboratoire, École des sciences infirmières Ingram de l'Université McGill (de l'équipe lauréate), Sylvie Dubois, directrice, Direction nationale des soins et des services infirmiers, MSSS, Sylvie Coulombe, directrice du développement des partenariats professionnels, Banque Nationale, Luc Mathieu, président de l'OIIQ, et Françoise Filion, infirmière, professeure adjointe, École des sciences infirmières Ingram, Université McGill (de l'équipe lauréate).

formation **continue**

Les **formations OIIQ** : conçues spécifiquement pour la pratique clinique infirmière

> formations en salle
> formations en ligne
> articles-questionnaires

Découvrez-les sur **oiiq.org/formation**

CHRISTIAN M. ROCHEFORT

Comment l'histoire et le système définissent l'identité professionnelle des infirmières

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

S'appuyant sur l'histoire de la profession et sur les données scientifiques, Christian Rochefort, professeur à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, n'hésite pas à ébranler l'auditoire pour provoquer une réflexion en profondeur sur l'identité professionnelle infirmière. Il présentait la conférence d'ouverture au Congrès de l'OIIQ.

En 2019, force est de reconnaître que les infirmières n'occupent pas pleinement leur champ d'exercice. Christian Rochefort affirme que le rôle infirmier est encore largement subordonné à la médecine. « Notre identité professionnelle, c'est la façon unique que nous avons de répondre aux besoins de santé de la population. ». À cause de nombreuses contraintes administratives, les infirmières rationnent leurs responsabilités, dont la principale est l'évaluation physique et mentale des patients. Elles ne font peu ou pas de surveillance clinique, encore moins d'activités autonomes, dénonce-t-il.

Pourquoi le champ d'exercice infirmier est-il si peu reconnu et occupé? Christian Rochefort illustre son propos par l'affaire Burkoski qui a fait grand bruit en Ontario en 2016. Vanessa Burkoski a été congédiée après avoir désobéi à sa hiérarchie qui lui demandait, par souci d'économie, de remplacer les infirmières par d'autres professionnels. La gestionnaire ontarienne s'est insurgée et a clamé « haut et fort » que non seulement une telle décision était injustifiée, mais aussi qu'elle mettait en péril la santé des patients et la qualité des soins dispensés par les infirmières.

La non-reconnaissance de l'exercice professionnel au sein des organisations de santé a des répercussions directes sur la population, dit-il. Il encourage donc les infirmières à s'affirmer dans le réseau. Il déplore que « notre identité professionnelle soit principalement définie par les autres, et non pas par nous-mêmes ». Il s'appuie sur les travaux du professeur Michel Nadot, dont le modèle présente une division précise du travail infirmier selon trois cultures hétérogènes du « prendre soin ». Christian Rochefort trouve fâcheux que, contrairement à d'autres professionnels comme les avocats ou les comptables, les infirmières n'aient pas établi de lieu de pratique à elles ni clairement circonscrit leurs services cliniques à la population. « Il est relativement facile d'imaginer le besoin qui nous amène à consulter un professionnel, comme un avocat ou un comptable, ainsi que le service qu'on va y recevoir. Mais quels sont les besoins qui nous amènent à consulter une infirmière et les services qu'elle nous offre. Là, on tombe vite dans les clichés, comme les prises de sang et les signes vitaux. Nous n'avons pas réussi, à ce jour, à nous définir un service propre qui mérite qu'on nous consulte. »

« Notre identité professionnelle, c'est la façon unique que nous avons de répondre aux besoins de santé de la population. »

Il propose donc aux infirmières de prendre leur indépendance par rapport aux structures, comme l'hôpital et le CHSLD, ce qui peut vouloir dire d'oser la pratique privée. Pour cela, il pose deux conditions essentielles. La première consiste à réapprendre à soigner au sens de Florence Nightingale, c'est-à-dire savoir évaluer la condition physique et mentale des patients, et proposer des interventions autonomes qui répondent à leurs besoins de santé. Cela implique nécessairement, deuxième condition, de rehausser la formation initiale des infirmières, minimalement au baccalauréat, mais idéalement à la maîtrise. Il insiste sur l'importance de rehausser les standards académiques et d'affirmer son identité professionnelle, puisque dans les années à venir le fait de « prendre soin » pourrait reposer en grande partie sur la culture infirmière. ●





INSCRIPTION AU TABLEAU 2020-2021



Vous aurez jusqu'au lundi 16 mars 2020 à 23 h 59 pour vous inscrire, remplir votre déclaration annuelle et procéder au paiement de votre cotisation.

Pour plus de détails, visitez **oiiq.org/inscription-au-tableau/s-inscrire-au-tableau**

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PLACE À LA RECHERCHE

Communications par affichage

La séance de communications par affichage a permis à 13 équipes d'aller à la rencontre des infirmières et infirmiers à qui ils ont présenté leurs projets de recherche et leurs démarches méthodologiques.

AFFICHE COUP DE CŒUR

La mention Coup de cœur est remise annuellement à l'équipe dont la recherche a obtenu le plus de votes des participants. Elle a été attribuée cette année au projet des infirmières cliniciennes et infirmiers cliniciens Kenny Baptista da Silva, du Centre universitaire de santé McGill, Véronique Renaud, du CISSS des Laurentides, ainsi que Marc-André Reid et Émilie Rioux, tous deux du CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'île-de-Montréal.

Leur projet intitulé « L'identité professionnelle à l'ère numérique : l'infirmière face à des informations pouvant porter préjudice à la santé sur les médias sociaux » établit les six « P » pour une utilisation judicieuse et professionnelle des médias sociaux. « Notre façon de réagir sur Internet doit non seulement refléter mais aussi respecter notre identité professionnelle », affirme Véronique Renaud.

NOUVEAUTÉ : PRIX DU COMITÉ SCIENTIFIQUE

Une nouveauté au Congrès 2019, le comité scientifique du Congrès a décerné son premier Prix du comité scientifique. L'affiche de Jessica Rassy, professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke, a mérité ce prix pour sa recherche intitulée « L'audit systématique des cas de suicide et la pratique infirmière : de la compréhension à la prévention ». Grâce à la structure du sujet, sa méthodologie scientifique rigoureuse et sa qualité visuelle, le travail de Jessica Rassy et de son équipe s'est distingué. « Nous avons utilisé une approche collaborative, explique-t-elle. Nos recommandations à l'intention des infirmières leur permettront d'enrichir leurs connaissances et de mieux intervenir en prévention du suicide. » Le projet a également privilégié la participation et le soutien des personnes endeuillées. ●







Treize équipes d'infirmières et infirmiers ont participé aux communications par affichage lors du Congrès de l'OIIQ les 25 et 26 novembre derniers.

LUC MATHIEU, PRÉSIDENT DE L'OIIQ

« Le leadership, c'est aussi le pouvoir de notre expertise clinique »

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Luc Mathieu considère que l'on utilise le mot « leadership » de façon galvaudée dans la profession, sans trop définir à quoi on fait référence. Le leadership, c'est avoir de l'influence, dit-il. Il n'est pas nécessaire d'avoir un pouvoir d'autorité pour avoir de l'influence. « Le pouvoir d'expertise, de notre expertise infirmière, est très puissant à cet égard, et il concerne l'ensemble des infirmières et infirmiers. »

Depuis son élection l'an dernier au poste de président de l'OIIQ, Luc Mathieu s'est plusieurs fois exprimé sur divers sujets concernant la profession. Le 26 novembre, dans le cadre du Congrès de l'OIIQ, il s'est adressé à quelque 2 500 membres de la profession et de la communauté étudiante à propos de leur pouvoir collectif.

Tout le monde peut développer des compétences en matière de leadership, chacun à sa mesure, affirme-t-il. Le leadership n'est pas une caractéristique intrinsèque, mais bien une qualité que les autres attribuent à un individu. On définit le leadership comme le processus par lequel un individu influence un groupe de personnes pour réaliser un but commun.

L'expression du leadership n'est qu'un moyen et non une finalité, dit-il. Être un leader consiste à exercer de l'influence, laquelle n'est pas forcément associée à l'autorité. « Dans notre profession, le leadership repose d'abord et avant tout sur la crédibilité clinique et le pouvoir d'expertise. » Qu'il s'agisse d'infirmières soignantes, chercheuses, gestionnaires ou enseignantes, les infirmières et infirmiers, sans exception, peuvent devenir des leaders à condition d'acquérir une crédibilité auprès de leurs pairs et, éventuellement, auprès des autres professionnels et de la population. Il avait un message particulier à l'intention de la relève. « Quand on commence dans la profession, il faut s'assurer d'avoir une bonne pratique clinique, car c'est ainsi que vous allez bâtir votre crédibilité. Il est important de travailler sur cet aspect dès le début de votre carrière. »

La crédibilité clinique constitue un préalable au pouvoir d'expertise. Un membre de la profession infirmière détenant un pouvoir d'expertise dans son domaine de soins devient un agent de changement en raison de son influence. Les résultats probants indiquent que le leadership infirmier, lorsqu'il est exercé, entraîne une diminution des effets indésirables et de la mortalité, tout en améliorant la qualité de vie des patients.

UN MODÈLE POUR AFFIRMER SON IDENTITÉ

Mais si l'on n'est pas un leader infirmier, peut-on apprendre à le devenir? Dans une étude publiée en 2016 et basée sur les travaux de Sherman, l'équipe de Luc Mathieu (2016a) a déterminé les compétences de leader nécessaires dans un contexte de pratique avancée. Un modèle composé de six dimensions est proposé pour guider les infirmières et infirmiers dans le développement de leurs compétences en leadership clinique (**Figure 1**).

Il suggère de travailler individuellement et collectivement sur les comportements clés associés à chaque composante de ce modèle. Luc Mathieu invite chaque membre de la profession à affirmer son identité professionnelle. « Je veux faire mentir celles et ceux qui pensent que les infirmières et infirmiers ne peuvent pas devenir des leaders ». Enfin, il propose d'utiliser un outil réflexif (Mathieu et al., 2016b) pour identifier un ou des comportements clés à développer ou à améliorer, et même de se trouver un mentor ou un coach – des stratégies qui pourront porter leurs fruits afin de devenir un leader clinique! ●



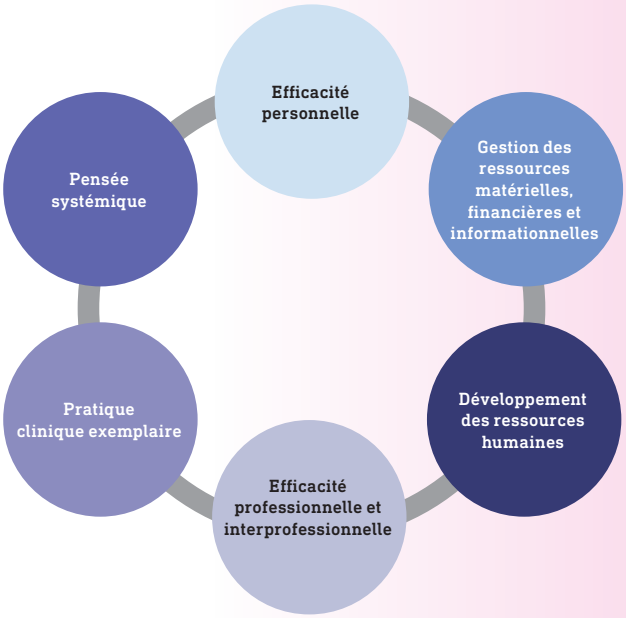
RÉFÉRENCES

Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A. S. et Morin, D. (2016a). «Les compétences de leadership pour la pratique infirmière avancée : proposition pour un modèle de développement pour la formation et la pratique clinique». Revue francophone internationale de recherche infirmière, 2(2), 105-113. Repéré à https://doi.org/10.1016/j.refiri.2016.04.003

Mathieu, L., Bell, L., Ramelet, A. S. et Morin, D. (2016b). «Auto-évaluation de la manifestation de comportements clés de leadership en contexte de pratique infirmière avancée». Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/7771101/auto-evaluation_comportements_leadership.pdf/b1645b8d-5726-3ee0-5b74-25558b16d08d

Sherman, R. O., Bishop, M., Eggenberger, T. et Karden, R. (2007). «Development of a leadership competency model». Journal of Nursing Administration, 37(2), 85-94. Repéré à https://doi.org/10.1097/00005110-200702000-00011

Figure 1
COMPÉTENCES EN LEADERSHIP CLINIQUE INFIRMIER



Source : Mathieu et al., 2016a.

Des ratios pour des soins sécuritaires

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**





JÉRÔME ROUSSEAU
Infirmier clinicien, vice-président de la FIQ.

MARIE-EVE VIAU
Conseillère syndicaleà la FIQ.

Les ratios infirmières-patients sont au cœur des préoccupations dans de nombreux milieux de soins. À cause de la surcharge de travail et du manque de personnel, le rationnement des activités infirmières entraîne des conséquences délétères sur la qualité des soins aux patients.

Jérôme Rousseau, infirmier clinicien, vice-président de la Fédération interprofessionnelle du Québec (FIQ), ainsi que Marie-Eve Viau et Katia Fecteau, toutes deux conseillères syndicales, s'entendent pour dire que la situation est préoccupante. La relation entre la dotation insuffisante et les effets indésirables a été établie dans de nombreuses études. Les ratios sécuritaires, variables selon les milieux de soins et les quarts de travail, représentent une dotation minimale à ne pas dépasser pour assurer la qualité des soins.

Selon la littérature scientifique, des effectifs insuffisants ont des impacts directs sur la mortalité causée par les complications, les infections nosocomiales, le taux de réadmission, la durée de séjour et la rétention des infirmières. Selon les quatre représentants de la FIQ, l'adoption d'un ratio minimum, ajustable selon les circonstances, par exemple en cas d'éclosion, viendrait sécuriser la pratique. Il ne faut pas attendre que les conditions gagnantes soient réunies pour instaurer un ratio infirmière-patients sécuritaire, préviennent-ils. « Au contraire, cela permet de renverser la vapeur et de prévenir la pénurie », affirment les conférenciers.

Les « projets ratios » conduits au Québec dans des unités de médecine-chirurgie et en soins de longue durée ont eu des retombées positives, affirment-ils. Les infirmières ont rapporté être en mesure d'effectuer leurs évaluations, de compléter les plans thérapeutiques infirmiers, de mieux gérer la douleur postopératoire et d'améliorer l'administration des médicaments PRN. De plus, les patients et leurs proches ont rapporté une plus grande satisfaction. Les ratios sécuritaires, ont-ils insisté, sont une solution incontournable pour permettre aux infirmières d'occuper pleinement leur champ d'exercice et d'améliorer la qualité des soins aux patients. ●

Le profil AÎNÉES intégré dans une application mobile

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**





ADÉLAÏDE BLOUIN GUINDON, conseillère en soins infirmiers, volet SAPA.

NATHALIE LEBLANC, conseillère en soins infirmiers, informatisation clinique.

Chez une population âgée de plus de 75 ans, la détérioration peut causer un impact majeur sur la santé. Adélaïde Blouin Guindon et Nathalie Leblanc, en collaboration avec Pierre Gagné[1] et Manon Rolland[2], ont développé un outil pratique et convivial pour soutenir le jugement infirmier.

Adélaïde Blouin Guindon, conseillère en soins infirmiers, volet SAPA, et Nathalie Leblanc, conseillère en soins infirmiers, informatisation clinique, ont mis sur pied un projet original à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Les infirmières utilisent déjà un tableau de suivi clinique (TSC) intégrant des outils d'évaluation du risque de plaies et de chutes, ainsi qu'un plan de travail du préposé aux bénéficiaires. « Nous avons ajouté le formulaire de l'approche AINÉES au TSC au profit de nos usagers », soulignent les deux conseillères. Ces dernières ont pu, grâce à la collaboration avec les services informatiques, déployer une application intelligente et mettre à la disposition des infirmières plusieurs tablettes électroniques. Les soignantes colligent ainsi toutes les données cliniques reflétant le profil AINÉES, au chevet de tous les usagers.

« Nous avons aussi travaillé avec tous les professionnels de l'équipe multidisciplinaire pour générer des recommandations adaptées à chaque personne », expliquent les deux conseillères en soins. Le profil AINÉES détecte les facteurs de risque et les détériorations, et grâce aux algorithmes, émet des alertes et génère des directives infirmières pertinentes pour guider l'infirmière. Mais « cet outil ne se substitue en aucun cas au jugement clinique infirmier », précise Adélaïde Blouin Guindon.

L'application a permis de prévenir la détérioration clinique, de détecter les risques de délirium, d'incontinence et de dysphagie, et surtout de restaurer le niveau initial d'autonomie. Enfin, toutes les données résumées et imprimées au moment du congé lors du retour de la personne âgée à domicile constituent une véritable plus-value pour la qualité et la continuité des soins infirmiers. ●

AÎNÉES	**A**	Autonomie et mobilité
	Î	Intégrité de la peau
	N	Nutrition et hydratation
	É	Élimination
	É	État cognitif et comportement
	S	Sommeil

1. Pierre Gagné est conseiller en soins infirmiers volet courte durée.

2. Manon Rolland est chef d'unité au CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Intégration de 1 000 recrues dans un CISSS

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Dans le contexte actuel du réseau de la santé, l'embauche et l'orientation du personnel de soins dans un CISSS peuvent représenter un défi colossal pour la direction des soins infirmiers. Le programme d'orientation général à l'embauche appelé tronc commun, créé au CISSS des Laurentides, a permis de faciliter l'intégration et la formation de recrues dans une équipe réunissant près de 3 000 infirmières et 1 200 infirmières auxiliaires.

Chantale Séguin, conseillère-cadre en soins infirmiers, a eu pour mission d'harmoniser les procédures. Elle a pu compter sur la collaboration de Karine Martel, Sacha Beaudoin et des conseillères en soins infirmiers à la direction adjointe aux pratiques professionnelles. Le nombre de personnes à intégrer et l'étendue du territoire du CISSS ont constitué leurs premiers obstacles. Chantale Séguin a collaboré avec la direction des ressources humaines en vue de mettre en place un tronc commun à l'intention des infirmières, infirmières auxiliaires et candidates à l'exercice des deux professions (CEPI et CEPIA).

Celui-ci est offert sous forme de présentations interactives dans les deux plus importants centres du CISSS et par visioconférence, pour les centres éloignés. Après que les besoins des nouveaux employés ont été déterminés, des contenus ont été élaborés en fonction des thématiques suivantes : principaux événements indésirables, activités infirmières présentant un potentiel de risque, situations urgentes et clientèle particulière.

Les stratégies pédagogiques ont tenu compte des différences générationnelles que présentent les nouvelles personnes embauchées, ce qui a d'ailleurs représenté l'un de leurs plus grands défis. « Nous avons dû prendre un virage éducationnel pour adapter nos méthodes d'enseignement », explique Karine Martel. Vidéos, informations accessibles sur l'intranet, conférences, cahiers du participant et séance de pratique ont été développés à l'intention des recrues. « Il a fallu également nous assurer de l'appropriation des contenus par nos formateurs », souligne Chantale Séguin. ●





CHANTALE SÉGUIN, conseillère-cadre en soins infirmiers, et KARINE MARTEL, conseillère en soins infirmiers au CISSS des Laurentides.

Les patients ressources en oncologie

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**



KARINE ST-PIERRE, MARIE-CLAUDE COUTURE, MARYLINE FRENETTE et ÉMILIE SAVARD, infirmières pivots en oncologie au CISSS de la Gaspésie.

De plus en plus, le rôle du patient partenaire est reconnu dans les parcours de soins. Mais qu'en est-il du patient ressource? En oncologie, des projets concrets réalisés en collaboration avec ces derniers et les infirmières-pivots ont changé la vie des patients suivis en oncologie au CISSS de la Gaspésie.

En oncologie, un patient ressource est un patient partenaire qui a le potentiel d'améliorer l'expérience du patient atteint de cancer. Maryline Frenette, Émilie Savard, Marie-Claude Couture et Karyne St-Pierre, toutes infirmières-pivots en oncologie au CISSS de la Gaspésie, recherchaient « des patients ayant eu un cancer et prêts à s'engager activement dans des projets d'amélioration de service ». Ainsi, des dyades infirmière-patient ressource se sont formées.

« Impliquer les patients dans la recherche de solutions est devenu notre cheval de bataille », disent-elles. Pour donner de la crédibilité aux patients ressources et les aider à prendre les bonnes décisions, les infirmières-pivots leur ont fourni les données probantes en oncologie. De plus, les patients ressources ont pu utiliser leur propre savoir, acquis pendant leur maladie. Ils ont développé une grande expertise pour intervenir de façon efficace et répondre aux besoins des personnes atteintes de cancer.

Grâce à cette collaboration entre infirmières et patients ressources, quatre projets ont pu être implantés.

1) La plateforme Web cancergaspesie.ca, qui présente plusieurs capsules vidéo d'informations.
2) Une version modifiée de l'outil de dépistage de la détresse (ODD), destinée à accompagner les personnes les plus vulnérables.
3) Un « Coffre à outils » pour mieux cibler les apprentissages avant le début des traitements (les infirmières reconnaissent que « les patients arrivent mieux préparés à recevoir leurs soins »).
4) Le projet « Un pont vers la maison », qui aborde le thème de la survivance. Un outil (disponible en application mobile et en format papier) permet de faciliter la transition vers la vie après le cancer et implique l'accompagnement par un patient ressource dans le processus de reconstruction de leur santé. ●

CONCOURS
INNOVATION INFIRMIERE
BANQUE NATIONALE
2020



Nouveau nom. Nouveaux critères. Nouvelle mission.

En 2020, *Innovation clinique* devient *Innovation infirmière*.

Ce concours qui mobilise toutes les régions braque les projecteurs sur les infirmières et infirmiers qui sont les acteurs centraux d'un projet couronné de succès dans leur milieu.

Faites connaître votre réalisation au plus tard le 2 mars 2020.

Pour tous les détails
oiiq.org/innovation-infirmiere

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

BANQUE NATIONALE

Jugement clinique infirmier et transfert de l'information

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Le transfert de l'information au changement de quart de travail constitue une activité courante exposant le patient à des risques d'erreurs liées à une mauvaise communication. Considéré comme chronophage et parfois sous-optimal, cet échange entre professionnelles demeure toutefois un élément important pour établir un jugement clinique infirmier sur le risque de détérioration.

Patrick Lavoie, professeur adjoint à l'Université de Montréal, Christina Clausen, coordonnatrice de la collaboration en sciences infirmières McGill, Jessica Emed, adjointe à la DSI au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal et leur équipe[1] ont mené un projet de recherche avec quelque 60 infirmières. L'analyse a porté sur 240 transferts d'information dans des unités de médecine et de chirurgie. Parmi les 158 patients inclus, l'état de santé de 58 d'entre eux a été jugé susceptible de se détériorer (PAR ≥ 4)[2] par les infirmières.

Des différences ont été constatées entre les milieux de soins. Les infirmières œuvrant en chirurgie étaient plus souvent d'accord entre elles. D'après les chercheurs, une infirmière qui commence son quart de travail évalue plus fréquemment un patient dont l'état de santé est susceptible de se détériorer, au contraire de sa collègue qui quitte son service. Il apparaît aussi que les données sollicitées lors des échanges concernent surtout des éléments objectifs ou techniques liés au plan de soins (signes vitaux, débits de solutés, etc.) plutôt que l'état du patient.

« Les informations partagées demeurent pertinentes pour les soins », précisent les trois chercheurs. Chaque unité de soin procède de façon unique avec un transfert de l'information adapté à ses besoins. Mais, en revanche, les infirmières revendiquent le droit d'« établir leur propre jugement clinique » à partir des informations partagées et d'évaluer la pertinence de celles qui sont à retenir pour leur quart de travail.



PATRICK LAVOIE
Professeur adjoint à l'Université de Montréal



CHRISTINA CLAUSEN
coordonnatrice de la collaboration en sciences infirmières McGill



JESSICA EMED
Adjointe à la DSI au CIUSSS du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal

1. Sean Clarke, Margaret Purden et Valerie Frunchak.
2. PAR, pour *Patient Acuity Rating* : échelle de 7 points évaluant le risque de détérioration.

Optimiser le rôle de chacun dans une équipe

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Les équipes de soins regroupent différents professionnels qui travaillent en interdépendance en vue de favoriser des résultats positifs chez les patients. Pour ces derniers et leur famille, un travail d'équipe efficace a un impact direct sur la qualité des soins reçus et la satisfaction.

Lysane Paquette, candidate au doctorat en sciences infirmières, et Kelley Kilpatrick, professeure agrégée à l'Université McGill, affirment pourtant que « ce n'est pas parce que l'on travaille ensemble que ça fonctionne bien ». En effet, un manque de clarté dans les rôles entre professionnels peut mener à un chevauchement des activités et entraîner des confrontations.

Lysane Paquette et son équipe ont réalisé une revue des écrits afin d'identifier les composantes d'interventions visant à favoriser la clarté des rôles. Sur 1 675 études, seules 14, dont la durée d'intervention variait de deux à quatre heures, ont été retenues. La répétition de courtes séances où l'équipe participe à l'intervention est recommandée. La simulation a été choisie pour refléter des situations courantes où la coordination entre professionnels est requise.

Des outils de communication se sont avérés efficaces pour clarifier les rôles de chacun. Le SBAR ou l'ISBAR peut être utilisé lors d'échanges avec d'autres professionnels, tandis que le SNAPPI, basé sur le SBAR, est spécifique aux situations de crise. La prise de parole est une compétence à développer. Elle fait référence à l'impératif moral qu'a l'infirmière de s'exprimer pour le bien du patient. Enfin, le débriefing favorise l'efficacité de l'intervention. Il doit être réalisé par une personne habilitée, dans un environnement propice à l'autoréflexion et guidé par un cadre théorique. Lors d'une mise en situation, Lysane Paquette rappelle que les constats de l'évaluation clinique doivent être exprimés clairement, notamment à l'aide d'outils de communication, pour permettre à l'infirmière d'occuper pleinement sa place dans l'équipe. ●



LYSANE PAQUETTE
candidate au doctorat en sciences infirmières.

Les personnes suivantes ont aussi participé au projet de recherche : **M-D. Beaulieu**, M.D., M. Sc., Université de Montréal; **C.-A. Dubois**, Ph. D., Université de Montréal; **N. Fernandez**, Ph. D., Université de Montréal; **N. Gauthier**, inf., M. Sc., MSSS; **S. Hains**, inf., M. Sc., MSSS (ret.); **M. Jabbour**, DtP, M. Sc., professionnelle de recherche, CIUSSS-EMTL; **K. Kilpatrick**, inf., Ph. D., Université McGill (chercheuse principale); **V. Landry**, IPSPL, Ph. D. (c), Université de Montréal; et **É. Tchouaket**, Ph. D., Université du Québec en Outaouais.

9 ET 10 NOVEMBRE
CONGRÈS**OIIQ**
2020

APPEL DE COMMUNICATIONS

LE **CONGRÈS 2020** SE TIENDRA DANS LE CADRE DU **100e ANNIVERSAIRE DE L'ORDRE**

Nous vous invitons à prendre part à cet événement de clôture des célébrations du 100e en soumettant une proposition de présentation pour un atelier thématique ou une séance de communication par affichage d'ici le 20 avril 2020.

Détails et formulaire disponibles sur oiiq.org

100 ans à veiller sur la santé







JOURNÉE ÉTUDIANTE

Un millier d'étoiles en l'honneur des étudiantes et étudiants

par **JOSIANE ROULEZ**

Accueil chaleureux, conférences inspirantes, conseils et outils pour se préparer à l'examen… Plus de 1 000 étudiantes et étudiants en soins infirmiers et sciences infirmières ont assisté au Congrès 2019, qui leur a offert tout un programme!

Après une séance d'orientation animée par le Comité jeunesse de l'OIIQ et les Jeux des infirmières et infirmiers du Québec, les étudiantes et étudiants se sont dirigés vers la grande salle pour le mot de bienvenue. Une surprise de taille les attendait! À l'invitation de l'animatrice Marie-Claude Lavallée, les infirmières et infirmiers présents ont tous allumé et levé bien haut la lampe de poche de leur cellulaire, faisant briller un millier d'étoiles en signe de reconnaissance et d'engagement envers leur relève.

La journée a ensuite pris son envol avec un éventail d'activités stimulantes et instructives, spécialement conçues pour les futurs membres de la profession. À la conférence Si l'examen m'était conté, offerte en anglais le matin et en français l'après-midi, ils ont reçu une foule d'informations précieuses pour se préparer à l'examen professionnel.

La Journée étudiante les a aussi amenés à réfléchir au thème du Congrès 2019 : Le système, la pratique et moi – Bâtir et exprimer son identité professionnelle.

Les étudiantes et étudiants ont aussi pu rencontrer les jeunes leaders du Comité jeunesse lors de la conférence Construire votre identité professionnelle : pendant et après vos études. Au kiosque du Comité, ils ont aussi pu récupérer leur Passeport identitaire, un outil de réflexion inspirant sur leur engagement dans la profession, et participer à un jeu-questionnaire interactif sur l'identité professionnelle.

Étudiantes et étudiants sont repartis de cette Journée étudiante motivés, mieux préparés pour l'examen et plus engagés que jamais envers leur future profession. Une expérience qui leur donne déjà envie de revenir l'an prochain! ●

DANIELLE McCANN

« L'abolition du TSO demeure l'une de mes priorités »



La ministre de la Santé et des Services sociaux tenait à s'adresser aux infirmières et infirmiers encore cette année afin de leur témoigner son appréciation pour le travail qu'ils font au quotidien. Contrairement à l'année dernière, alors qu'elle s'était déplacée pour prendre la parole devant les participants du Congrès, c'est par vidéo que la ministre leur a transmis son message, le 25 novembre dernier.

Elle est revenue sur le projet de loi 43 qui permettra aux IPS d'établir les diagnostics de certaines maladies selon leur spécialité. « Il était temps de reconnaître les compétences et l'expertise des IPS. Je me suis engagée à améliorer l'accès aux soins pour la population et le projet de loi 43 est l'un des jalons pour y parvenir. » Dans son allocution de l'an dernier, Danielle McCann avait dit souhaiter redonner une qualité de vie aux membres de la profession infirmière. Elle avait notamment mentionné l'abolition du temps supplémentaire obligatoire ainsi que l'établissement de ratios infirmière-patients garantissant une prestation de soins humains, sécuritaires et de qualité. Cette année, elle a de nouveau insisté sur le temps supplémentaire obligatoire. « L'abolition du TSO est un changement attendu depuis trop longtemps et je répète que cela demeure l'une de mes priorités. » ● C. B.

GENEVIÈVE FORTIER

« Les infirmières doivent occuper l'espace qui leur revient »

par **DALILA BENHABEROU-BRUN, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc.**

Leader reconnue par ses pairs, Geneviève Fortier, conseillère en ressources humaines agréée et chef de la direction chez Promutuel Assurance, affirme que la conjoncture actuelle est favorable à la profession infirmière. Membre du conseil d'administration du Centre hospitalier de l'Université de Montréal depuis 2007, elle est bien au fait du rôle infirmier et considère la profession comme l'une des plus belles du monde. Elle a prononcé la conférence de clôture du Congrès de l'OIIQ.



« C'est extraordinaire, tout ce que vous faites pour les patients, les proches aidants et les familles », souligne-t-elle, admirative. Pourtant, les infirmières et infirmiers sont à bout de souffle… Elle considère urgent que les membres de la profession infirmière prennent le contrôle de leur rôle et trouvent des façons de naviguer dans ce quotidien perturbé. « Je suis de celles qui pensent qu'on doit travailler sur les choses qu'on peut changer sans mettre trop d'énergie sur celles qu'on ne peut changer. »

D'abord, recommande-t-elle, les équipes doivent se souder pour éviter de perdre leurs repères. En outre, les infirmières et infirmiers peuvent se préparer à jouer un rôle de premier plan en prenant leur place. Elle propose d'appliquer la règle des 3C, c'est-à-dire : la clarté, la conviction et la connaissance de soi. La clarté consiste à exprimer ses besoins de manière claire et directe, avec calme et respect. La conviction fait appel à la capacité d'expliquer avec confiance et assurance pourquoi on souhaite une chose. Quant à la connaissance de soi, elle permet de compter sur ses forces pour se démarquer et d'identifier ses limites pour se faire respecter.

Pour la conférencière, l'élément le plus important concerne la conviction. Bien qu'une personne puisse exprimer clairement ses idées et ses besoins et qu'elle connaisse ses forces et ses limites, c'est la qualité de ses arguments qui permettra de « faire pencher la balance » et de convaincre son entourage professionnel. « Ce qui fait la différence entre une solution retenue et non retenue, c'est la conviction. »

Pour relever leurs défis professionnels, encore faut-il que les infirmières et infirmiers sachent en mesurer l'ampleur. Geneviève Fortier nous assure que, aussi simple que cela puisse sembler, « la posture physique et mentale adoptée à elle seule conditionne 50 % de la réussite ». Quand on adopte la bonne posture, cela revient à s'affirmer et à occuper un certain espace avec confiance et courage. Tout le succès réside donc dans la préparation à affronter la situation. Les essais et les erreurs font partie du processus. Prendre d'assaut un problème veut également dire s'aménager des temps de répit, de repos et de réflexion. « Il faut prendre le temps de ses ambitions », conclut-elle. ●

CONGRÈS OIIQ 2019

Merci à nos partenaires

qui, grâce à leur appui financier ont contribué au succès du Congrès 2019.

Partenaire **Platine**
La Capitale Assurances générales

Partenaires **Or**
Banque Nationale
TD Assurance

Partenaire **Argent**
Pearson ERPI

Partenaires **Bronze**
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal Québec
mon+
White Cross
Daniels
ROGERS

Journée **étudiante**
fiq Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec



© Shutterstock / Jes2uphoto

POUR FAVORISER LA COLLABORATION

Mieux comprendre le rôle des sages-femmes en centre hospitalier

Depuis 2004, accoucher dans un centre hospitalier avec l'aide d'une sage-femme est possible au Québec. L'infirmière qui travaille en obstétrique peut donc avoir à collaborer étroitement avec une sage-femme lors d'un accouchement ou à la suite d'un transfert de soins à l'équipe médicale et infirmière à cause d'imprévus ou de complications.

par **CATHERINE PÉPIN, inf., B. Sc., MARJOLAINE HÉON, inf., Ph. D., et ISABELLE BRAULT, inf., Ph. D.**

La pratique collaborative des infirmières et des sages-femmes en centre hospitalier offre autant de défis que d'opportunités d'échanges. Les défis découlent principalement d'une méconnaissance du médecin et des infirmières de l'étendue du champ d'exercice et du rôle des sages-femmes, de même que des différences dans leurs philosophies de soins respectives (Behruzi, Klam, Dehertog, Jimenez et Hatem, 2017; Macdonald et al., 2015).

« La pratique des sages-femmes est basée sur le respect de la grossesse et de l'accouchement comme processus physiologiques normaux, porteurs d'une signification profonde dans la vie des femmes » (OSFQ, 2019a). Les infirmières, tout comme les sages-femmes, donnent des soins aux parturientes et à leur famille. L'accompagnement, le suivi et les interventions infirmières s'inscrivent toutefois dans le contexte du système de santé. Plusieurs recherches canadiennes ont constaté une confusion des rôles rapportée par les infirmières travaillant avec des sages-femmes (Behruzi et al., 2017; Macdonald et al., 2015).

Cet article présente brièvement l'histoire des sages-femmes et fait un survol des ententes inter-établissements pour la pratique sage-femme en centre hospitalier. Une meilleure compréhension de leur rôle devrait favoriser la collaboration (**Encadré 1**).

HISTORIQUE

Dès la colonisation française du Canada, les premières sages-femmes suivaient les grossesses et pratiquaient la majorité des accouchements, les autres étant faits par des médecins (Rivard, 2014). Les *accoucheuses* agissaient alors du mieux qu'elles le pouvaient, sur les plans tant de leurs connaissances que de leurs expériences. Les sages-femmes pouvaient suivre des formations dans des maternités et pratiquer légalement les suivis de grossesse et les accouchements. Avec l'incorporation du Collège des médecins et chirurgiens du Bas-Canada en 1847, les actes obstétricaux deviennent une prérogative du corps médical, sauf en régions éloignées, où la pratique des sages-femmes est acceptée (Laforce, 1987).

Peu à peu, le cadre législatif réglementant les soins de maternité se transforme et limite la pratique des sages-femmes. En 1909, la *Loi médicale du Québec* détermine que les actes obstétricaux font partie de la médecine et qu'aucune personne ne peut exercer la médecine sans avoir obtenu une licence du Collège des médecins et chirurgiens de la province de Québec (Cornellier, 1993). D'abord naturelle, la grossesse devient pathologique.

Parallèlement, les infirmières sont peu intéressées à la pratique des sages-femmes puisqu'elles suivent le mouvement médical (Cohen, 2000; Cornellier, 1993).

Encadré 1
CE QUE LES INFIRMIÈRES DOIVENT SAVOIR

1. Même si la parturiente et sa sage-femme utilisent une chambre de naissance pour l'accouchement, la parturiente n'est pas considérée « admise à l'hôpital ». Elle demeure sous l'entière responsabilité de la sage-femme.
2. La sage-femme est assistée par une autre sage-femme lors d'un accouchement en centre hospitalier. Toutefois, elle peut demander l'assistance d'une infirmière à tout moment si elle le juge opportun.
3. La mère et son nouveau-né quittent le centre hospitalier généralement trois heures après la naissance. La sage-femme poursuit le suivi postnatal au domicile de la mère, et ce, jusqu'à six semaines après l'accouchement.
4. La parturiente sera admise au centre hospitalier seulement dans le cas d'un transfert de soins à l'équipe médicale et infirmière.
5. Advenant un transfert de soins à l'équipe médicale et infirmière, la sage-femme peut rester auprès de la parturiente et agir à titre d'accompagnante à la naissance pour la suite de l'accouchement et des soins post-partum.
6. La sage-femme a recours à des méthodes naturelles pour contrôler la douleur. Si une péridurale s'avère nécessaire, un transfert de soins à l'équipe médicale et infirmière sera fait.

Sources : Beauchemin et Gagnon, 2009; MSSS, 2015; RSFQ, 2019.

La formation théorique des infirmières est axée sur le modèle biomédical et est donnée par des médecins et des religieuses (Cohen, 2000). Conséquemment, elles sont peu exposées à la philosophie de soins des sages-femmes et à leur pratique.

En 1940, le Collège des médecins adopte une philosophie de « combat contre les charlatans » (CMQ, 2018). Le 20e siècle fut une période d'éradication de plusieurs professions du domaine de la santé, dont celle des sages-femmes. Sous le couvert de l'exclusivité des actes médicaux, la pratique sage-femme devient illégale. Vers 1960, la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Québec est faite par des médecins et des infirmières (MSSS, 2015). Presque la totalité des femmes accouchent à l'hôpital, sous sédation, en position couchée et sans la présence de leur conjoint (Cornellier, 1993).

En 1970, le mouvement féministe soulève une vague de revendications qui remettent en question les soins de maternité au Québec (MSSS, 2015). Les femmes réclament entres autres le droit d'être accompagnées par une personne de leur choix durant l'accouchement et veulent choisir où et comment elles donneront naissance à leur enfant (De Koninck, 1981). Vers 1980, dans une quête d'humanisation des soins en périnatalité, des femmes et des hommes se rassemblent pour promouvoir la pratique des sages-femmes et sa légalisation (Regroupement Naissance-Renaissance, 2005). « Accoucher ou se faire accoucher » a été l'un des slogans des colloques organisés par l'Association pour la santé publique du Québec (De Koninck, 1981; MSSS, 2015).

En 1990, le gouvernement du Québec reconnaît l'importance d'humaniser davantage les soins de maternité et accepte des projets-pilotes pour expérimenter la pratique des sages-femmes. En 1999, après 10 ans d'expérimentation, la *Loi sur les sages-femmes* est adoptée et leur pratique, reconnue (MSSS, 2015).

FORMATION

Une sage-femme est une professionnelle de la santé membre d'un ordre professionnel, l'Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ), lequel est régi par le *Code des professions* du Québec. Après avoir suivi une formation universitaire d'une durée de quatre ans, elle obtient un baccalauréat en pratique sage-femme décerné par l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Les sages-femmes praticiennes ont également « l'obligation de maintenir à jour leurs compétences professionnelles par de la formation continue. Certaines formations doivent être reconduites aux deux ans comme celle concernant la prise en charge de tout nouveau-né nécessitant des manœuvres de réanimation à la naissance, et d'autres aux trois ans, comme celle sur la détection et la gestion adéquate des urgences obstétricales » (OSFQ, 2019a).

Le champ d'exercice d'une sage-femme, lorsque tout se déroule normalement, consiste à donner à une femme des soins et des services pendant sa grossesse et son accouchement et à lui assurer, ainsi qu'à son nouveau-né, un suivi durant les six premières semaines postnatales. Elle peut aussi conseiller les parents sur la planification des naissances, la contraception, l'accouchement et l'allaitement, en plus de les préparer à leur rôle (MSSS, 2015).

Une sage-femme peut pratiquer un accouchement spontané, une amniotomie, une épisiotomie et sa réparation, ainsi qu'une réparation d'une lacération ou d'une déchirure du premier et du deuxième degrés du périnée. Elle peut prescrire et administrer certains médicaments ainsi que certaines analyses ou examens, et peut les interpréter (MSSS, 2015).

Les situations où une sage-femme doit consulter un médecin ou lui transférer la responsabilité clinique des soins sont définies par le « Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin » (**Encadré 2**).

AU QUÉBEC

Une femme suivie par une sage-femme peut choisir le lieu de son accouchement : à domicile, en maison de naissance ou en centre hospitalier (MSSS, 2008; RSFQ, 2019). Or, en 2018, le Québec ne comptait que 238 sages-femmes pratiquantes et une quinzaine de maisons de naissance (OSFQ, 2019c). Si le choix d'accoucher en maison de naissance existe, l'accès à ces maisons n'est pas toujours possible dans plusieurs régions du Québec (MSSS, 2015).

Selon le rapport annuel 2018-2019 de l'OSFQ, 244 membres sont inscrits au Tableau, dont 238 sont des praticiennes. Aucune ne pratique en Abitibi-Témiscamingue ou sur la Côte-Nord. En mars 2015, le gouvernement du Québec présentait ses orientations sur les soins en périnatalité en annonçant un *Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec* (MSSS, 2015). Ces orientations s'inscrivaient dans le suivi de la *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie* de 2008 (MSSS, 2008).

Le Cadre de référence prévoit le déploiement des services de sages-femmes dans toute la province, notamment l'édification de nouvelles maisons de naissance et la création d'ententes ou de protocoles inter-établissements avec les centres hospitaliers pour permettre aux sages-femmes d'y pratiquer (MSSS, 2015). Un établissement offrant des services de sages-femmes doit procéder à la signature d'un protocole ou d'une entente. Il s'agit d'un protocole si l'établissement exploite aussi un centre hospitalier, ou d'une entente si le centre hospitalier fait partie d'un autre établissement (MSSS, 2015). Ce document assure aux sages-femmes que les soins et services requis lors d'un accouchement seront disponibles, de même qu'un soutien médical et infirmier si nécessaire.

En ouvrant les centres hospitaliers aux sages-femmes, ces ententes donnent aux Québécoises un choix réel parmi les options s'offrant à elles lors de leur grossesse, de leur accouchement et du suivi post-partum.

Encadré 2
TRANSFERTS AU MÉDECIN

Les annexes du « Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin » *(Loi sur les sages-femmes)* énumèrent plus de 150 cas à cet égard. La liste prévoit des antécédents ou des conditions de santé ayant affecté la mère avant et pendant sa grossesse, pendant le travail, ainsi que pendant et après l'accouchement. La liste identifie aussi de nombreux cas pouvant toucher le nouveau-né pendant et après l'accouchement.

ACCOUCHER EN CENTRE HOSPITALIER

La femme qui souhaite accoucher dans un centre hospitalier avec l'assistance d'une sage-femme doit s'assurer qu'une entente a préalablement été conclue. Lorsque c'est le cas, sa sage-femme et elle conviennent du moment pour se rendre au centre hospitalier et en avisent le personnel médical et infirmier. Une chambre sera mise à leur disposition.

Quel que soit le lieu de naissance, la sage-femme privilégie un accouchement naturel. Selon le Regroupement Les Sages-Femmes du Québec (RSFQ) – l'association professionnelle des sages-femmes –, les femmes qui choisissent d'accoucher en centre hospitalier le font parce qu'elles s'y sentent plus à l'aise, qu'elles croient qu'un hôpital est plus sécuritaire en situation d'urgence ou parce qu'elles désirent avoir accès à des options médicales comme l'anesthésie péridurale pour soulager leur douleur. L'épidurale est offerte uniquement en milieu hospitalier (RSFQ, 2019).

Les ententes inter-établissements amènent les professionnels œuvrant en salle d'accouchement, dont les infirmières, à travailler avec les sages-femmes. Lorsqu'une infirmière est sollicitée auprès de la mère et de son nouveau-né, son rôle se juxtapose à celui de la sage-femme. Cette situation peut être source de difficultés relationnelles et nuire à la collaboration. Comprendre davantage la pratique sage-femme est déjà une première étape pouvant mener à un travail en interdisciplinarité et à une collaboration interprofessionnelle.

COLLABORATION

En établissement, plusieurs circonstances peuvent amener une sage-femme et une infirmière à collaborer, par exemple à la suite d'un transfert de soins à l'équipe médicale ou lorsqu'une sage-femme n'a pas de collègue disponible pour l'assister. Lors d'un transfert de soins, la femme est prise en charge par un médecin et une infirmière de la salle d'accouchement. Conformément à la philosophie de soins des sages-femmes, celle-ci restera auprès de la femme pour maintenir une relation de proximité et lui assurer une continuité de soins, même si elle n'est plus sous sa responsabilité. La sage-femme peut agir comme accompagnante à la naissance, titre non reconnu au niveau professionnel *(Loi sur les sages-femmes)*. Dans cette situation, la sage-femme qui collabore avec une infirmière n'exerce plus à titre professionnel en raison au transfert de soins.

Advenant qu'une parturiente accompagnée d'une sage-femme accouche en centre hospitalier et qu'aucune autre sage-femme n'est disponible pour les assister, l'aide d'une infirmière peut être sollicitée. L'infirmière pourrait alors assister la sage-femme et procéder par exemple à un massage utérin si la sage-femme lui demande.

Dans ces deux cas, l'accompagnement et le soutien de la parturiente pendant le travail peuvent être réalisés autant par l'infirmière de la salle d'accouchement que par la sage-femme. ●

SURPIED
TOUT POUR LE SOIN DU PIED

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

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

FORMATION COMPLÈTE 160 heures
Reconnue par l'AIISPQ

Formations avancées en soins des pieds
- Cours de perfectionnement: traitements spécifiques et utilisation d'instruments spécialisés.

- Cours conçus pour les infirmières et infirmiers.
- Méthodes pédagogiques variées, techniques audiovisuelles, livres guides inclus.
- Information et soutien pour démarrage d'entreprise



Prochains cours :
INTENSIF
27 janvier 2020
HYBRIDE
5 mars 2020
HEBDOMADAIRE
5 mars 2020



ÉTUDIANTS, procurez-vous votre trousse de départ chez SURPIED et nous payons les taxes* pour vous!
* Vous devez présenter une preuve de votre statut d'étudiant au sein d'un établissement reconnu. Offre limitée.

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

WWW.SURPIED.COM
INFORMATIONS : 514.990.8688
SANS FRAIS : 1.888.224.4197

LES AUTEURES

CATHERINE PÉPIN
Inf., M. Sc.

Infirmière clinicienne et étudiante au doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal. Elle est étudiante chercheuse au Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ).

MARJOLAINE HÉON
Inf., Ph. D.

Professeure agrégée et vice-doyenne aux études de premier cycle à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal. Elle est également chercheuse régulière au RRISIQ.

ISABELLE BRAULT
Inf., Ph. D.

Professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et présidente du Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle et au partenariat de soins de cette même université. Chercheuse au RRISIQ ainsi qu'à l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal.

RÉFÉRENCES

Beauchemin, M. et Gagnon, R. (2009). «L'accouchement en centre hospitalier avec une sage-femme au Québec». Canadian Journal of Midwifery Research and Practice, 8(3), 12.

Behruzi, R., Klam, S., Dehertog, M., Jimenez, V. et Hatem, M. (2017). «Understanding factors affecting collaboration between midwives and other health care professionals in a birth center and its affiliated Quebec hospital: A case study». BMC Pregnancy and Childbirth, 17(1), 200. Repéré à https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1381-x

Blais, R. et Joubert, P. (2000). «Evaluation of the midwifery pilot projects in Quebec: An overview». Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique, 91(1), I1-I4.

Cohen, Y. (2000). «Profession infirmière, une histoire des soins dans les hôpitaux du Québec». Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

Collège des médecins du Québec (CMQ). (2018). «Histoire du Collège – Liste des présidents et faits saillants de l'histoire du Collège». Repéré à www.cmq.org/page/fr/histoire-college.aspx

Cornellier, H. (1993). «Créer une nouvelle profession… vieille comme le monde, la sage-femme professionnelle de la santé au Québec, en comparaison avec la situation de la sage-femme au Canada et au Québec» [Essai soumis à la Faculté de droit pour une Maîtrise en droit de la santé]. Sherbrooke: Université de Sherbrooke.

De Koninck, M. (1981). «Accoucher ou se faire accoucher: rapport synthèse». Bulletin de l'Association pour la santé publique du Québec, 5(1), 5-16.

Laforce, H. (1987).« Les grandes étapes de l'élimination des sages-femmes au Québec du 17e au 20e siècle».

Kennedy, H. P. et Lyndon, A. (2008). «Tensions and teamwork in nursing and midwifery relationships». Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing, 37(4), 426-435. Repéré à www.jognn.org/article/S0884-2175(15)30114-3/fulltext

Dans F. Saillant et M. O'Neill, Accoucher autrement – Repères historiques, sociaux et culturels de la grossesse et de l'accouchement au Québec (p. 163-180). Montréal: Les Éditions Saint-Martin.

«Loi sur les sages-femmes», RLRQ, c. S-0.1.

«Loi sur les services de santé et les services sociaux», RLRQ, c. S-4.2.

Macdonald, D., Snelgrove-Clarke, E., Campbel-Yeo, M., Aston, M., Helwig, M. et Baker, K. (2015). «The experiences of midwives and nurses collaborating to provide birthing care: A systematic review». JBI Database of Systematic Reviews & Implementation Reports, 13(11), 74-127. Repéré à https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2444

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2008). «Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie». Québec: MSSS. Repéré à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2008/08-918-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2015). «Cadre de référence pour le déploiement des services de sage-femme au Québec». Québec: MSSS. Repéré à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-816-01W.pdf

Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). (2019b). «Choisir sa maison de naissance». Repéré à www.osfq.org/grand-public/choisir-une-maison-de-naissance/

Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). (2019a). «Philosophie et normes de pratique. Repéré à www.osfq.org/quest-ce-quune-sage-femme/philosophie-et-normes-de-pratiques/

Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ). (2019c). «Rapport annuel 2018-2019». Repéré à www.osfq.org/wp-content/uploads/2019/10/Rapport-Annuel_18-19.pdf

«Règlement sur les cas nécessitant une consultation d'un médecin ou un transfert de la responsabilité clinique à un médecin», ch. S-0.1, r. 4.

Regroupement Les Sages-Femmes du Québec (RSFQ). (2019). «Choix du lieu de naissance». Repéré à www.rsfq.qc.ca/choix-du-lieu-de-naissance/

Regroupement Naissance-Renaissance (RNR). (2005). «Humaniser notre système de santé, est-ce possible? Mémoire du Regroupement Naissance-Renaissance sur le Projet de loi 83 sur l'harmonisation de la Loi sur les services de santé et les services sociaux». Montréal: RNR. Repéré à http://bv.cdeacf.ca/CF_PDF/84408.pdf

Rivard, A. (2014). «Histoire de l'accouchement dans un Québec moderne». Montréal: les éditions du remue-ménage.



À PROPOS DE *l'actualisation professionnelle et de mon droit d'exercice*

par **JOSÉE MORSE, inf., B. Sc., M. Sc.**

Vous vous êtes inscrite au Tableau de l'OIIQ et à votre grand désarroi vous recevez un courriel intitulé « Avis concernant votre droit d'exercice ». Selon cet avis, le *Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec*[1] s'applique à votre situation, car vous n'avez pas exercé au moins 500 heures au cours des quatre années précédentes. Qu'est-ce que cela veut dire? Votre droit d'exercice peut-il être limité? Un programme d'actualisation peut-il vous être imposé? Pouvez-vous perdre votre permis? Grâce aux mises en situation ci-dessous, apprenez en plus sur ce règlement afin de pouvoir assumer de façon éclairée votre responsabilité concernant votre actualisation professionnelle et conserver votre plein droit d'exercice.

RÉPONSES DE LA PAGE 20

L'AUTEURE

JOSÉE MORSE
Inf., B. Sc., M. Sc.
Infirmière-conseil à la Direction, Admissions et registrariat de l'OIIQ.

1. Règlement sur les stages et les cours de perfectionnement de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. *Loi sur les infirmières et infirmiers* (chap. I-8, r. 19.1). Repéré à http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/I-8,%20r.%2019.1

POUR EN SAVOIR PLUS

Pour obtenir davantage d'information et un soutien personnalisé concernant l'actualisation professionnelle et votre droit d'exercice, vous pouvez communiquer avec une infirmière-conseil de la Direction, Admissions et registrariat par courriel à actualisation-br@oiiq.org.

À LIRE AUSSI

La section « Avis concernant votre droit d'exercice » sur oiiq.org

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?

01. Vous venez de vous inscrire au Tableau 2020-2021. Vous avez payé votre cotisation et rempli votre déclaration annuelle, mais voilà que votre droit d'exercice pourrait être limité. Vous êtes pourtant certaine d'avoir travaillé au moins 500 heures depuis 2016. Croyant avoir oublié de déclarer des heures, vous corrigez votre déclaration pour régulariser votre situation et pouvoir continuer d'exercer.

Réponse : Faux

Vous ne pouvez pas modifier une déclaration dont vous avez attesté la véracité. Le seul moyen de corriger les heures d'exercice que vous avez déclarées est de demander à vos employeurs depuis 2016 d'acheminer directement à l'OIIQ une Attestation des heures travaillées conforme (disponible sur oiiq.org). Les heures d'exercice attestées par vos employeurs remplaceront celles que vous avez déclarées de façon erronée. Si ces dernières totalisent 500 et plus pour les quatre années précédant votre inscription et l'année en cours, votre droit d'exercice ne sera pas limité. D'ici là, vous pouvez continuer d'exercer la profession puisqu'un délai de 21 jours vous est accordé pour corriger vos données. Vous avez la responsabilité de contacter vos employeurs pour leur demander les attestations requises. Cependant, si vous n'avez pas corrigé vos données ou répondu au courriel « Avis concernant votre droit d'exercice » dans ce délai de 21 jours, vous recevrez un deuxième courriel vous informant que votre droit d'exercice est conséquemment limité.

02. Vous planifiez votre retour au travail après un congé de maternité suivi d'un congé de maladie. Vous n'avez pas exercé 500 heures au cours des quatre dernières années, mais vous considérez vos compétences à jour même si vous n'avez fait aucune formation continue au cours de cet arrêt de travail, car vous en étiez dispensée. Dans ce contexte, l'OIIQ ne peut vous imposer de programme d'actualisation.

Réponse : Faux

Si vous avez exercé moins de 500 heures en quatre ans, vous êtes visée par ce Règlement. Une mise à jour de vos compétences peut s'imposer, peu importe les raisons pour lesquelles vous n'avez pas exercé. Si vous estimez que vos compétences sont à jour, vous devez répondre au courriel « Avis concernant votre droit d'exercice », avant la 22e journée suivant sa réception, afin que votre dossier soit présenté au Comité des requêtes. Pour ce faire, vous devez consulter le site Web de l'OIIQ et sa section « Profil 2 : moins de 500 heures travaillées et connaissances à jour. » Par exemple, vous pouvez fournir une lettre qui explique pourquoi vous voulez « conserver votre plein droit d'exercice sans l'imposition d'un programme d'actualisation, car vous considérez vos compétences à jour » et y joindre votre curriculum vitæ ainsi que vos attestations de formation, relevés de notes universitaires et tout autre document pouvant faire la preuve du maintien de vos compétences au cours des quatre dernières années. Il faut savoir que la formation continue (20 heures par année, dont sept heures accréditées) est une norme applicable à tout membre qui exerce. Toutefois, elle peut rarement suffire, à elle seule, à pallier le manque d'heures d'exercice.

03. Votre droit d'exercice a été limité jusqu'à la réussite d'un programme d'actualisation. Votre situation a fait l'objet d'une publication dans le « Réglementaire » (obligation du *Code des professions*) et dans la section « Vérification du droit d'exercice » (information publique) du site Web de l'OIIQ. Vous n'êtes ni une criminelle, ni coupable d'une faute professionnelle. Vous détenez toujours votre permis de l'OIIQ et vous pouvez travailler à titre d'infirmière, à condition de n'exercer aucune des activités incluses à votre champ d'exercice professionnel.

Réponse : Vrai

Votre permis n'a pas été révoqué. Vous êtes inscrite au Tableau et vous pouvez utiliser le titre d'infirmière. Toutefois, vous ne pouvez prétendre ou laisser croire que vos compétences professionnelles sont à jour. De plus, vous êtes

dans l'obligation de cesser illico l'exercice de toute activité réservée à l'infirmière, sauf dans le cadre d'un programme d'actualisation approuvé et sous la supervision d'une infirmière. Une fois le programme réussi et confirmé par une grille d'évaluation de stage dûment remplie et signée par l'infirmière responsable du programme (formulaire disponible sur oiiq.org), votre limitation du droit d'exercice sera levée et vous pourrez recommencer à exercer pleinement la profession. Si vous n'aviez pas d'emploi lors de l'imposition du programme d'actualisation, la réussite de ce programme pourrait favoriser la confiance d'un éventuel employeur en vos compétences professionnelles.

04. Vous avez reçu un avis de l'OIIQ auquel vous n'avez pas répondu. Maintenant, l'OIIQ vous oblige à retourner au collège pour faire un programme d'actualisation professionnelle.

Réponse : ✖ Faux

Il n'est pas juste de dire que l'OIIQ vous oblige à retourner au collège. En revanche, il vous impose un programme d'actualisation (collégial ou personnalisé) parce que vous n'avez pas exercé les 500 heures requises et n'avez présenté aucune preuve de la mise à jour de vos compétences.

Un programme d'actualisation collégial (CWA.0D) comportant 480 heures, dont 285 heures de stage clinique en médecine, chirurgie et soins de longue durée, est préapprouvé par l'OIIQ. Vous pouvez le réaliser avant même qu'il vous soit imposé, à condition d'être inscrite au Tableau de l'Ordre.

Un programme d'actualisation personnalisé (sur mesure) est une autre option. Vous pourrez réaliser un tel programme après l'avoir fait approuver par le Comité des requêtes de l'OIIQ. Vous aurez alors à fournir une planification rigoureuse du programme en utilisant le formulaire « Planification d'un programme d'actualisation » disponible sur le site Web, afin d'y décrire les activités de formation théorique et clinique que vous proposez de réaliser pour répondre à vos besoins d'actualisation. Une infirmière de l'établissement de santé ou de l'établissement d'enseignement de votre choix devra être responsable de votre programme. Celle-ci devra signer la planification de votre programme que vous soumettrez au Comité des requêtes.

05. Au cours des dernières années, vous avez fait des missions bénévoles en Afrique en tant qu'infirmière recrutée par des organismes humanitaires. Vous avez participé à des campagnes de vaccination, travaillé en contraception et prévention des ITSS ainsi qu'assuré les services d'urgence en dispensaire dont des soins de plaies complexes. Vous revenez au Québec riche d'expériences professionnelles pertinentes en soins infirmiers de première ligne. Vous considérez vos compétences à jour et, pourtant, on vous a imposé un programme d'actualisation. Vous êtes pénalisée parce que vous avez cessé d'exercer au Québec.

Réponse : ✖ Faux

Les heures exercées à l'extérieur du Canada, contre rémunération ou bénévolement, peuvent être considérées par l'OIIQ. Vous ne pouvez pas indiquer ces heures dans votre déclaration annuelle qui porte sur l'exercice au Québec, mais vous pouvez présenter une demande écrite au Comité des requêtes afin de faire reconnaître ces heures d'exercice. Vous devez demander à vos employeurs hors Canada d'acheminer directement à l'OIIQ une Attestation des heures travaillées. Une description de fonction pourrait également s'avérer pertinente. S'il y a lieu, vous devez aussi demander à l'organisme réglementaire des soins infirmiers du pays où vous avez travaillé de fournir à l'OIIQ une preuve de votre enregistrement comme infirmière dans ce pays. Enfin, pour faire une demande au Comité des requêtes, vous devez être inscrite au Tableau de l'OIIQ. Le Comité des requêtes analysera votre dossier et pourra reconnaître vos heures d'exercice. Si elles totalisent 500 et plus, votre droit d'exercice au Québec pourra être confirmé. Si elles sont considérées non reliées aux activités professionnelles de l'infirmière au Québec ou qu'elles totalisent moins de 500 et que vous n'avez pas démontré la mise à jour de vos compétences, vous devrez réussir un programme d'actualisation professionnelle.

06. À l'approche de votre retraite, vous avez réduit la cadence en prenant un poste d'infirmière à temps partiel pour lequel vous avez cumulé 325 heures au cours des quatre dernières années. Vous avez travaillé en centre d'hébergement pendant toute votre carrière et vous n'envisagez nullement travailler dans un autre domaine. À votre âge, vous estimez qu'un stage d'actualisation n'est pas pour vous. En outre, vous n'avez pas besoin d'un plein droit d'exercice puisque vous exercez uniquement auprès des personnes âgées.

Réponse : ✖ Faux

Peu importe le milieu ou la clientèle desservie, votre plein droit d'exercice est requis pour notamment évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique, assurer la surveillance clinique et déterminer les soins et le suivi requis. Pour conserver un plein droit d'exercice, vous devez avoir exercé au moins 500 heures par quatre ans ou démontré la mise à jour de vos compétences professionnelles. Sinon, un programme d'actualisation peut vous être imposé. Par ailleurs, il est possible de demander un droit d'exercice portant uniquement sur certaines activités réservées ciblées, comme la vaccination, les prélèvements ou les soins de pieds. Vous devez alors démontrer au Comité des requêtes que vous assurez la mise à jour de vos compétences pour ces activités uniquement. Vous ne pourrez exercer aucune autre activité réservée que celles autorisées, sauf dans le cadre d'un programme d'actualisation, et ce, jusqu'à sa réussite.



UN EMPLOI EN SANTÉ POUR VOUS

Nous vous offrons plus qu'une carrière… Un épanouissement.

- Les meilleures conditions de l'industrie
- Gestion de vos horaires en temps réel via notre portail web
- Remplacements à temps complet, temps partiel ou sur appel disponibles
- Une équipe professionnelle et dynamique à l'écoute de vos besoins
- **Des mandats partout au Québec**

Faites nous parvenir votre curriculum vitae
cv@servicesprogressifs.com
Tél : 514 335-1813, poste 235
Télécopieur : 514 336-8803
www.servicesprogressifs.com

Postulez en ligne sur une ou plusieurs offres d'emploi actualisées via notre site web.
www.facebook.com/ServicesProgressifs

SERVICES PROGRESSIFS
PLACEMENT EN SOINS DE SANTÉ

En santé depuis plus de 45 ans.

L'infirmière et l'usage ou l'abus de substances intoxicantes : responsabilités déontologiques

L'usage ou l'abus de substances intoxicantes touchent la profession infirmière tout comme la population en général. Le fait, pour une infirmière, d'exercer la profession tout en étant sous l'influence de substances intoxicantes constitue un problème grave et complexe puisqu'il affecte ses facultés, la met ainsi en danger de même que la clientèle, les collègues et l'organisation.

par **JOANNE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., syndique, MYRIAM BRISSON, inf., M. Sc., directrice adjointe – déontologie, syndique adjointe, MAGALI MICHAUD, inf., B. Sc. inf., avocate, syndique adjointe, STÉPHANIE VÉZINA, inf., M. Sc., syndique adjointe, et SANDRA MORETTI, inf., M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique**

L'article 13 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* précise que « [l]'infirmière ou l'infirmier ne peut s'approprier des médicaments ou autres substances, notamment des stupéfiants, une préparation narcotique ou anesthésique ou tout autre bien appartenant à une personne avec laquelle il est en rapport dans l'exercice de sa profession ».

Le terme « s'approprier » implique qu'une personne acquiert le bien d'autrui. L'infirmière aux prises avec un problème de dépendance est susceptible de s'approprier des substances appartenant à son employeur (p. ex., dans le système de distribution de la médication) ou à la clientèle dans les cas de soins à domicile. Le vol peut s'effectuer directement, notamment en prenant des ampoules complètes, ou indirectement, en prenant des doses restantes qui devaient être détruites. Différentes stratégies ou divers subterfuges sont utilisés pour ce faire. Une infirmière peut se proposer constamment pour administrer les analgésiques aux clients de ses collègues ou encore inscrire de fausses informations dans les dossiers des clients, dans les systèmes automatisés de distribution de médicaments ou sur les feuilles de contrôle de drogues contrôlées.

Parfois, la substitution, c'est-à-dire le remplacement d'une substance par autre chose comme de l'eau stérile ou de la solution saline, est employée pour s'approprier des substances. Vous est-il possible d'imaginer qu'un client souffrant des suites d'une chirurgie orthopédique reçoive une injection de solution saline plutôt qu'un narcotique pour soulager sa douleur? Ce geste portant directement préjudice au client, les sanctions imposées par le Conseil de discipline à une infirmière reconnue coupable d'avoir substitué des produits sont importantes afin d'être exemplaires et dissuasives.

D'autres professionnels, comme les pharmaciens, ont des responsabilités en matière de drogues contrôlées. Toutefois, les infirmières doivent s'assurer de la mise en œuvre de mesures de contrôle strictes et d'un suivi rigoureux en vue de prévenir et de détecter toute situation d'appropriation.

ÉTAT COMPROMETTANT LA QUALITÉ DES SOINS ET DES SERVICES

L'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* mentionne que « [o]utre ce qui est prévu à l'article 54 du *Code des professions* (chapitre C-26), l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services », c'est-à-dire « s'il est sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou de toute autre substance pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou l'inconscience ».

Les clients sont en droit de s'attendre à recevoir des soins sécuritaires et à ce que l'infirmière qui les soigne soit en état d'exercer sa profession. La complexité des soins, ainsi que la nature des décisions à prendre et des interventions, souvent à haut risque, exigent de l'infirmière une vigilance constante et nécessitent que son jugement et ses aptitudes ne soient pas affectés.

Le fait d'exercer sa profession en ayant les facultés affaiblies par l'usage de drogues, d'alcool ou de toute autre substance est reconnu par le Conseil de discipline comme l'une des infractions professionnelles les plus graves, compte tenu du risque élevé de préjudice à la clientèle.

Tout comme l'alcool, le cannabis à usage récréatif est maintenant légalisé; toutefois, cela ne signifie pas pour autant que l'infirmière peut en consommer durant l'exercice de sa profession ni exercer sous son effet (lire « La légalisation du cannabis : impact sur l'exercice de la profession infirmière »).

CONSEIL DE DISCIPLINE : SANCTION EXEMPLAIRE

En 2017, le Conseil de discipline a reconnu coupable une infirmière qui, pendant cinq ans, s'est approprié à de nombreuses reprises de l'hydromorphone (Dilaudid[MD]) injectable en tentant de camoufler ses appropriations par divers subterfuges, notamment par le biais de



substitutions et d'inscription de fausses informations aux feuilles de contrôle ou aux dossiers de clients *(Infirmières et infirmiers (Ordre des)* c. *Goupil)*. Puisqu'elle consommait de l'hydromorphone durant son quart de travail, l'infirmière a aussi été reconnue coupable d'avoir exercé, à de nombreuses reprises, sa profession alors qu'elle était dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services. Elle s'est vu imposer les sanctions suivantes :

- une radiation temporaire de 27 mois pour s'être approprié des narcotiques par divers subterfuges;
- une radiation temporaire de 12 mois pour avoir exercé sa profession sous l'influence de narcotiques;
- une limitation de deux ans, et ce, à compter de son retour au travail, période au cours de laquelle elle ne pourra accéder à tout narcotique ou à toute drogue contrôlés, ni les manipuler et les administrer.

Vous est-il possible d'imaginer qu'un client souffrant des suites d'une chirurgie orthopédique reçoive une injection de solution saline plutôt qu'un narcotique pour soulager sa douleur?

SÉCURITÉ DES CLIENTS

L'article 42 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* précise que lorsque la sécurité d'un client est en jeu ou s'il y a un risque pour la clientèle, « l'infirmière ou l'infirmier doit, dans le cadre de ses fonctions, prendre les moyens raisonnables pour assurer la sécurité des clients, notamment en avisant les instances appropriées ».

Si une infirmière détecte chez une collègue des comportements ou des signes physiques de consommation ou d'exercice sous influence, par exemple de la labilité émotionnelle, des yeux rouges ou larmoyants, des tremblements ou d'autres signes, elle doit agir, entre autres, en signalant la situation à une autorité compétente. En général, lorsque la problématique est observée dans le milieu de travail, l'infirmière est souvent déjà aux prises avec un sérieux problème de dépendance.

La loi du silence dans plusieurs milieux est inacceptable. Aussi longtemps que le problème est ignoré, il perdure, la situation s'aggrave et l'infirmière s'enfonce davantage dans ses habitudes de consommation (Letourneau et Deschesne, 2015). Le risque pour la clientèle est le facteur primordial à considérer.

Une intervention précoce prévient l'aggravation de la condition de l'infirmière et limite les conséquences et préjudices potentiels. En effet, en plus de contribuer à assurer la sécurité des clients, le signalement de la situation permet à l'infirmière ayant un problème de dépendance de bénéficier de programmes de réhabilitation.

MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE

L'aide-conseil de la Direction, Bureau du Syndic reçoit régulièrement des appels d'infirmières concernant, d'une part, la prise de médication prescrite, notamment pour des douleurs chroniques et, d'autre part, l'exercice de la profession. Une infirmière peut-elle exercer si elle consomme un médicament comme un narcotique sur ordonnance? Dans ce cas, contrevient-elle à son code de déontologie?

Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* indique la conduite attendue de l'infirmière dans ce contexte. Elle a la responsabilité

La légalisation du cannabis : impact sur l'exercice de la profession infirmière

par **JOANNE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., syndique, YANNICKE BOUCHER, inf., M. Sc., syndique adjointe, MYRIAM BRISSON, inf., M. Sc., directrice adjointe – déontologie et syndique adjointe, SANDRA MORETTI, inf., M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique, et STÉPHANIE VÉZINA, inf., M. Sc., syndique adjointe**

Qu'il soit question de cannabis, d'alcool ou de toute autre substance, licite ou illicite, « [o]utre ce qui est prévu à l'article 54 du *Code des professions* (c. C-26), l'infirmière ou l'infirmier doit s'abstenir d'exercer sa profession lorsqu'il est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services. L'infirmière ou l'infirmier est dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et des services notamment s'il est sous l'influence de boissons alcooliques, de stupéfiants, d'hallucinogènes, de préparations narcotiques ou anesthésiques, ou de toute autre substance pouvant produire l'ivresse, l'affaiblissement ou la perturbation des facultés ou l'inconscience» (Code de déontologie, art. 16).

Comme il a été mentionné dans l'article « L'infirmière et l'usage oul'abus de substances intoxicantes : responsabilités déontologiques » (p. 69), les clients sont en droit de s'attendre à recevoir des soins sécuritaires et à ce que l'infirmière qui les soigne soit en état d'exercer sa profession.

Il est important de rappeler que le cannabis est un psychotrope perturbateur du système nerveux central. Ainsi, bien que la consommation de cannabis à des fins récréatives soit maintenant légalisée, cette légalisation ne signifie pas pour autant que l'infirmière peut en consommer durant l'exercice de sa profession. Par ailleurs, tout collègue infirmier témoin d'une telle situation a l'obligation de la dénoncer aux instances appropriées, et ce, dans l'optique d'assurer la sécurité de la clientèle (Code de déontologie, art. 42).

Le fait d'exercer sa profession en ayant les facultés affaiblies par l'usage de drogues, d'alcool ou de toute autre substance est reconnu par le Conseil de discipline comme l'une des infractions les plus graves d'un point de vue professionnel, compte tenu du risque élevé de préjudice à la clientèle.

CONSEIL DE DISCIPLINE : DÉCISIONS RENDUES

Une décision récente du Conseil de discipline fait état d'une infirmière connue pour des problèmes de dépendance qui avait, entre autres, consommé du cannabis ainsi que de l'alcool pendant son heure de dîner. « Lorsqu'elle retourne au travail, ses collègues constatent immédiatement qu'elle ne va pas bien. Elle a de la difficulté à écrire ses notes. L'intimée est alors au chevet de ses clients. Ses collègues la ramènent chez elle » *(Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)* c. *Chartrand)*. L'infirmière a été reconnue coupable par le Conseil de discipline d'avoir exercé la profession dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins. L'intimée s'est vu imposer une radiation temporaire de neuf mois ainsi qu'une limitation de 18 mois durant laquelle elle ne peut accéder à tout narcotique ou à toute drogue contrôlée, ni les manipuler ou les administrer.

En 2017, une infirmière qui avait des problèmes de consommation de cannabis et d'héroïne a été reconnue coupable par

professionnelle individuelle d'évaluer son état et si, selon elle, il compromet la qualité des soins et des services, elle doit s'abstenir d'exercer et aviser son employeur. Essentiellement, le facteur à considérer est l'effet de la substance sur l'infirmière et non la substance elle-même.

CONCLUSION

Les responsabilités déontologiques des infirmières au regard des problèmes d'appropriation ou d'usage et d'abus de substances intoxicantes visent à protéger le public. Une intervention précoce est l'un des mécanismes reconnus en vue de limiter les dommages pour l'infirmière et d'assurer la sécurité des clients. En outre, comme il est stipulé à l'article 42 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, l'infirmière doit prendre les moyens raisonnables dans le but de veiller à la sécurité des clients. Une infirmière témoin d'appropriation ou d'exercice sous influence se doit donc d'agir en conséquence. Peu importe le contexte, l'infirmière a l'obligation d'évaluer son état et si elle croit qu'il peut compromettre la qualité des soins et des services, elle doit s'abstenir d'exercer et aviser son employeur (Code de déontologie, art. 16). ●

LES INCONTOURNABLES EN DÉONTOLOGIE

- Le *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, à consulter sur oiiq.org/code-deonto
- La formation en ligne *Code de déontologie : un guide éclairant pour l'infirmière*, disponible sur oiiq.org/formation/deontologie

RÉFÉRENCES

«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9.

«Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Goupil», [2017] CanLII 24575.

Letourneau, J. et Deschenes, L. (2015). «Reconnaître les signes d'abus de substances intoxicantes: pour une intervention précoce». Le Point en administration de la santé et des services sociaux, 10(4).

le Conseil de discipline d'avoir exercé sa profession alors qu'elle était dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins et services *(Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)* c. *Gaudreault)*. Dans sa décision, le Conseil mentionne que « [l]'article 16 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* impose aux infirmières une obligation impérative de sobriété lorsqu'elles sont dans l'exercice de leur profession. Il en va évidemment de l'intérêt de tous, mais surtout de la qualité et de la conformité des soins et services dispensés aux clients, notamment lorsque l'infirmière œuvre au sein d'une unité où les clients sont, en raison de leur âge, souvent plus vulnérables et d'une certaine façon à la merci du personnel soignant ».

Dans une autre décision, rendue en 2009, qui concernait une infirmière trouvée coupable d'avoir exercé sa profession sous l'influence du cannabis, le Conseil de discipline a considéré comme facteur aggravant le fait que cette dernière a avoué continuer de « consommer socialement » du cannabis alors que ses problèmes de consommation étaient toujours présents *(Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des)* c. *Giroux)*. L'infirmière s'est vu imposer, entre autres, une radiation temporaire de neuf mois pour avoir exercé la profession dans un état susceptible de compromettre la qualité des soins.

La jurisprudence présentée dans cette chronique demeure d'actualité. Le principe reste le même : ce n'est pas la consommation de cannabis qui est mise en cause, mais bien le fait d'exercer sous l'influence d'une substance pouvant produire l'affaiblissement ou la perturbation des facultés et ainsi mettre les clients à risque, ce qui est inadmissible. ●

RÉFÉRENCES

Benhaberou-Brun, D. (2019). «Le cannabis et ses effets psychotropes». Perspective infirmière, 16(3), 65-67.

«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9.

«Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Chartrand», [2018] CanLII 70257.

«Infirmières infirmiers (Ordre professionnel des) c. Gaudreault», [2017] CanLII 29161.

«Infirmières et infirmiers (Ordre professionnel des) c. Giroux», [2009] CanLII 80109.

Droit de prescrire : des réponses à vos questions les plus fréquentes

Depuis le 11 janvier 2016, plus de 9 000 membres de la profession peuvent prescrire dans certains domaines en vertu du *Règlement sur certaines activités professionnelles qui peuvent être exercées par une infirmière et un infirmier*, pris en application de la *Loi médicale*.

par **MARIE-ÈVE ARSENAULT, inf., B. Sc. inf., conseillère à la consultation professionnelle, MAGALI MORIN, inf., M. Sc., conseillère à la qualité de la pratique, et CHANTALE DESBIENS, inf., M. Sc. inf., directrice adjointe, pratique infirmière, Direction, Développement et soutien professionnel**

L'exercice de ces activités professionnelles s'effectue en complémentarité avec les 17 activités réservées propres au champ d'exercice infirmier (**Tableau 1**). Le fait d'avoir un numéro de prescripteur permet à l'infirmière de compléter son intervention, ce qui contribue ainsi à une meilleure accessibilité aux soins pour la population.

CE QUE VIENT AJOUTER LE DROIT DE PRESCRIRE DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (ITSS)

Dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*, et en conformité avec le *Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang* (MSSS, 2017), l'infirmière peut procéder aux tests de dépistage de l'infection à *Neisseria gonorrhoeae*, de l'infection à *Chlamydia trachomatis*, de la syphilis, de l'hépatite B, de l'hépatite C et du VIH.

L'infirmière peut prescrire le traitement médicamenteux requis selon le protocole national en vigueur (INESSS, 2015). Cette activité vise uniquement les personnes asymptomatiques, car la notion de dépistage sous-entend ce type de clientèle.

OÙ TROUVER LA LISTE DE MÉDICAMENTS, DE PRODUITS OU DE PANSEMENTS POUVANT ÊTRE PRESCRITS DANS LE DOMAINE DES SOINS DE PLAIES?

Il n'existe pas de liste répertoriant les produits, médicaments ou pansements spécifiques au domaine des soins de plaies. En revanche, vous pouvez vous référer à la section « 84:00 Peau et muqueuses » de la Liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec. Rappelons que les médicaments topiques peuvent être prescrits, sauf la sulfadiazine et ceux relatifs au traitement dermatologique (p. ex., eczéma) ou oncologique (p. ex., plaie de nature cancéreuse).

LA RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE EN TROIS POINTS

1. Connaissances et compétences

En plus de respecter les lignes directrices ou les consensus de traitement les plus récents, l'infirmière doit s'assurer d'avoir les connaissances et les compétences requises dans ces domaines de prescription. Par conséquent, tout membre de l'OIIQ qui prescrit devrait non seulement poser un regard critique sur sa pratique professionnelle et évaluer ses besoins, mais aussi planifier et réaliser des activités de formation en lien avec cette pratique dans le but de maintenir ses connaissances et ses compétences dans ce domaine. Cette approche permet à l'infirmière d'exercer selon les normes de pratique et les principes scientifiques généralement reconnus.

2. Assurer la surveillance et le suivi

L'infirmière doit assurer la surveillance et le suivi requis par l'état de santé de son client. Elle doit aussi prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et des traitements. Selon l'article 44.1[3] du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, le membre de la profession habilité à prescrire « doit, lorsqu'il prescrit un examen ou une analyse de laboratoire, en assurer le suivi requis par l'état du client, à moins de s'être assuré qu'une autre infirmière ou un autre infirmier, un autre professionnel ou une autre personne habilitée puisse le faire à sa place ».

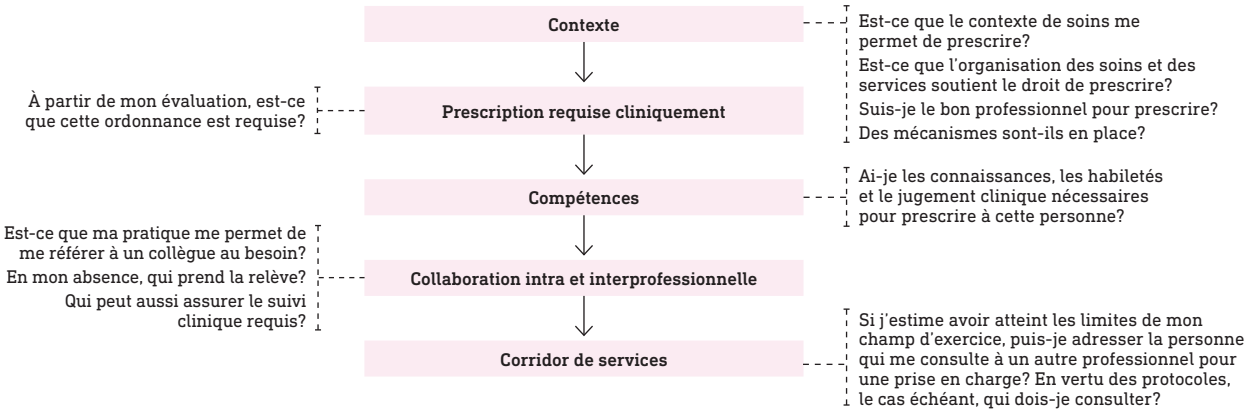
3. Consulter

Lorsqu'elle a atteint les limites de son champ d'exercice, l'infirmière doit consulter une autre infirmière, un autre professionnel du domaine de la santé ou toute autre personne compétente, ou diriger le client vers l'une de ces personnes.

Tableau 1
COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES DE L'INFIRMIÈRE ET LE DROIT DE PRESCRIRE DANS LE DOMAINE DES SOINS DE PLAIES ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE-ITSS

SOINS DE PLAIES	SANTÉ PUBLIQUE – ITSS
Activité réservée	**Activité réservée**
Déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et **prodiguer** les soins et les traitements qui s'y rattachent.	**Initier** des mesures diagnostiques à des fins de dépistage, dans le cadre d'une activité découlant de l'application de la *Loi sur la santé publique*.
Droit de prescrire dans le domaine des soins de plaies	**Droit de prescrire dans le domaine de la santé publique – ITSS**
Prescrire les produits, les médicaments et les pansements reliés au traitement des plaies et aux altérationsde la peau et des téguments, ainsi que des analyses de laboratoire telles que : préalbumine, albumine et culture de plaie.	**Prescrire** un médicament pour le traitement d'une infection à *Chlamydia trachomatis* chez une personne asymptomatique ayant eu un résultat d'analyse positif au dépistage et chez une personne asymptomatique identifiée comme partenaire sexuel d'une personne présentant l'une ou l'autre de ces infections, ainsi que prescrire les tests de contrôle.

Figure 1
CINQ QUESTIONS À SE POSER AVANT DE PRESCRIRE – OUTIL D'AIDE À LA DÉCISION



COLLABORATION INTERPROFESSIONNELLE

Le droit de prescrire s'inscrit dans une approche de collaboration et de communication interprofessionnelles. Une telle approche est nécessaire pour éviter la fragmentation de l'offre des services, réduire les délais dans la prestation de soins et répondre plus efficacement aux besoins des patients, tout en réduisant le risque de conséquences négatives sur l'état de santé des personnes.

AVANT DE PRESCRIRE

La **Figure 1** vous propose quelques questions pertinentes à vous poser avant de prescrire. Elles constituent une base de réflexion en vue de poser un jugement clinique sur le contexte de soins et sur les conditions nécessaires pour une prestation sécuritaire des soins auprès de la clientèle.

EN RÉSUMÉ

Le droit de prescrire constitue une avancée pour la profession en conférant aux membres l'occasion de se développer professionnellement. Il vise une utilisation optimale des compétences infirmières ainsi que la pleine occupation du champ d'exercice infirmier. ●

VOUS AVEZ DES QUESTIONS ?

- Pour obtenir des précisions sur les conditions d'admissibilité ou les modalités en vue de faire une demande de numéro de prescripteur : **infirmieres-br@oiiq.org**.
- Si vos questions concernent les domaines visés, les outils cliniques ou la formation : **prescription.infirmiere@oiiq.org**.
- En tout temps, visitez la section « Droit de prescrire » sur **oiiq.org**.

RÉFÉRENCES

«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, c. I-8, r. 9.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). «Traitement pharmacologique ITSS. Infection à Chlamydia trachomatis, infection à Neisseria ghonorrhoeae». Repéré à https://www.inesss.qc.ca/ fileadmin/doc/INESSS/Outils/Guides_ITSS/Guide_ITSS-Chlamydia_gonorrhoeae_ majdec2015_.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2017). «Guide québécois de dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang». Repéré à http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-308-06W.pdf

Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). (2019). «Liste des médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec». Repéré à http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/liste_med/2019/liste_med_2019_11_14_fr.pdf

ÉTUDIER EN
SCIENCES INFIRMIÈRES À L'UdeS
DU BACCALAURÉAT AU DOCTORAT EN PASSANT PAR LA FORMATION CONTINUE
USherbrooke.ca/carriere-infirmiere
UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

BANQUE NATIONALE

Êtes-vous bien protégé contre les attaques automatisées d'identifiants volés ?

Connaissez-vous les attaques automatisées d'identifiants volés (*Credential stuffing* en anglais) ? C'est une forme de cyberattaque lors de laquelle les fraudeurs se servent d'identifiants piratés pour accéder de manière automatisée à vos comptes en ligne, afin d'obtenir vos renseignements de connexion. Ces derniers seront ensuite vendus à d'autres personnes malintentionnées.

« Les attaques automatisées d'identifiants volés sont une façon de pirater vos comptes en ligne. Il s'agit de réutiliser des identifiants de connexion déjà volés et de les essayer sur différents sites au cas où les gens auraient utilisé le même mot de passe, ce qui arrive malheureusement souvent », explique Marc-André Gagnon, conseiller en cybermenaces et en renseignements à la Banque Nationale.

Les fraudeurs vont même jusqu'à automatiser leurs tentatives de connexion jusqu'à ce qu'ils réussissent à trouver une ou plusieurs combinaisons gagnantes. Ils peuvent ensuite usurper votre identité sur divers comptes, changer vos mots de passe et effectuer des transactions en votre nom, mais à leur profit.

Qui peut en être victime ?

Personne n'est à l'abri des attaques automatisées d'identifiants volés. Les gens pensent à tort qu'ils n'intéressent pas les fraudeurs, ajoute Marc-André Gagnon. Or, toutes les données représentent un intérêt. Les fraudeurs n'en veulent pas à votre personne, mais bien à votre identité. Et plus une identité est passepartout, plus elle est intéressante. Les fraudeurs veulent une coquille qui n'attirera pas l'attention pour ouvrir un compte de téléphonie cellulaire ou pour les revendre sur le Web invisible (*dark Web*), par exemple.

Le Web invisible est la portion d'Internet qui est difficilement accessible au grand public. Il héberge notamment des produits illégaux en vente, comme des armes et des drogues. Si vous ne faites pas suffisamment preuve de prudence, vos renseignements personnels pourraient s'y retrouver.

Comment faire pour bien se protéger ?

Rassurez-vous, il existe des façons simples de se protéger des attaques automatisées d'identifiants volés.

- Évitez de réutiliser vos mots de passe. Il vous faudrait avoir un mot de passe différent sur chaque site et sur chaque plateforme. « C'est une technique vraiment efficace pour se protéger », affirme Marc-André Gagnon.
- « Avec la multitude de comptes que nous possédons aujourd'hui, cela peut sembler difficile à réaliser. C'est pour cette raison qu'il existe des gestionnaires de mots de passe. Ils sont pratiques et faciles à utiliser : vous choisissez un mot de passe maître et le gestionnaire mémorise les mots de passe pour chacune de vos connexions. »
- Enfin, apprenez à bien sécuriser votre boîte courriel en utilisant l'authentification à double facteur. « C'est une bonne technique pour renforcer la sécurité de vos comptes. Elle a un effet dissuasif auprès des personnes malintentionnées. Appliquée sur vos comptes, elle devrait vous protéger en incitant les fraudeurs à aller voir ailleurs », conclut Marc-André Gagnon.

Banque Nationale propose une offre exclusive pour les infirmières et infirmiers. Pour connaître les avantages liés à cette offre spécialement adaptée, visitez le **bnc.ca/infirmier**. Découvrez aussi l'offre pour les étudiants immatriculés en visitant le **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.)

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

Watchiya • Bonjour

Bienvenue chez nous

Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages

- Centre de santé de Chisasibi (médecine, urgence, hémodialyse et CMC*)
- 8 CMC (rôle élargi)
- Services aux patients Cris à Montréal, Chibougamau et Val-d'Or
- Formation de 5 semaines en rôle élargi pour les CMC
- Primes d'éloignement, d'attraction et de rétention et prime pour le rôle élargi offertes

Profil recherché

- Deux ans d'expérience afin de travailler à l'hôpital et en hémodialyse
- Deux ans d'expérience (préférablement en soins aigus) afin d'œuvrer dans un de nos CMC
- Bilingue : français et anglais
- Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

*Centre de Miyupimaatisiiun (santé) Communautaire



Faites parvenir votre curriculum vitae à:
jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca
T 1-877-562-2733
F 514-989-7495

www.santeterrescries.org/carrières

TD Assurance
Meloche Monnex

Un avantage profitable pour vous comme membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.



Obtenez des tarifs préférentiels et une protection qui répond à vos besoins.

Vous **économisez** grâce à des **tarifs d'assurance préférentiels.**

Profitez des avantages offerts aux membres.

Vous avez accès au programme TD Assurance Meloche Monnex. Ainsi, vous bénéficiez de tarifs préférentiels sur une vaste gamme de protections d'assurance habitation pour propriétaire, copropriétaire et locataire et auto personnalisables selon vos besoins.

Depuis plus de 65 ans, TD Assurance aide les Canadiens à trouver des solutions d'assurance de qualité.

Ayez l'assurance que votre protection répond à vos besoins. Obtenez une soumission maintenant.

Programme d'assurance habitation et auto recommandé par

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PROPRIÉTÉ | COPROPRIÉTÉ | AUTO | VOYAGE

Obtenez une soumission et économisez!
Appelez au **1-866-269-1371**
ou visitez **tdassurance.com/oiiq**



Le programme TD Assurance Meloche Monnex est offert par SÉCURITÉ NATIONALE COMPAGNIE D'ASSURANCE. Il est distribué par Meloche Monnex Assurance et Services Financiers inc. au Québec, par Meloche Monnex services financiers inc. en Ontario et par Agence Directe TD Assurance Inc. ailleurs au Canada. Notre adresse est le 50, Place Crémazie, 12e étage, Montréal (Québec) H2P 1B6. En raison des lois provinciales, ce programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba ni en Saskatchewan. L'assurance voyage Solution sans frontièreMD est administrée par Assurance Voyage RSA inc. et offerte par Royal & Sun Alliance du Canada, société d'assurances. 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. Toutes les marques de commerce appartiennent à leurs propriétaires respectifs. MD Le logo TD et les autres marques de commerce TD sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.