

perspective infirmière

novembre / décembre / 2014 / vol. 11 / n° 5



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Soins palliatifs

Dépression et anxiété

Soins de plaies

Les déchirures cutanées

Pratique clinique

Aidants et maladie
d'Alzheimer

Santé publique

Maladie de Lyme

Histoire

Infirmières québécoises
de la guerre 1914-1918



J'adhère!



Infirmières et infirmiers autorisés du Québec, joignez-vous à l'Association des infirmières et infirmiers du Canada.

Votre adhésion, seulement 54,95 \$ taxes en sus, vous donne plusieurs avantages entre autres :

- abonnement à la revue primée *infirmière canadienne*
- occasions exceptionnelles de perfectionnement professionnel
- rabais tels que 200 \$ sur le Programme de certification
- capacité d'influencer l'avenir de votre profession et du système de santé

Adhérez à l'AIIC, l'association nationale qui représente le plus grand groupe de professionnels de la santé au Canada.

***Visitez adhesion.cna-aiic.ca
ou appelez 1-800-361-8404
poste 262 aujourd'hui !***



**ASSOCIATION DES
INFIRMIÈRES ET
INFIRMIERS
DU CANADA**

***Ensemble, nous faisons
une différence.***



PORTRAIT

- 7 Francine de Montigny**
Récipiendaire de l'Insigne
du Mérite 2014



EN BREF

- 13 Médecine hyperbare**
Infirmiers certifiés au Québec
- 14 Ebola**
Endiguer la maladie
- 15 Céline Thibault**
20 ans de collaboration
- 15 UQAT**
Programme en santé mondiale
- 16 Le pessaire**
Prévenir la prématurité
- 16 STAT** Service rapide
- 17 Paralysie de Bell**
Des lignes directrices

MYTHES ET RÉALITÉS

À propos des fours à micro-ondes

- 17** Questions
58 Réponses

17 @COURRIEL

INNOVATION CLINIQUE

Prix régionaux 2013

- 18 Montréal/Laval**
Toxicomanie, psychiatrie et ITSS
- 18 Québec**
Agir dans les milieux
prostitutionnels
- 19 Saguenay-Lac-Saint-
Jean/Nord-du-Québec**
Coopérative de santé



HISTOIRE

- 20 Les Oiseaux bleus**
Des infirmières québécoises à la
guerre de 1914-1918

SOINS PALLIATIFS

- 22** Fin de vie : Dépression, anxiété
et souffrance existentielle
Des réalités oubliées



TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

- 27 Dossier clinique
informatisé et soins
infirmiers**
Un rendez-vous manqué ?

SANTÉ MENTALE

- 32 Détresse des militaires**
Victimes de stress opérationnel



SOINS DE PLAIES

- 36 Les déchirures cutanées**
Évaluation du risque
et traitements





PRATIQUE CLINIQUE

- 43 La maladie d'Alzheimer**
Le deuil blanc

SANTÉ PUBLIQUE

- 46 Maladie de Lyme**
Soyons pratico-prATIQUES !

SURVOL

- 51 Cancer de la prostate**
La surveillance active

- 52 Diabète de type 1**
Enfants et pompe à insuline
- 53 Déclenchement de l'accouchement**
Moins de césarienne
- 54 L'autocongé**
Les risques
- 54 Malaise cardiaque**
Hommes plus rapidement soignés



PHARMACOVIGILANCE

- 55 Somnifères et femmes âgées**
Mieux informer
- 56 L'oxycodone générique**
Une menace
- 57 Le Registre de vaccination**

SANTÉ FINANCIÈRE

- 59 Acheter ou louer une voiture ?**
Évaluez vos options
- 58 LISTE DES ANNONCEURS**

Présidente OIIQ
Lucie Tremblay

Directrice des services aux clientèles
et promotion
Denise Beaulieu

RÉDACTRICE EN CHEF
Lyse Savard

SECRÉTAIRE DE RÉDACTION
Nathalie Boëls

CONSULTANTE SOINS INFIRMIERS
Céline Thibault

CORRECTRICE D'ÉPREUVES
Marlène Lavoie

CONCEPTION DE LA GRILLE GRAPHIQUE
Oblik Communication-Design

GRAPHISME ET MISE EN PAGES
gaetanvenne.ca

IMPRIMEUR
Norecob

COLLABORATEURS
Dalila Benhabrou-Brun
Joël Brodeur
Kathleen Couillard
Catherine Crépeau
Francine Fiore
Louis Gagné
Sylvie Jetté
Anne-Marie Lowe
Denyse Perreault
Guy Sabourin
Kim Sadler
Stat
Diane St-Cyr

PAGE COUVERTURE
© Sandor Kacso / Dreamstime.com

perspective
infirmière

Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

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

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

PUBLICITÉ

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

ABONNEMENT

Sylvie Roy-Eychene
Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048
Télec. : 514 935-3770
www.oiiq.org

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

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

DIFFUSION

79 574 copies (CCAB/BPA : mars 2014)



DÉPÔT LÉGAL 2014

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

Répertorié dans *Repère*, *PubMed*,
Cinahl et *BDSP PASCAL*
N° d'enregistrement 9790

Parution : novembre 2014

Convention de la Poste-publications
N° 40062569

UN PROGRAMME FINANCIER POUR VOTRE VIE APRÈS LE TRAVAIL



La Banque Nationale a un programme financier¹ adapté aux **infirmier(ère)s** qui donne accès à des privilèges sur un ensemble de produits et de services, tels que :

- › Le compte bancaire² en \$ CA ou en \$ US;
- › La carte de crédit Platine MasterCard^{MD} Banque Nationale³;
- › Les solutions de financement comme la marge de crédit³ et le Tout-En-Un^{MD1, 3};
- › Les solutions de placement et de courtage offertes par nos filiales.

Fière partenaire de

bnc.ca/infirmier
Adhésion en succursale



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



**BANQUE
NATIONALE**

1 Le programme financier de la Banque Nationale constitue un avantage offert aux infirmier(ère)s et aux infirmier(ère)s auxiliaires, qui détiennent une carte Platine MasterCard de la Banque Nationale et qui sont citoyens du Canada ou résidents permanents canadiens. Une preuve de votre statut professionnel vous sera demandée. 2 Compte bancaire avec privilège de chèques. 3 Financement octroyé sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale. Certaines conditions s'appliquent. ^{MD} MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc. Usager autorisé: Banque Nationale du Canada. ^{MD1} Tout-En-Un Banque Nationale est une marque déposée de la Banque Nationale. © 2014 Banque Nationale du Canada. Tous droits réservés. Toute reproduction totale ou partielle est strictement interdite sans l'autorisation préalable écrite de la Banque Nationale du Canada.



CANDIDATURES RECHERCHÉES

avant le 2 février 2015

FLORENCE EST UN PRIX PRESTIGIEUX DÉCERNÉ CHAQUE ANNÉE PAR L'ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC. LES HUIT FLORENCE SONT ATTRIBUÉS À DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS QUI SE DISTINGUENT PAR LEURS ACTIONS.

8 CATÉGORIES :

- Recherche en sciences infirmières
- Rayonnement international
- Engagement communautaire
- Promotion de la santé
- Leadership
- Prévention de la maladie
- Relève
- Excellence des soins

Renseignements sur
oiiq.org



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Récipiendaire de l'Insigne du Mérite 2014

Francine de Montigny

Par Catherine Crépeau

Pour elle, les familles sont source d'apprentissage et de croissance, elles sont au cœur de sa pratique et de ses recherches. Depuis quelques années, elle rappelle aux infirmières l'importance des pères.

Spécialiste de la santé des familles, Francine de Montigny a consacré une partie de ses recherches aux pères, trop souvent oubliés lors des interventions qui surviennent en période périnatale et postnatale.

La famille était très importante pour les parents de Montigny. C'est sans doute pourquoi leur fille Francine l'a placée au cœur de sa pratique. « C'est important que la famille soit présente auprès des patients. Comme infirmière, on peut parfois penser que la famille est dérangement parce que ça nous fait des personnes de plus à informer, mais c'est important qu'elle participe aux soins et qu'elle s'implique », croit Francine de Montigny, récipiendaire de l'Insigne du mérite 2014, la plus haute distinction décernée par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.

Les infirmières doivent apprendre à intervenir auprès des familles, notamment en périnatalité, la spécialité de Francine de Montigny. Selon elle, « on peut souvent, pendant nos interventions, dire une simple phrase qui amènera peut-être des changements importants dans la vie des gens. Et ça ne prend pas plus de temps que de parler du film de la semaine. »

Suigner ou enseigner

Enfant, Francine de Montigny voulait devenir infirmière ou enseignante, jusqu'à ce qu'elle rencontre, à 11 ans, un professeur qu'elle n'aimait pas. « J'ai mis de côté l'enseignement. Je n'aurais pas pu tolérer que les enfants ne m'aiment pas », lance-t-elle en riant. Ironiquement, elle est aujourd'hui professeure en sciences infirmières à l'Université du Québec en Outaouais où elle enseigne l'intervention infirmière auprès des familles, plus particulièrement auprès de la clientèle périnatale et des familles endeuillées par la mort d'un enfant. Elle est aussi professeure associée à l'Université du Québec à Trois-Rivières en psychologie et en sciences infirmières, à l'Université Laval en psychologie et en service social, à l'Université Fédérale de Rio Grande do Sul au Brésil en sciences infirmières, ainsi qu'à l'Université d'Ottawa en sciences infirmières.

La souffrance des pères

Détentrice d'un baccalauréat et d'une maîtrise en sciences infirmières, Francine de Montigny amorce sa pratique clinique auprès des familles et de leurs enfants. Après quelques années, elle constate que les pères ont peu de place en santé périnatale. « Ils venaient aux rencontres, mais ils ne parlaient pas. C'est devenu pour moi un défi



© Marcel La Haye

de les amener à participer davantage », raconte-t-elle. Ses recherches ont démontré par la suite que les pères parviennent difficilement à prendre leur place parce qu'ils considèrent que l'attention des intervenants est surtout centrée sur la mère et l'enfant. « Pourtant, ils ont besoin qu'on reconnaisse leur présence et leur rôle auprès des enfants. »

« Les pères ont besoin de soutien, autant que les mères, lors d'un deuil périnatal ou postnatal, mais ils n'osent pas toujours laisser parler leurs émotions. Comme si ce moment était réservé à la mère », explique Francine de Montigny. C'est pour répondre à leur besoin de soutien qu'elle a créé l'Initiative Amis des Pères (IAP). Ce programme de formation prône une plus grande implication des pères et influe sur les pratiques et les attitudes des intervenants, notamment des infirmières, à l'égard des pères. Implanté dans trois régions, le projet a démontré que lorsque les pères sont présents dès la naissance, ils contribuent à la réussite scolaire de l'enfant parce qu'ils le stimulent et l'ouvrent au monde.

Besoin de parler

Devant le peu de ressources offertes aux familles en période périnatale, Francine de Montigny et Noëlla Tremblay Carreau fondent en 1991 l'entreprise en soins infirmiers Bien Naître Ensemble. L'aventure dure 11 ans, pendant lesquels

« Si nous pouvons faire la différence dans la vie des familles, ils font aussi la différence dans la nôtre. »



© Marcel La Haye

Francine de Montigny accompagne des parents pendant la grossesse et l'accouchement ou les aide à traverser leur deuil. Ce travail lui apporte une grande satisfaction, mais elle doit y mettre fin par manque de temps lorsqu'elle s'inscrit au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Trois-Rivières. Suivra un postdoctorat en psychologie du développement humain, qu'elle obtient en 2007.

Francine de Montigny continue toutefois d'animer des rencontres du groupe de parole pour parents endeuillés qu'elle a mis sur pied en 1999. Des soirées épuisantes, mais aussi extrêmement enrichissantes. « À la fin d'une journée, on se demande parfois s'il nous reste assez d'énergie pour animer, mais dès qu'on y est, la confiance que les parents nous accordent en nous faisant part de leur expérience

« Toutes mes recherches visent l'amélioration des soins. Je fais de la recherche très pratique qui se transforme en formation pour les infirmières ou en dépliant d'information pour les parents. »

nous donne de l'énergie. C'est là qu'on voit que, si nous pouvons faire la différence dans la vie des familles, ils font aussi la différence dans la nôtre. »

Les familles sont, pour Francine de Montigny, une source d'apprentissage et de croissance personnelle. « Si j'avais mes enfants aujourd'hui, je serais une meilleure mère et une meilleure partenaire pour mon conjoint. Je peux désormais comprendre et mettre des mots sur son expérience de père qui voulait prendre sa place auprès de ses enfants à une époque où c'était moins courant. »

Entre recherche et clinique

Francine de Montigny consacre une partie de son temps à la recherche. Elle a obtenu pas moins de 65 subventions totalisant 11 millions de dollars à titre de chercheuse principale ou de cochercheuse. Pas mal pour une fille qui n'aimait pas les cours de recherche au baccalauréat et à la maîtrise ! « Je ne voyais pas ce que ça m'apporterait. J'étais une praticienne. » C'est en menant des entrevues avec des parents sur le deuil pour deux petits projets qu'elle change d'idée. La recherche lui apparaît alors comme une courroie de transmission pour amener l'information aux patients. « Toutes mes recherches visent l'amélioration des soins. Je fais donc de la recherche très pratique qui se transforme en formation pour les infirmières ou en dépliant d'information pour les parents. Je veux aussi susciter des réflexions sur nos pratiques et nos attitudes, comme intervenants », précise-t-elle.

Les formations sur le deuil périnatal qui découlent de ses travaux ont déjà permis de sensibiliser les infirmières à la douleur des pères. « Les infirmières osent entrer dans les chambres après la mort d'un bébé, même si elles ne savent pas toujours quoi dire. Elles sont plus nombreuses à demander aux pères comment ils se sentent », cite-t-elle en exemple.

Son implication en recherche a valu à Francine de Montigny d'obtenir une chaire de recherche sur la santé psychosociale des familles en 2010. Une première pour une infirmière, ce qui lui fait dire que la ténacité peut être payante. « Quand on croit qu'un service ou un projet devrait exister, ça vaut la peine de se battre. Et si ça ne fonctionne pas, il ne faut pas se décourager. Il faut se reprendre. Je pense que c'est ce qui a fait que j'ai mené autant de projets », explique-t-elle.

Francine de Montigny a créé et dirige le Centre d'études et de recherche en interventions familiales (CERIF), ainsi que le Groupe de recherche sur la santé mentale des hommes en période postnatale, qui soutient l'engagement des pères au sein des familles. Elle est récipiendaire du prix Florence 2011 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. ■

Il et elle ont dit :

« C'est une femme dynamique, très engagée dans son milieu et qui foisonne d'idées nouvelles. Mais elle n'est pas du genre rêveur. Elle documente ses dossiers et n'est jamais dépourvue d'arguments pour les mener à bien. Francine peut faire preuve d'un certain entêtement quand un dossier lui tient à cœur, mais elle ne va pas le défendre comme si elle partait en guerre. Son approche reste raisonnée, douce et respectueuse. Ainsi, même si elle croit très fort à ses affaires et que les discussions sont animées, il n'y a pas de plaies à panser après. Les rapports humains sont très importants pour elle. C'est une infirmière jusqu'au bout des doigts. »

Denis Dubé, ex-vice-recteur à l'enseignement et à la recherche à l'UQO.

« C'est une boule d'énergie. Elle a une belle ouverture, est généreuse et a une grande capacité intellectuelle et d'interaction. En recherche, elle est capable de se retirer pour établir des liens et analyser les résultats, c'est ce qui nous alimente. C'est un véritable mentor et une inspiration dans mes projets. »

Chantal Verdon, professeure agrégée au Département de sciences infirmières de l'UQO, Campus de Saint-Jérôme.



CONGRÈS
MONDIAL

31 MAI AU 5 JUIN 2015

Palais des congrès de Montréal

SIDIIEF

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

Défi des
MALADIES CHRONIQUES
un appel à **L'EXPERTISE**
INFIRMIÈRE

CONSULTEZ
LE PROGRAMME PRÉLIMINAIRE
congres-sidiief.org



Partenaire majeur



La Capitale

Assurance et
services financiers

Valoriser l'essentiel

Formation accréditée par

Faculté des sciences infirmières
Créez le rythme »»»

Université 
de Montréal

Avec la collaboration de



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

CHUM 
Centre hospitalier
de l'Université de Montréal



Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Centre affilié à l'Université de Montréal

Centre de santé et de services sociaux
de la Pointe-de-l'Île

Membre du Consortium de
Montréal comprenant



CHU Sainte-Justine
Le centre hospitalier
universitaire mère-enfant

Université 
de Montréal

CHUM 
Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

La Fondation de l'OIIQ, la seule au Québec à soutenir des projets infirmiers

DES INFIRMIÈRES DE LANAUDIÈRE VIVENT LEUR RÊVE EN PREMIÈRE LIGNE

« Je ne pensais jamais vivre ça, après 33 ans de métier. Ce projet me permet vraiment de garder le goût de la pratique infirmière. Il démontre tout le champ de compétences qu'on peut exercer. Je suis fière d'être infirmière! », s'exclame Linda Deschamps, installée dans son bureau récemment réaménagé du CLSC de Saint-Gabriel, dans le nord de Lanaudière.

Fin septembre dernier, l'enthousiasme était palpable au CLSC alors que la première équipe de consultation infirmière de proximité au Québec recevait ses tout premiers patients. « J'étais stressée à l'idée de recevoir mon premier patient, mais ça s'est bien déroulé. J'ai fait un examen physique complet, ajusté la médication pour le diabète d'un patient... quel plaisir d'aller au bout de notre expertise! », souligne l'infirmière qui fait partie d'une équipe de cinq personnes, dont trois infirmières, une infirmière auxiliaire et une infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne.

Initié par le Centre de santé et de services sociaux (CSSS) du Nord de Lanaudière et soutenu par une subvention de 250 000 \$ de la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, ce projet vise à accroître l'accessibilité aux soins de santé par une utilisation optimale des infirmières au sein même du système de santé public.

« Plusieurs projets étaient en lice pour l'obtention de cette subvention, indique Gyslaine Desrosiers, présidente sortante de la Fondation de l'OIIQ. Nous avons aimé que ce projet se fasse en partenariat avec les médecins et les infirmières praticiennes en place. C'est un modèle de soins de santé primaires qui repose sur l'exercice du plein champ de compétences des infirmières et infirmiers, mais avec une approche collaborative et interdisciplinaire. »

DES CONDITIONS DIFFICILES, QUI FORCENT À INNOVER

Ce n'est pas un hasard si ce projet de consultation infirmière de proximité est né dans le Nord de Lanaudière. Avec un vaste territoire de 12 000 km², une population vieillissante et



Premier plan : Céline Chicouane, infirmière aux services courants au CLSC de Saint-Gabriel. De gauche à droite : Manon Beaufort, coordonnatrice soins de santé primaires; Gilles Cossette, infirmier praticien au CLSC de Saint-Gabriel; Josée Coderre, conseillère clinicienne en soins infirmiers, services généraux, santé publique et organisation communautaire; Louise Leduc, coordonnatrice du développement clinique de la pratique en soins infirmiers; Josée Boucher, conseillère clinicienne en soins infirmiers au soutien à domicile; Linda Deschamps, infirmière et assistante du supérieur immédiat; Marie-Claude Drainville, infirmière au CLSC de Saint-Gabriel.

une pénurie de médecins, le CSSS du Nord de Lanaudière cherchait des solutions novatrices pour mieux servir sa clientèle.

« Nous avons un historique d'innovation. Nous avons été parmi les premiers au Québec à amorcer le virage ambulatoire et à inclure des infirmières praticiennes dans nos services. Avec ce projet, notre objectif est que la population puisse bénéficier d'un accès élargi aux services de première ligne », explique le directeur de la prestation sécuritaire des services et des soins infirmiers, Robin Gagnon.

PREMIERS PATIENTS CIBLÉS

Pour les premiers mois d'opération de la nouvelle équipe de consultation infirmière, le CSSS a ciblé 61 patients qui souffrent d'hypertension ou de diabète. Ces personnes pourront dorénavant bénéficier d'un suivi clinique régulier avec une infirmière.

« Les personnes atteintes de maladies chroniques représentent 3 % de la population, mais elles consomment plus de 50 % des soins de santé en établissement, observe Robin Gagnon. Nous faisons le pari qu'une infirmière adéquatement formée pourra, à

long terme, répondre à près de 80 % des problèmes de santé courants de la population, notamment par l'application d'ordonnances collectives recommandées au plan national et le développement d'ordonnances collectives locales. »

« Je fais de l'évaluation, je donne des soins, j'éduque les patients et j'applique des ordonnances collectives. Ça prouve que les infirmières peuvent faire mieux, lorsque le contexte de travail le permet », témoigne Linda Deschamps.

« Avec ce projet, on retrouve l'essence de la mission d'un CLSC qui consiste notamment à faire de la prévention. De plus, on répond aux besoins des usagers qui souhaitent obtenir un suivi de santé régulier et régler leurs problèmes mineurs de santé », poursuit Louise Leduc, coordonnatrice du développement clinique de la pratique en soins infirmiers.

DES RÉACTIONS ENTHOUSIASTES

La réaction des patients est très positive. « Tout le monde veut faire partie de notre première cohorte de clients. J'ai même une



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

*Pour mieux
soigner.*

cliente qui fait des pieds et des mains pour qu'on s'occupe aussi de son mari. On est victimes de notre succès », rigole Linda Deschamps.

« Les patients sont heureux parce qu'il y a maintenant une professionnelle à qui ils peuvent se référer. Un suivi serré, c'est particulièrement important pour les maladies chroniques. Avant, au CLSC de Saint-Gabriel, où il y avait un seul médecin sur place, c'était difficile d'offrir un tel suivi », explique Robin Gagnon.

UN PROGRAMME DE DÉVELOPPEMENT DE COMPÉTENCES SUR MESURE

Pour arriver au jour J fin prête, l'équipe de consultation infirmière de proximité a bénéficié de nombreuses heures de formation d'appoint. « Grâce à la subvention de la Fondation de l'OIIQ, on a pu ajouter six jours de formation et cinq jours d'intégration, accroître le soutien et le coaching auprès des infirmières. Ça a vraiment été un élément important dans la réussite du projet », affirme Robin Gagnon.

« À mon âge, je n'apprends pas aussi vite qu'à 20 ans! Au début de la formation, j'étais un peu inquiète, mais on a été tellement bien encadrées que j'y suis arrivée. Aujourd'hui, je me rends compte que ça change complètement ma façon de donner du service à la clientèle. Je regarde les usagers de la tête aux pieds en essayant d'optimiser leur état de santé », indique fièrement l'infirmière de 53 ans.

Il y a à peine quelques mois, Linda Deschamps n'avait pas le même genre de tâches et de responsabilités. « On me demandait, par exemple, de faire une injection ou un pansement. » Aujourd'hui, elle utilise davantage son jugement clinique. « La clé, c'est que l'infirmière soit capable d'évaluer un client de façon judicieuse. Ensuite, elle sera en mesure de faire des liens cliniques, explique Louise Leduc. On ne souhaite rien de moins que d'instaurer une nouvelle vision de la pratique infirmière. »

UN PARTENARIAT INTERPROFESSIONNEL

Pour l'application des ordonnances collectives, les infirmières seront soutenues par

l'infirmière praticienne en place. « Le CLSC de Saint-Gabriel se prête particulièrement bien à ce projet parce qu'on avait déjà l'habitude de travailler en équipe, notamment avec le médecin », souligne Josée Coderre, conseillère clinicienne en soins infirmiers.

Depuis le démarrage du projet, l'équipe a instauré une nouvelle formule de collaboration : des rencontres interdisciplinaires. « Avant, on se rencontrait pour discuter de cas plus "complexes". Maintenant, nous pensons à aller plus loin, à offrir nos services en continuum », ajoute Josée Coderre.



« Le programme de subvention *Pour mieux soigner* est la seule aide financière au Québec destinée exclusivement à des projets cliniques infirmiers. »

Gyslaine Desrosiers, présidente sortante

« Je suis convaincu que ce modèle, en plus d'améliorer la performance et l'accessibilité, permet de générer des économies pour le système de santé. Dans un contexte où le gouvernement souhaite limiter ses dépenses, c'est certainement une avenue à explorer », croit Robin Gagnon.

UN MODÈLE EXPORTABLE

Pour appuyer l'implantation et la diffusion de ce modèle dans d'autres régions, le CSSS s'est associé à une équipe de chercheurs universitaires soutenue par le Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ) et l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM).

« Pour la Fondation de l'OIIQ, un des facteurs importants dans la sélection du projet récipiendaire de la subvention *Pour mieux soigner* est qu'il ait des retombées potentiellement exportables à d'autres types de clientèles ou à d'autres milieux cliniques au Québec. Les chercheurs de l'Université de Montréal vont donc évaluer les retombées du projet, en le comparant à d'autres initiatives. La prochaine étape consistera à démontrer la plus-value de la contribution des infirmières et infirmiers au réseau de la

santé et à chiffrer les économies réalisées en optimisant les rôles de chacun », indique Gyslaine Desrosiers.

Au cours des prochains mois, le CSSS a l'intention d'étendre ce service de consultation infirmière à d'autres secteurs, notamment aux CLSC de Chertsey et de Saint-Michel-des-Saints. Dès le début de l'année 2015, une nouvelle phase du projet sera en vigueur, soit un service de consultation infirmière sans rendez-vous pour les clients déjà suivis.

UN PROGRAMME DE SUBVENTION UNIQUE, POUR LE MIEUX-ÊTRE DES PATIENTS

Le programme de subvention *Pour mieux soigner* de la Fondation de l'OIIQ vise à financer des projets infirmiers d'envergure dont les retombées permettent de mieux soigner la population québécoise. La Fondation apporte un soutien financier pouvant aller jusqu'à 250 000 \$ à des initiatives concrètes, porteuses et mobilisatrices pour l'ensemble des membres de la profession.

Dates clés

- Lancement du programme de subvention : mai 2013
- Octroi de la première subvention : février 2014
- Date limite de réception des dossiers pour la deuxième subvention : 1^{er} octobre 2014
- Annonce de l'équipe qui recevra la deuxième subvention : début 2015



Élargissez vos perspectives professionnelles !

Devenez un expert en santé publique !

L'École de santé publique de l'Université de Montréal vous offre :

- Des formations spécialisées de 2^e et 3^e cycle qui répondent aux besoins actuels et futurs de la santé publique
- Des programmes reconnus dans les 3 grands champs de la santé publique : administration de la santé, médecine sociale et préventive, santé environnementale et santé au travail

Une formation interdisciplinaire de haut calibre !

La **Maîtrise en santé publique** agréée par le **CEPH*** offre une formation de base couvrant les grands domaines de la santé publique avec un choix de 7 spécialisations, le tout dispensé par les meilleurs professionnels œuvrant dans ces sphères d'activités.

ADMISSION 2015

Informez-vous dès maintenant !

www.espum.umontreal.ca www.admission.umontreal.ca



* Council on Education for Public Health : organisme d'agrément américain reconnu par le Ministère de l'éducation des États-Unis.



PLATEFORME DE FORMATION CONTINUE

Mistral, c'est un répertoire de formations pertinentes à la pratique infirmière, offertes en salle et en ligne.

Inscrivez-vous à l'une de nos formations en ligne :

- 14 FORMATIONS INTERACTIVES
- 5 CAPTATIONS VIDÉOS
- 13 ARTICLES QUESTIONNAIRES

mistral.oiq.org



Médecine hyperbare

Premiers infirmiers certifiés au Québec

Par Kathleen Couillard

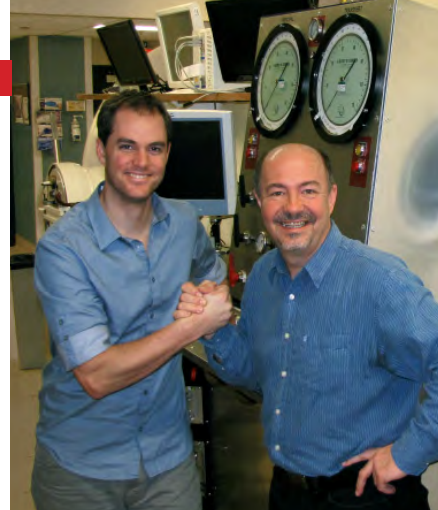
En avril dernier, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal (HSCM) annonçait une première au Québec. Les infirmiers Christian Custeau et Sylvain Larivière ont obtenu le titre d'infirmiers hyperbares et ont été certifiés par le National Board of Diving & Hyperbaric Medical Technology, une référence mondiale en médecine hyperbare.

Pour être admissibles à cette certification, les deux infirmiers ont effectué 1 800 heures de travail en chambre hyperbare et réussi un certificat de soins avancés en réanimation cardio-respiratoire. Ils ont ensuite participé à une formation d'une semaine à San Antonio destinée aux infirmiers et aux opérateurs de caisson. « Cependant, l'examen qui a lieu six mois plus tard est propre à chaque profession, nuance Christian Custeau. Le nôtre comportait un volet plus important sur les soins infirmiers. »

Enseignement

Lors d'un traitement en chambre hyperbare, le rôle principal de l'infirmier est d'accompagner le patient. Cet accompagnement comprend une évaluation de son état, un enseignement préparatoire, une surveillance et un suivi étroit pendant les traitements, ainsi qu'une évaluation finale. « Vu que le traitement implique une augmentation de la pression et de la concentration en oxygène, il est important pour l'infirmier de s'assurer qu'il est donné de façon sécuritaire », explique Sylvain Larivière.

Le traitement des plaies est l'une des indications de la médecine hyperbare. « Un volet complet de la formation porte sur ce sujet, précise Sylvain Larivière. Avec des mesures transcutanées, on établit la quantité d'oxygène qui atteint la plaie et ces mesures permettent au médecin de déterminer si le patient peut recevoir le traitement. »



Christian Custeau (à gauche) et Sylvain Larivière, de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, sont les premiers infirmiers au Québec ayant obtenu une certification nord-américaine de la pratique des soins infirmiers en chambre hyperbare.

« Environ 80 % de notre clientèle est composée de cas de radionécrose causée par des traitements de radiothérapie », poursuit Christian Custeau. La radionécrose fragilise les tissus. La cicatrisation ne peut alors se faire par elle-même. En plus d'augmenter considérablement l'apport en oxygène, le traitement permet à de nouveaux capillaires de se former (angiogenèse), favorisant ainsi la guérison et une amélioration durable de ces tissus. L'équipe de la chambre hyperbare offre aussi un service d'urgence pour traiter des problèmes comme l'intoxication au monoxyde de carbone, la fasciite nécrosante et les accidents de plongée. Environ 230 traitements par année sont de nature urgente.

Centres

« L'HSCM exige maintenant que les infirmières et infirmiers possèdent cette certification s'ils veulent faire partie de l'équipe de la chambre hyperbare. La formation est très enrichissante et elle améliore les soins aux patients », croit Sylvain Larivière.

À l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, environ 2 500 traitements de médecine hyperbare sont donnés chaque année. Au Canada, on trouve moins d'une dizaine de centres de médecine hyperbare équipés de caissons, la plupart en milieu hospitalier. Au Québec, ces centres sont situés à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et à l'Hôtel-Dieu de Lévis. Il existe aussi des cliniques privées, notamment le Centre hyperbare de l'Île, situé à Pincourt. ■

Source

Entrevue avec Christian Custeau et Sylvain Larivière, le 23 août 2014.

Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. « Première québécoise : des infirmiers de l'HSCM reçoivent une certification nord-américaine de pratique en chambre hyperbare » (communiqué), 15 avril 2014. [En ligne : <http://www.hscm.ca/nouvelles-et-communiqués/nouvelles-et-communiqués/détail-comm/comm/561/206/index.html>]



Christian Custeau
Infirmier à la chambre hyperbare, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

« Cette formation nous a permis de revoir nos façons de procéder et de mettre à jour nos pratiques. Le résultat, c'est une meilleure prise en charge des patients. »



Sylvain Larivière
Infirmier à la chambre hyperbare, Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

« L'hyperbarie est en constante évolution. Cette formation nous permet de transmettre nos connaissances et de mieux faire connaître la médecine hyperbare au personnel de la santé. »

La médecine hyperbare ?

L'oxygénothérapie hyperbare consiste à faire respirer de l'oxygène à des concentrations élevées à un sujet placé dans un caisson fermé où la pression dépasse plusieurs fois la pression atmosphérique normale.

Dans certains états pathologiques (embolie gazeuse, accident de décompression sous-marine), des bulles d'air peuvent bloquer les petits vaisseaux sanguins et causer des symptômes parfois graves comme la paralysie, des convulsions, voire la mort. Comme le volume gazeux diminue à mesure que l'on augmente la pression, l'hyperbarie pourra considérablement diminuer les bulles d'air (réduction jusqu'à six fois du volume gazeux) et contribuer à l'amélioration des symptômes du patient.

D'abord utilisée dans les cas d'accidents de décompression, d'intoxication au monoxyde de carbone et d'embolie gazeuse, la médecine hyperbare favorise également la guérison de certaines infections graves. Elle est particulièrement efficace pour accélérer la guérison de la radionécrose et des plaies complexes.

Source : Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

Endiguer la maladie Ebola

Une urgence sans précédent

Par Lyse Savard

« Désormais, tout est sans précédent. Tout arrive aujourd'hui plus vite que jamais. Les besoins sont immenses, et nous le savons », déclarait la D^{re} Margaret Chan au Conseil de sécurité des Nations unies le 18 septembre dernier. La directrice générale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) justifiait ainsi l'urgence d'une mobilisation internationale pour soutenir les efforts contre la maladie à virus Ebola.

Au moment d'aller sous presse, l'épidémie d'Ebola était toujours confinée à la Guinée, au Libéria et à la Sierra Leone, trois pays de l'Afrique de l'Ouest qui tentaient de se reconstruire après des années de guerres civiles avant d'être frappés par cette terrible maladie.

Depuis les premières victimes de la résurgence du virus en mars dernier, de nombreux obstacles ont empêché d'endiguer sa propagation. Les mesures standards de contrôle, tels le dépistage précoce, l'isolement des cas, la recherche des contacts et les procédures strictes de lutte contre l'infection, se sont avérées difficiles à mettre en place, notamment à cause de l'insuffisance des ressources.

Manque de lits, d'équipements de protection individuelle, de désinfectants, de matériel médical. Des soignants épuisés et des hôpitaux dont l'alimentation en électricité et en eau potable est incertaine. Les organisations d'aide et les ressources locales n'ont pas suffi à empêcher l'épidémie.

La peur est un autre obstacle à l'endiguement du virus. Elle a mené les familles à cacher des malades symptomatiques, à recourir à des guérisseurs traditionnels, et a même poussé les malades à fuir les centres de traitement.

Mobilisation

Le 23 mars, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) publiait une notification officielle annonçant une flambée de maladie à virus Ebola en Guinée. Le 8 août, suite aux recommandations du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international concernant la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014, l'OMS déclarait l'épidémie une « urgence de santé publique de portée internationale ». Le 16 septembre, l'OMS félicitait les États-Unis et la Chine pour avoir



D^{re} Margaret Chan
Directrice générale de l'OMS

« Il faudra du temps, mais la flambée de maladie à virus Ebola peut être endiguée. La stabilité de la situation au Nigéria et au Sénégal en témoigne. Lorsque les premiers cas importés dans ces deux pays sont apparus, nous savions très bien à quoi nous en tenir. »

annoncé leur soutien aux mesures de riposte contre la maladie. Le 18 septembre, la directrice générale de l'OMS, D^{re} Margaret Chan, prenait la parole devant le Conseil de sécurité des Nations unies. « Cette épidémie de maladie à virus Ebola est sans doute le plus grand défi auquel l'Organisation des Nations unies et ses institutions n'aient jamais été confrontées en temps de paix », affirmait-elle. Le 22 septembre, l'OMS réitérait la gravité de l'épidémie et reconduisait les recommandations du Comité d'urgence.

Dans son allocution, D^{re} Chan affirmait : « Aucun de ceux d'entre nous qui ont l'expérience de l'endiguement de flambées épidémiques, n'a, de sa vie, été le témoin d'une urgence de cette envergure, entraînant un tel degré de souffrance et un tel enchaînement de conséquences dramatiques. Il ne s'agit pas seulement d'une flambée épidémique ou d'une crise de santé publique, poursuivait-elle. C'est aussi une crise sociale, une crise humanitaire, une crise politique, une crise économique, représentant une menace pour la sécurité nationale bien au-delà des zones d'épidémie. »

La directrice de l'OMS a souligné que le déploiement d'une variété de moyens, y compris des moyens militaires, par les États-Unis, le Royaume-Uni, la Chine, Cuba et d'autres pays, démontrait la complexité du défi à relever. Elle espérait que ces moyens permettraient de modifier en profondeur « notre capacité collective à reprendre en main cette épidémie et à la maîtriser ». « Ce renfort, espérait-elle, pourrait contribuer à inverser le cours des choses pour les quelque 22 millions de personnes des pays les plus touchés, dont les vies et les sociétés ont été bouleversées, dévastées par l'une des plus horribles maladies qui soit. »

LES VOYAGES À DESTINATION OU EN PROVENANCE DES PAYS TOUCHÉS PAR EBOLA PRÉSENTENT UN RISQUE FAIBLE VOICI CE QUE VOUS DEVEZ SAVOIR



© Organisation mondiale de la Santé.

[En ligne : www.who.int/csr/disease/ebola/ebola_infographic_fr.jpg?ua=1]

Des victimes

Dans un rapport publié en septembre, l'OSM estimait que dans les trois pays d'Afrique de l'Ouest touchés par la maladie, 5 800 personnes l'avaient contractée, 2 800 y avaient succombé et qu'au début du mois de novembre 2014, 20 000 autres en seraient affectées. Les soignants ont aussi été lourdement touchés. Au mois d'août dernier, 170 d'entre eux avaient été infectés et 80 étaient décédés.

Les premiers symptômes de la maladie à virus Ébola ressemblent à ceux de nombreuses autres maladies fréquemment rencontrées dans cette région, comme le paludisme, la fièvre typhoïde et la fièvre de Lassa. Le manque de ressources médicales pour procéder à son diagnostic a contribué à la propagation du virus. Ainsi, les personnes affectées n'ont pas été isolées assez rapidement, ce qui a favorisé la contamination par contact.

Le virus Ebola est extrêmement contagieux. Le temps moyen d'incubation de la maladie est de 11,4 jours. Le virus n'est pas véhiculé par l'air. Les malades ne sont contagieux qu'après l'apparition des symptômes. Sa transmission nécessite un contact étroit avec les liquides biologiques d'une personne infectée, par exemple en lui prodiguant des soins ou lors de pratiques funéraires.

« Nous sommes confrontés à des mouvements de population sans précédent de part et d'autre des frontières poreuses de l'Afrique de l'Ouest, déclarait Dr Chan. D'autres pays devront faire face, d'une manière tout aussi offensive, à des cas importés, d'autant plus à notre époque où les voyages aériens internationaux sont eux aussi sans précédent. »

Traitement

En août dernier, l'OMS a réuni des spécialistes de l'éthique médicale, des experts scientifiques et des personnes non spécialistes de l'éthique mais originaires des pays touchés. Ils avaient à évaluer le rôle de traitements expérimentaux dans la riposte à la flambée de virus Ebola.

Un vaccin contre l'Ebola, connu aussi sous le nom de VSV-EBOV, a été développé au laboratoire national de microbiologie de l'Agence de la santé publique du Canada à Winnipeg. Des essais devaient se dérouler cet automne. ■

20 ans de collaboration

Céline Thibault est adjointe à la directrice à la Direction Développement et soutien professionnel de l'OIIQ. Elle est aussi la consultante en soins infirmiers de la revue *Perspective infirmière* depuis 1994. D'ici quelques semaines, elle prendra sa retraite. Détentrice d'une maîtrise en andragogie, son parcours de plus de 30 ans à l'OIIQ l'aura menée de la Direction de la qualité de l'exercice, actuel Bureau de surveillance de l'exercice infirmier, à la direction du développement et soutien professionnel. Parmi ses responsabilités : le dossier de la formation continue et la plateforme de téléapprentissage Mistral.

Au nom de toutes les rédactrices en chef qui se sont succédées à la direction de *Perspective infirmière* au cours des 20 dernières années, je tiens à la remercier pour son appui



Céline Thibault

indéfectible à la revue. L'équipe et plusieurs auteurs se joignent à moi pour souligner sa rigueur, sa générosité et sa grande disponibilité. Nous lui souhaitons beaucoup de bonheur dans ce nouveau chapitre de sa vie.

Merci Céline, ton sourire nous manquera. ■

Lyse Savard, rédactrice en chef

Nouveau programme en santé mondiale à l'UQAT

L'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue annonçait au printemps la création d'un diplôme d'études supérieures spécialisées en santé mondiale, une première en Amérique du Nord. La première cohorte partait d'ailleurs au même moment pour un stage à Iquitos, dans l'Amazonie péruvienne.

Ce programme de deuxième cycle comportant 30 crédits est axé sur une approche clinique et se donne entièrement à distance. L'élément principal de ce programme est un stage d'immersion clinique en santé mondiale de 9 crédits. Les étudiants, accompagnés et supervisés, doivent alors intervenir dans des milieux aux ressources médicales limitées, notamment au Sénégal, au Pérou et en Égypte.

Le DESS en santé mondiale s'adresse aux professionnels de la santé qui s'intéressent à la coopération internationale. Il vise à les outiller pour intervenir adéquatement auprès d'une clientèle de plus en plus diversifiée. « Cela fait partie des nouveaux défis de la pratique infirmière, souligne



Mario Brûlé, professeur agrégé en sciences infirmières et responsable du programme. Nous sommes maintenant exposés à des pathologies peu connues ou à des pratiques culturelles différentes. Les infirmières doivent développer leurs habiletés dans ce domaine. »

La date limite pour soumettre une demande d'admission pour la session d'hiver 2015 est le **10 décembre 2014**.

■ **Kathleen Couillard**

Pour en savoir plus : Santé mondiale : programmes de 2^e cycle.
[En ligne : www.uqat.ca/programmes/sante/?lang=fr&menu=sante-mondiale&sm=sm-accueil]

Le pessaire en Haïti

Un moyen simple pour prévenir la prématurité ?

Par Denyse Perreault

Dans le cadre du Sommet sur la santé des mères, des nouveau-nés et des enfants, le Dr Jean-Charles Pasquier, obstétricien-gynécologue au Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), chercheur au Centre de recherche du CHUS et professeur à la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke, a reçu en mai dernier une subvention de 112 000 \$ de l'organisme Grands Défis Canada afin d'entreprendre des travaux de recherche clinique en Haïti portant sur l'utilisation du pessaire dans la prévention de la prématurité spontanée.



Dr Jean-Charles Pasquier
obstétricien-gynécologue, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

« Dans les pays en voie de développement, il n'y a pas d'unité de néonatalogie. Il faut miser sur la prévention. L'utilisation d'un pessaire pourrait se révéler une innovation simple, peu coûteuse et adaptée. »

La perte d'un enfant figure parmi les expériences humaines les plus éprouvantes qui soient. Le Dr Jean-Charles Pasquier rappelle que « quinze millions d'enfants naissent prématurément chaque année et que plus d'un million décèdent à la suite de complications. » Ces chiffres

ne tiennent pas compte de ceux qui souffrent de séquelles à long terme. Ni de la douleur des parents.

Prévention

Comment diminuer la prématurité dans les pays où les ressources médicales sont quasi inexistantes ? L'équipe du Dr Pasquier propose le pessaire, un anneau en silicone utilisé pour traiter le prolapsus pelvien. Depuis deux ans, ce dispositif est utilisé en prévention de l'accouchement prématuré spontané. Pouvant être installé durant une simple consultation externe, le pessaire pourrait réduire ce risque en modifiant l'angle du col de l'utérus.

Le Dr Pasquier rappelle les résultats d'une étude espagnole auprès de femmes ayant un col de l'utérus court, publiés dans *The Lancet* en 2012, indiquant un taux de prématurité de 27 % avant 34 semaines dans le groupe témoin et de seulement 6 % dans le groupe pessaire. Par ailleurs, une recherche chinoise, publiée en 2013 dans *The American Journal of Perinatology*, n'a pas donné de résultats significatifs. « Bref, nous en savons encore trop peu, explique le chercheur. Il est d'autant plus nécessaire de poursuivre les recherches. »

L'étude

Déjà amorcée, l'étude, d'une durée de deux ans, est menée dans trois hôpitaux de Port-au-Prince et un quatrième au Cap-Haïtien, en partenariat avec le Dr Evans



Le pessaire est introduit sur le col de l'utérus.

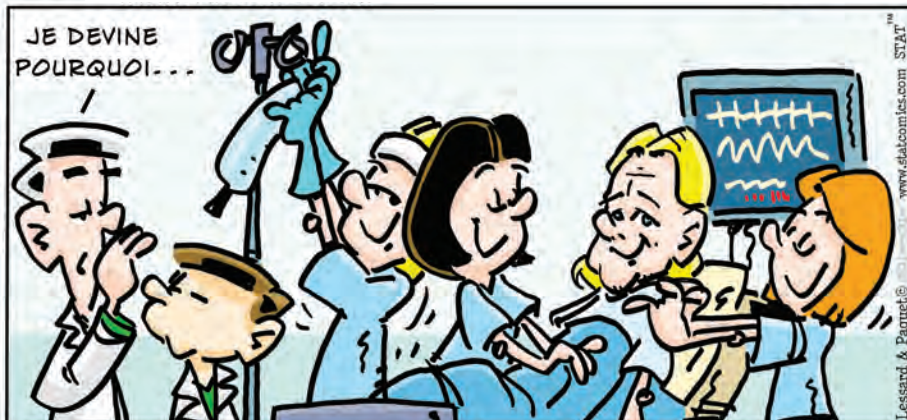
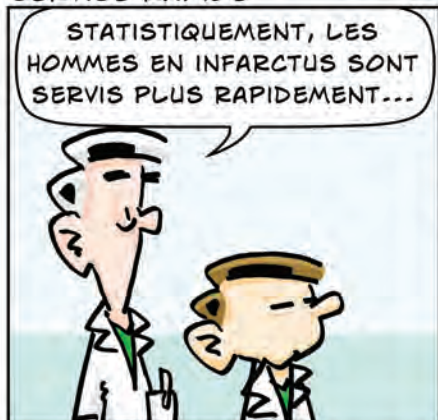
Vladimir Larsen, président de la Société haïtienne d'obstétrique et de gynécologie. Pourquoi Haïti ? Depuis 2010, le Dr Pasquier s'est rendu plus de quinze fois dans ce pays où la prématurité est l'une des principales causes de mortalité et de morbidité périnatales. « Nous allons utiliser le pessaire avec des mamans ayant des antécédents de prématurité qui pourraient être encore aux prises avec ce problème », explique le Dr Pasquier.

Les résultats permettront peut-être enfin de déterminer si, oui ou non, l'emploi du pessaire comme méthode préventive en matière d'accouchement prématuré est bel et bien prometteur dans les pays en voie de développement. ■

Pour en savoir plus :

Vidéo du Dr Jean-Charles Pasquier :
<https://www.youtube.com/watch?v=RKB04GuFGxU&feature=youtu.be>

Goya, M., L. Pratcorona, C. Merced, C. Rodó, L. Valle, A. Romero *et al.* « Cervical pessary in pregnant women with a short cervix (PECEP): an open-label randomised controlled trial », *Lancet*, vol. 379, n° 9828, 12 mai 2012, p. 1800-1806.

SERVICE RAPIDE

BRAD PITT Voir l'article p. 54

STAT

Paralysie de Bell

Par **Guy Sabourin**

La paralysie de Bell, appelée aussi paralysie faciale périphérique, frappe brusquement et paralyse partiellement ou totalement un côté du visage, empêchant les expressions faciales et la fermeture de l'œil du côté atteint. Bien que la cause de cette maladie soit inconnue, de nombreux chercheurs attribuent l'inflammation du nerf facial au virus herpès simplex. Vingt à trente personnes sur cent mille en sont atteintes chaque année.



La paralysie de Bell paralyse partiellement ou totalement un côté du visage.

La récupération est complète dans 71 % des cas, satisfaisante dans 13 % et insatisfaisante dans 16 % selon l'Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec.

Dans le but d'aider les professionnels de la santé à traiter les patients en phase aiguë, le Groupe de travail sur la paralysie de Bell, la Société canadienne d'ORL et la Fédération des sciences neurologiques du Canada ont publié en juin dernier les premières lignes directrices canadiennes.

Quelques recommandations :

- Administrer des corticostéroïdes à tous les patients afin d'éviter les spasmes faciaux involontaires.
- Administrer une combinaison d'antiviraux et de corticostéroïdes aux patients ayant une paralysie sévère à complète, mais non à ceux atteints de paralysie légère à modérée.
- Ne pas prescrire un traitement antiviral seul.
- Consulter un spécialiste lorsque les symptômes ne s'améliorent pas ou empirent.
- Recourir à l'imagerie médicale pour rechercher d'autres causes de la paralysie lorsque les patients ne montrent pas d'amélioration.
- Conseiller aux patients dont les yeux ferment mal d'utiliser des protecteurs oculaires avec gouttes et crèmes lubrifiantes pour prévenir les atteintes à la cornée.

La physiothérapie pourrait aussi aider les patients éprouvant une faiblesse persistante.

Choisir le bon traitement pour le bon patient peut optimiser les chances de récupération, concluent les auteurs des lignes directrices.

Sources

Association d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale du Québec. *Paralysie de Bell, une paralysie faciale au visage méconnu*. [En ligne : <http://orlquebec.org/maladies/divers/paralysie-de-bell/>] (Page consultée le 26 juin 2014.)

De Almeida, J.R., G.H. Guyatt, S. Sud, J. Dorion, M.D. Hill, M.R. Kolber et al. « Management of Bell palsy: clinical practice guideline », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, n° 12, sept. 2014, p. 917-922. [En ligne le 16 juin 2014 : www.cmaj.ca/content/early/2014/06/16/cmaj.131801.full.pdf] (Page consultée le 26 juin 2014.)

MYTHES ET RÉALITÉS

À propos des fours à micro-ondes

Par **Joël Brodeur**, inf., M.Sc.

Des infirmières en santé scolaire et en santé du travail se font souvent poser des questions à propos des contenants en plastique qui peuvent servir à réchauffer les aliments dans un four à micro-ondes. Voyons si vous saurez distinguer les mythes des réalités dans les affirmations suivantes.

vrai ou faux

1. Les fabricants de contenants destinés à conserver de la nourriture doivent s'assurer qu'ils sont sécuritaires s'ils sont utilisés dans un four micro-ondes.
2. Il ne faut pas utiliser les contenants de yogourt ou de crème glacée pour chauffer les aliments au four à micro-ondes.
3. Les micro-ondes s'accumulent dans les aliments. C'est pour cette raison qu'il faut laisser reposer les aliments avant de les consommer.
4. Tout aliment peut être chauffé dans le contenant dans lequel il est vendu.



REVUE@OIIQ.ORG

COURRIEL DES LECTEURS

Syphilis

« Dans votre article sur la syphilis (sept./oct. 2014, page 48), la syphilis est bel et bien une maladie à déclaration obligatoire (MADO), mais elle n'est PAS à traitement obligatoire (MATO). Elle l'a déjà été mais ne l'est plus depuis 2002. Au Québec, seule la tuberculose est une MATO. »

Stéphanie Michaud, infirmière clinicienne, Responsable, Clinique ITSS Secure, La Cité médicale, Sainte-Foy, Québec

Ndlr : En effet, les maladies transmissibles sexuellement comme la syphilis et la gonorrhée ont été retirées des MATO en 2002. Il aurait donc fallu lire : « La syphilis est une maladie à déclaration obligatoire (MADO) et doit être traitée ». Si une syphilis n'est pas traitée, elle risque d'évoluer et de se propager à d'autres organes (cervau, cœur, os, etc.) ou au fœtus chez les femmes enceintes. La syphilis est une maladie grave. Merci de nous avoir signalé cette erreur.



Écrivez-nous à revue@oiiq.org

Votre texte pourra toutefois être édité et corrigé.

Montréal/Laval

Toxicomanie, psychiatrie et ITSS



Claire Lahaie
Infirmière de liaison en comorbidité

« Nous effectuons les évaluations en comorbidité et participons aux discussions de cas avec l'équipe. Nous avons vraiment un rôle de coordination. »

U Les patients présentant à la fois des troubles mentaux, des infections transmises sexuellement et par le sang (ITSS) et des problèmes de toxicomanie ont maintenant accès à des soins intégrés à l'Hôpital Saint-Luc du Centre hospitalier de l'Université de Montréal.

Conçu au printemps 2010, ce projet intitulé « Toxicomanies/psychiatrie et infections transmises sexuellement et par le sang – Oser faire une différence auprès d'une clientèle urbaine qui présente des problèmes de santé complexes » a été réalisé grâce à trois infirmières de liaison en comorbidité.

Elles ont élaboré ce projet avec le souci d'établir un contact avec des clientèles vulnérables, de les évaluer et de leur assurer une prise en charge globale avec accès à des services et à un suivi appropriés à partir du service des urgences.

À Montréal comme dans le reste du Québec, les professionnels de la santé et des services sociaux déplorent la rareté des ressources intégrées dans le suivi des clientèles toxicomanes et psychiatriques. Jusqu'à la création de ce programme, cette clientèle était suivie par différents établissements, soit en santé mentale, soit en toxicomanie.

Ainsi, les patients devaient souvent consulter ici ou là selon le problème dominant et, après quelques années, ils disparaissaient du système. « Les deux problèmes devenaient alors chroniques et allaient en s'aggravant de sorte que les interventions étaient de plus en plus difficiles à mener à terme, explique Claire Lahaie, infirmière de liaison en comorbidité et l'une des conceptrices du projet.

Notre équipe a toujours pensé que les soins intégrés étaient la meilleure solution ». Les infirmières travaillent de très près avec une équipe de soins intégrés en psychiatrie.

■ **Francine Fiore**

Ce projet a valu à Claire Lahaie, Barbara Kotsoros, Tania Bond, Rock Lévesque et leur équipe le prix Innovation clinique 2013 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Montréal/Laval.

Québec

Des infirmières dans les milieux prostitutionnels



Hélène Marchand
Infirmière clinicienne, Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS

« Les travailleuses du sexe apprécient ce service personnalisé, rapide, sur place, exempt de jugements moraux et qui leur évite des déplacements pour aller consulter et de raconter toute leur histoire. »

Pour mieux répondre aux besoins en matière de santé sexuelle des travailleuses du sexe de Québec, deux infirmières cliniciennes du CSSS de la Vieille-Capitale ont instauré un service de dépistage et de prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Ce service est offert directement dans les milieux prostitutionnels, soit dans les agences d'escortes, les salons de massage érotique et les bars de danseuses nues de Québec.

Les conceptrices du projet intitulé « Dépistage des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) auprès des travailleurs du sexe de Québec : l'exemple d'un projet novateur » sont Hélène Marchand et Isabelle Têtu, infirmières cliniciennes aux Services intégrés de dépistage et de prévention des ITSS du CSSS de la Vieille-Capitale.

Les prostituées ne recourent généralement pas aux services offerts dans les CLSC de peur d'être jugées ou mal reçues. Les intervenantes sociales du Projet intervention prostitution de Québec (PIPQ) repèrent les milieux et proposent à une infirmière de les accompagner. « Comme infirmière de CLSC, on n'aurait jamais pu s'introduire dans ces milieux », explique M^{me} Marchand. Maintenant, ces femmes ont plus confiance aux infirmières et elles contactent directement le CLSC et le PIPQ.

Cette initiative permet d'offrir des services de dépistage, de prévention et de traitement des ITSS, de vaccination contre les hépatites virales, de contraception d'urgence et de contraception hormonale (ordonnances collectives). « Cela demande une grande capacité d'adaptation, une ouverture d'esprit, une grande présence et l'absence de tout jugement moral », dit M^{me} Marchand.

Un partenariat a également été établi avec un médecin du CLSC qui reçoit les travailleuses du sexe sans rendez-vous, dans les locaux d'un organisme communautaire, lorsque leur situation requiert des interventions médicales.

■ **F.F.**

Ce projet a valu à Hélène Marchand, Isabelle Têtu et leur équipe le prix Innovation clinique 2013 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers de Québec.

Saguenay-Lac-Saint-Jean/
Nord-du-Québec

La coopérative de santé La Vigie



Estelle Nolin
Infirmière et enseignante au
Collège d'Alma

« Nous appelons cette approche "Plateforme pédagogique en dehors des stages en milieu hospitalier", parce qu'il y avait des éléments de compétence que l'on n'arrivait pas à couvrir dans les établissements de santé. »

UAu Collège d'Alma, la coopérative de santé La Vigie est un projet visant à compléter la formation des étudiants en soins infirmiers.

C'est pour répondre à des besoins rendus nécessaires par l'ajout de compétences infirmières en matière de prévention et de promotion de la santé, d'enseignement et de milieux ambulatoires qu'une équipe d'infirmières enseignantes du Collège d'Alma a mis sur pied la coopérative de santé La Vigie, une plateforme pédagogique et un milieu de stage enrichissant, qui offre des soins et des services de santé aux populations collégiale et communautaire. Ce service permet une évaluation de l'état de santé et un meilleur suivi des besoins de santé du personnel du collège, des personnes âgées en résidences privées et des enfants en garderie.

« Les milieux cliniques ayant beaucoup changé, nous devons nous ajuster et établir une stratégie pédagogique pour mieux répondre aux nouvelles exigences », dit Estelle Nolin, infirmière et enseignante au département de soins infirmiers du Collège d'Alma.

Le fonctionnement de la coopérative est assuré par les étudiants de 1^{re}, 2^e et 3^e année en soins infirmiers qui sont en stage. Supervisés par des enseignantes, ces étudiants acquièrent de nouvelles connaissances qu'ils appliquent ensuite au contact de la population collégiale et communautaire.

Les étudiants voient des problèmes de santé qui auraient autrement fait l'objet d'une consultation à l'urgence du CSSS et apprennent à travailler en interdisciplinarité. Ils peuvent diriger rapidement la clientèle vers d'autres professionnels de la santé ou vers des partenaires communautaires. Ils administrent le vaccin antigrippal aux membres de la communauté collégiale. Le projet vise aussi à développer l'implication sociale et communautaire des étudiants et à susciter l'esprit d'initiative et de créativité. ■ F.F.

Ce projet a valu à Estelle Nolin, Lauraine Lebel, Sylvie Gaudreault, Lynda Larouche, infirmières et enseignantes au département de soins infirmiers du Collège d'Alma, et leur équipe le prix Innovation clinique 2013 de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du Saguenay-Lac-Saint-Jean/Nord-du-Québec.



**Académie
Médico Esthétique**
Montréal, Québec, Laval, Gatineau, Trois-Rivières

www.medicoesthetique.org
514.817.7095 Linda McGrail

FORMATIONS MÉDECINE ESTHÉTIQUE

”Une pratique
tournée vers l'avenir



LA MÉDECINE RÉGÉNÉRATIVE;
Une avancée majeure en esthétique

INJECTABLES et TECH. DE MÉSOTHÉRAPIE

DERMATOLOGIE à VISÉE ESTHÉTIQUE

NUTRICOSMÉTIQUES et FONCTION ANTIOXYDANT

FORMATION AVANCÉE

DERMOGRAPHIE MÉDICALE  le DESSEIN
des FEMMES

DÉTAILS ET INSCRIPTION:
www.medicoesthetique.org

FORMATION Stage

RÉSEAU
de COMPÉTENCES
spécialisé en soins
MÉDICO-ESTHÉTIQUE

PAR DES PROGRAMMES
DE CERTIFICATIONS,
DE SOUTIENS
PROFESSIONNELS
ET DE FORMATIONS
CONTINUES



**OFFRE
EXCLUSIVE**
AUX MEMBRES DE L'OIIQ
**30%
DE RABAIS**

AVANT LE 15 DÉC. 2014.
BOUTIQUE EN LIGNE
PRODUITS
MÉDICO-ESTHÉTIQUES
ET NUTRICOSMÉTIQUES
Sur une sélection de produits, dans
les limites des stocks disponibles.

ENTREZ LE CODE
OIIQ1412

Les Oiseaux bleus

1914-1918, elles désirent faire leur part patriotique, ont le goût de l'aventure et du voyage. Parmi elles : Amazellie Brochu, Gertrude Gilbert, Clare Gass, Dorothy MacLeod Penner Cotton, Catherine de Bellefeuille, Laura Adelaide Gamble et Blanche Olive Lavallée.

Par **Denyse Perreault**



Plus de 2 500 *Bluebirds* ont servi durant la Première Guerre mondiale. Elles sont lieutenant, les premières infirmières militaires de l'Empire britannique à obtenir un rang d'officier. Photo Mai - 1917.

Lorsque la Première Guerre mondiale s'enclenche, la place de la Canadienne-française est bien circonscrite : au foyer ! Les infirmières sont en majorité religieuses et le travail des rares laïques est mal payé. « Leur salaire mensuel au Montreal General tourne autour de 12 \$ à 15 \$, tandis qu'un chasseur de rats gagne 20 \$ », relate Mélanie Morin-Pelletier, historienne adjointe Première Guerre mondiale, au Musée canadien de la guerre à Ottawa.

Son mémoire de maîtrise porte sur le rôle des 2 500 *Bluebirds*, en français Oiseaux bleus, qui étaient des infirmières militaires canadiennes durant la guerre de 1914-1918 et dont le surnom évoque la couleur de leur uniforme. Parmi elles : Amazellie Brochu, Gertrude

Gilbert, Clare Gass, Dorothy MacLeod Penner Cotton, Catherine de Bellefeuille, Laura Adelaide Gamble et Blanche Olive Lavallée.

« La société civile tarde à leur accorder un statut professionnel et l'appel sous les drapeaux présente plusieurs attraits, raconte l'historienne. Les infirmières militaires canadiennes, en tant que lieutenants, sont les premières de tout l'Empire britannique à obtenir un rang d'officier. Leur rémunération atteint 4,10 \$ par jour et elles sont logées et nourries à peu de frais. Outre cet incitatif, elles désirent faire leur part patriotique, ont le goût de l'aventure et du voyage. Ces femmes issues de diverses classes sociales respirent un air de liberté peu commun parmi la gent féminine. Et puis, l'aura de la britan-

nique Florence Nightingale, icône de la guerre de Crimée (1854-1856,) plane sur la profession. Mais aucune, en traversant l'Atlantique, ne sait véritablement à quoi s'attendre. »

140 000 pansements

En quatre ans, le Canada administre 16 hôpitaux généraux, une vingtaine d'établissements spécialisés, 10 hôpitaux militaires fixes et quatre stations d'évacuation. Côté francophone, il y a l'Hôpital canadien-français et l'Hôpital Laval et cent-sept Oiseaux bleus francophones recensées, qui représentent moins de 5 % des effectifs. Il est difficile de déterminer leur nombre exact puisque lors de leur enrôlement, une question s'enquêrait de leur religion et non de leur langue.



Mélanie Morin-Pelletier
Historienne, Musée canadien de la guerre

« Les *Bluebirds* étaient les visages humains de la guerre 1914-1918. Elles ont fait preuve de sang-froid et leur présence a fait une grande différence pour garder les soldats en vie. »

Sur le front Ouest, en France, shrapnels et fragments d'obus font des dégâts qui, en cette ère pré-antibiotique, génèrent des infections souvent fatales. La « gueule cassée », un visage en partie détruit, devient la blessure emblématique de cette guerre. Clare Gass utilise un tube de caoutchouc pour nourrir deux soldats dont la mâchoire inférieure et la langue ont été arrachées. Autre blessure par trop fréquente, l'infection dite « pieds de tranchée » découle de déplorables conditions d'humidité et d'insalubrité. Faute de soins, elle dégénère en gangrène sinon

L'aura de la britannique Florence Nightingale, icône de la guerre de Crimée (1854-1856), plane sur la profession. Mais aucune, en traversant l'Atlantique, ne sait véritablement à quoi s'attendre.

Collection d'archives George Metcalf © Musée canadien de la guerre



Blanche Olive Lavallée
(1890-1950)

en amputation. Seule méthode préventive : changer de chaussettes fréquemment et tâcher de garder les pieds au sec. « Je n'ai jamais vu des blessures pareilles », écrit Laura Gamble.

« Le personnel médical est confiné des jours entiers en salle d'opération, poursuit l'historienne. Les infirmières jouent un rôle crucial dans les soins pré et post opératoires. Elles veillent à diminuer les risques d'hémorragies et d'amputation grâce à

de nouvelles techniques de drainage des plaies. Une source indique qu'entre janvier 1917 et juin 1918, les infirmières de l'Hôpital Laval ont fabriqué plus de 140 000 pansements. Les connaissances en hygiène et salubrité évoluent rapidement et les femmes fournissent soins d'hygiène et de chevet, s'occupent de la propreté des pavillons et d'une partie du travail administratif. Elles jonglent avec l'admission de centaines de patients à la fois et un rationnement strict. »

Conditions extrêmes

Les Canadiennes en service outre-mer en 1914-1918 ont soigné 539 690 soldats, dont près des trois-quarts souffrent de maladies et d'infections. La Montréalaise Dorothy MacLeod Penner Cotton a servi à l'Hôpital anglo-russe de Petrograd où sévissent le tétanos et la gangrène. On estime que 500 Canadiennes ont été déployées sur le front méditerranéen, considéré comme le pire de tous. Laura Gamble précise qu'il fait 54° C sous le soleil. Il y a l'assaut incessant des moustiques et des maladies graves telles que malaria, typhus, dysenterie, typhoïde ou fièvre de Malte...

Il faut être disponible jour et nuit. Catherine de Bellefeuille évoque ses horaires de travail exténuants. Les « gardes-malades », dont la moyenne d'âge est de 29 ans, posent pansements et cataplasmes, administrent révsifs et médicaments à des soldats qui ont autour de 26 ans. Elles font figure de mère ou de grande sœur pour les Canadian Tommies, le Tommy étant le soldat britannique, tandis qu'on attribue le surnom de Poilu au combattant français. Ce mot argotique est synonyme de courage et de virilité.

Voir repartir les soldats guéris au front est affreux ; la désillusion et le découragement guettent. Les *Bluebirds* sont aussi en butte à la jalousie de consœurs britanniques et de la Croix-Rouge : leur statut d'officier leur confère davantage de liberté et leur uniforme bleu est... plus seyant que les autres. Lecture et écriture, vélo et golf, mascarades, célébrations de fêtes comme Noël et visites à saveur touristique les aident à lutter contre l'épuisement et l'ennui. La mort rôde. On estime à 76 le nombre d'infirmières mortes en service ou décédées des suites de la guerre.

Recherche

La curiosité de Mélanie Morin-Pelletier a été éveillée par la lecture du journal intime de Clare Gass. Elle a ensuite consulté lettres, journaux intimes et Mémoires, journaux de guerre des deux hôpitaux militaires francophones, rapports de l'infirmière en chef de l'Hôpital Laval, Yvonne Beaudry et

carnets d'autographes. Les soldats reconnaissants y écrivaient des petits mots, des poèmes et des dessins.

L'historienne travaille à reconstituer l'expérience de Blanche Olive Lavallée. « Son père étant victime d'un cancer, elle versait une partie de sa solde à sa famille, explique-t-elle. Après la guerre, elle a voulu aider les infirmières américaines militaires à obtenir leur rang d'officier. Je cherche encore à reconstituer les détails de sa contribution. En 1924, elle a épousé Georges-Henri Trudeau et eu quatre filles. Bénévole pour la Croix-Rouge durant la Seconde Guerre mondiale, elle a toujours été impliquée socialement. »

En poursuivant ses recherches, Mélanie Morin-Pelletier continuera à « donner une voix » aux *Bluebirds*, ces héroïnes de l'ombre de la Première Guerre mondiale. « Sachez, rappelle-t-elle, que je suis toujours en quête d'informations concernant l'avant-gardiste Blanche Olive Lavallée et de tout autre document sur les *Bluebirds*. » ■



Plus de 539 690 soldats ont été soignés par les Canadiennes en service outre-mer en 1914-1918. Photo de soldats canadiens blessés admis au 1^{er} poste d'évacuation sanitaire canadien, juillet 1916.



Visite à Valenciennes en France sous les indications de la ligne ferroviaire pour la ville de Mons en Belgique, novembre 1918.



La « gueule cassée », un visage en partie détruit par les shrapnels et les fragments d'obus, devient la blessure emblématique de cette guerre.

Sources

Morin-Pelletier, M. *Briser les ailes de l'ange : Les infirmières militaires canadiennes (1914-1918)*, Outremont, Athéna éditions, 2006, 185 p.

« Des oiseaux bleus chez les Poilus : Les infirmières des hôpitaux militaires canadiens-français postés en France, 1915-1919 », *Bulletin d'histoire politique*, vol. 17, n° 2, hiver 2009, p. 57-74. [En ligne : www.bulletinhistoirepolitique.org/le-bulletin/numeros-precedents/volume-17-numero-2/des-oiseaux-bleus-chez-les-poilus-1-les-infirmieres-des-hopitaux-militaires-canadiens-francais-postes-en-france-1915-1919/]

Dépression, anxiété et souffrance existentielle en fin de vie **Des réalités oubliées**

S'il est vrai que certains troubles psychologiques ont une prévalence plus élevée chez les individus en phase terminale, force est de constater que la dépression, l'anxiété et la souffrance existentielle en fin de vie demeurent des réalités trop souvent oubliées.

Par **Kim Sadler**, B.Sc.inf., Ph.D.Ps. (c.)



© Amélie-Benoist / BSIP / Science Photo Library

Manon, 38 ans, a un cancer du sein. Après une intervention chirurgicale et des traitements de radiothérapie, elle a été en rémission plus de deux ans. Depuis trois semaines, elle ressent des douleurs vives au bras droit irradiant dans l'épaule et le dos. Les tests d'imagerie révèlent la présence de métastases hépatiques et osseuses. Aucun traitement curatif n'est envisageable. En plus de sa douleur physique, elle présente d'autres signes qui inquiètent l'infirmière : perte d'appétit et perte de poids, nausées, pleurs, difficulté à s'endormir, soucis concernant son avenir, céphalées, symptômes anxieux (étourdissements, paresthésie, bouffées de chaleur, palpitations), sentiment de dévalorisation et peur d'être un fardeau pour son entourage. Comment l'infirmière peut-elle évaluer la souffrance physique et psychologique de Manon et intervenir ?

Selon le modèle biomédical encore bien implanté dans les milieux de soins, un « traitement » suit habituellement un « diagnostic ». Or, il est souvent difficile de poser un diagnostic de trouble psychologique en fin de vie. D'abord, beaucoup des signes et symptômes présents peuvent être attribuables à la

maladie terminale ou à ses traitements. Ensuite, la distinction entre un trouble psychologique, comme l'anxiété ou la dépression, et une souffrance existentielle est difficile à établir. De plus, il ne faut pas négliger que parfois, les symptômes comme ceux qu'éprouve Manon, n'atteignent tout simplement pas l'intensité requise pour permettre

de poser un diagnostic officiel, une situation qui n'indique pas pour autant une absence de souffrance et qui entraîne régulièrement une prise en charge déficiente.

Outre le manque d'accès aux soins palliatifs, il existe d'autres facteurs expliquant un soulagement sous-optimal de la souffrance psychique, c'est-à-dire à la fois psychologique et existentielle.

Soulignons la perception erronée voulant qu'une détresse en fin de vie soit normale, de même que le sentiment d'impuissance et les angoisses des soignants à propos de la maladie et de la mort, ainsi que certaines lacunes dans leurs connaissances et leurs habiletés (Block, 2000). S'il est vrai que certains troubles psychologiques ont une prévalence plus élevée chez les individus en phase terminale, force est de constater que la dépression, l'anxiété et la souffrance existentielle en fin de vie demeurent des réalités trop souvent oubliées.

Il faut d'abord commencer par reconnaître cette souffrance. Le but de cet article n'est pas d'expliquer en détail comment certains troubles psychologiques se présentent en fin de vie, mais il est important de demeurer conscient que les frontières sont souvent mal définies entre la détresse psychologique et des tourments de nature plus existentielle.

La souffrance existentielle n'est pas une entité distincte ; elle s'apparente davantage à un amalgame complexe. Une évaluation minutieuse de la détresse du patient par l'infirmière s'impose en vue d'adapter ses interventions au type de souffrance observée chez lui. Certains éléments peuvent la guider pour distinguer le trouble psychologique de la souffrance existentielle.

Dépression

Dans une certaine mesure, il est normal pour une personne en fin de vie d'éprouver des changements dans son humeur générale. Après tout, cette personne doit gérer de nombreuses pertes et faire face à plusieurs incertitudes quant à sa mort prochaine. Selon certaines données, de 15 % à 25 % des patients en soins palliatifs seraient atteints d'un trouble dépressif majeur (Pereira, 2008). La difficulté de poser un diagnostic de dépression chez un individu affligé d'une maladie terminale est que la plupart des symptômes physiques caractéristiques de la dépression, tels que décrits dans la 5^e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-V)*, sont souvent le résultat de la progression de la maladie terminale (p. ex., perte d'appétit, fatigue, perte de poids significative). Dans ce contexte, il est recommandé de s'appuyer davantage sur les symptômes « psychologiques » de la dépression tels qu'une humeur dépressive persistante, un sentiment de culpabilité, une diminution de l'estime de soi.

Contrairement au patient déprimé, la personne éprouvant une souffrance existentielle peut ne pas avoir complètement perdu intérêt pour toute activité et un sentiment de culpabilité n'est pas nécessairement présent. Malgré certaines balises, distinguer une dépression d'une détresse existentielle peut être ardu (Schuman-Olivier et al., 2008) et il est toujours possible que les deux états se chevauchent.

Anxiété

Une augmentation du degré d'anxiété n'est pas inhabituelle mais contrairement à certaines croyances, un degré élevé d'anxiété n'est pas inévitable en phase terminale et ne devrait pas être toléré. Environ 50 % des patients en soins palliatifs souffriront d'un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou anxieuse (Pereira, 2008).

L'anxiété se situe dans un continuum, de l'irritabilité et l'inconfort à la panique et la terreur. Il est important d'évaluer la présence possible de troubles anxieux (p. ex., trouble de stress aigu, trouble de l'anxiété dû à un mauvais état de santé général). D'abord, en raison d'une prévalence

Tableau 1 Évaluation : des exemples de questions

Anhédonie	« Y a-t-il des choses que vous appréciez encore ? »
Perte d'espoir	« Que voyez-vous quand vous pensez à l'avenir ? »
Perte de contrôle	« Pensez-vous que vous pouvez influencer votre bien-être ? »
Culpabilité	« Pensez-vous être un fardeau pour vos proches ? »
Suicide	« Beaucoup de personnes atteintes d'une maladie comme la vôtre pensent au suicide. Avez-vous des pensées semblables ? Avez-vous un plan ? »

plus élevée de ces troubles chez les patients en phase terminale, mais aussi parce qu'un trouble de l'anxiété non traité peut mener l'individu à demander d'abrégier sa souffrance. Il demeure important de garder à l'esprit que l'anxiété peut être la manifestation de symptômes physiologiques mal contrôlés (douleur, dyspnée, rétention urinaire, etc.) ou même être le fruit d'effets secondaires de médicaments ou de traitements.

L'anxiété peut se reconnaître par une tension motrice (fatigabilité, tremblements, douleurs musculaires), une hypervigilance cognitive (difficulté de concentration et de sommeil) et une hyperactivité neurovégétative (dyspnée, diaphorèse, xérostomie). La souffrance existentielle, tout comme la souffrance psychologique, peut aussi entraîner une anxiété considérable.

Évaluation

L'infirmière doit procéder à l'évaluation du patient comme elle le ferait s'il avait un malaise physique. Elle dresse la liste de ses signes et symptômes et se renseigne sur leur contexte d'apparition, leur intensité, durée, fréquence, progression et leur impact sur sa qualité de vie. Les antécédents médicaux et psychiatriques, la liste des médicaments ainsi que les derniers résultats de laboratoires sont importants. Ainsi, un trouble de la fonction thyroïdienne ainsi que certains médicaments tels que les corticostéroïdes peuvent causer des symptômes dépressifs. Le méthylphénidate, utilisé entre autres pour traiter la somnolence provoquée par la prise d'opiacés, peut rendre le patient agité. Certains déséquilibres de l'organisme peuvent se manifester par des symptômes de troubles psychologiques, par exemple une fatigue causée par l'anémie plutôt que par un état dépressif. L'examen mental constitue aussi une partie importante de l'évaluation.

Il permet notamment de déceler la présence de délirium. Afin de recueillir ces diverses données, l'infirmière utilise le plus possible des questions directes (voir Tableau 1).

Il est faux de prétendre que faire parler le patient de sa détresse aggrave cette dernière. L'infirmière peut aussi utiliser ses propres réactions comme outil d'évaluation. Elle peut analyser son propre « ressenti » en présence d'un patient pour mieux saisir sa détresse. Ainsi, en présence d'un patient déprimé, parlant d'un débit lent et de façon peu expressive, il est courant de sentir que l'on s'ennuie, que le temps est long et de perdre le fil de ce qui se dit. En présence d'un patient anxieux qui bouge sans cesse et parle d'un débit pressé, on peut se sentir soi-même plus aux aguets et agité. Nos propres réactions sont parfois une forme de reflet de l'expérience de l'autre, une projection de sa détresse sur nous.

Ensuite, il faut bien sûr valider ces impressions avec le patient. Pour une évaluation complète, il est souhaitable de faire appel à plusieurs sources d'information (patient, proches, collègues, dossier, etc.). Cette démarche permet de déterminer le niveau de base du patient et d'évaluer la progression de son état. La connaissance des facteurs de risque des troubles psychologiques est un atout. Il faut se rappeler que l'évaluation de la détresse psychologique est un processus continu.

Intervention

Pour aborder la souffrance de son patient, la plus importante intervention de l'infirmière est d'être présente à lui. On entend souvent des collègues dire

Maintenir l'espoir est primordial si l'on veut préserver la qualité de vie de son patient.

Tableau 2 Stratégies pour approfondir un échange

Clarifier	Paraphraser
Vérifier votre compréhension du contenu. Patient : « C'est fini, je suis vraiment trop fatiguée. » Infirmière : « Qu'est-ce que vous voulez dire exactement par "je suis fatiguée" ? »	Mettre l'accent sur l'essentiel du contenu du message en le mettant dans vos mots. Patient : « Je sais que ça ne m'aide pas de rester seule avec mes pensées. » Infirmière : « Vous savez que partager vos pensées et vos sentiments pourrait améliorer votre humeur. »
Refléter	Interpréter
Faire ressortir l'aspect affectif du message. Patient : « On doit me laver comme un bébé. » Infirmière : « Cela vous bouleverse d'être dépendant des autres pour vos soins physiques ? »	Faire ressortir les thèmes récurrents dans le discours. Infirmière : « Il semble qu'au cours des derniers mois vous avez dû faire face à de nombreuses pertes importantes. »

qu'elles sont surchargées et que parler de souffrance « prend du temps ». Ce à quoi nous répondons qu'il faut parfois revoir ses priorités. Certains soins, par exemple un changement de pansement, peuvent être reportés si un patient est en crise émotionnelle.

On s'approche de la souffrance de l'autre en explorant ses sentiments, ses craintes et ses souhaits. On peut utiliser certaines stratégies pour faire parler son patient : clarifier ses propos, les paraphraser, les refléter ou les interpréter (voir Tableau 2). Ces habiletés se développent avec la pratique. Au début, si l'on se sent moins à l'aise, on peut simplement demander au patient : « Que se passe-t-il pour vous en ce moment ? ».

L'infirmière doit être curieuse si elle ne veut pas que l'échange reste superficiel.

Face à une personne déprimée, elle cherchera à comprendre les pertes qui l'attristent. Face à une personne anxieuse, elle cherchera à comprendre ses peurs. Face à une personne angoissée par des questions existentielles, elle cherchera à affirmer son identité, son intégrité et ses rôles. L'infirmière peut aussi se référer au Dignity Model de Chochinov (2006) qui présente un ensemble d'interventions pragmatiques pour préserver l'intégrité du patient en fin de vie. Une fois les difficultés du patient exprimées, il faut identifier ses forces, ainsi que ses ressources internes et externes. La souffrance est complexe et l'implication des autres membres de l'équipe soignante est essentielle (travailleuse sociale, chape-lain, art-thérapeute, musicothérapeute, psychologue). Il faut se souvenir que

maintenir l'espoir est primordial si l'on veut préserver la qualité de vie de son patient.

Des soins palliatifs accordant autant d'importance aux aspects physiologiques que psychosociaux et spirituels de la souffrance devraient être offerts à toutes les personnes en phase terminale (Quill et Byock, 2000). L'infirmière occupe une place privilégiée aux côtés de son patient. Soulager toutes les formes de la souffrance doit être une priorité. ■

L'auteure



Kim Sadler est infirmière clinicienne à l'unité des soins palliatifs de l'Hôpital général juif de Montréal. Elle poursuit ses études doctorales en psychologie clinique à l'Université de Montréal.

Références

Block, S.D. « Assessing and managing depression in terminally ill patient », *Annals of Internal Medicine*, vol. 132, n° 3, 1^{er} févr. 2000, p. 209-218.

Chochinov, H.M. « Dying, dignity, and new horizons in palliative end-of-life care », *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, vol. 56, n° 2, mars/avril 2006, p. 84-103.

Pereira, J.L. *The Pallium Palliative Pocketbook: A peer-reviewed, referenced resource* (1^{re} éd.), Edmonton (AB), The Pallium Project, 2008.

Quill, T.E. et I.R. Byock. « Responding to intractable terminal suffering: the role of terminal sedation and voluntary refusal of food and fluids », *Annals of Internal Medicine*, vol. 132, n° 5, 7 mars 2000, p. 408-414.

Schuman-Olivier, Z., D.H. Brendel, M. Forstein et B.H. Price. « The use of palliative sedation for existential distress: a psychiatric perspective », *Harvard Review of Psychiatry*, vol. 16, n° 6, 2008, p. 339-351.

OBTENEZ L'ENSEMBLE DE VOS CRÉDITS POUR 2014 inscription en tout temps selon vos besoins



20H ACCRÉDITÉES DIA-102-DIS :
LE DIABÈTE, DU DIAGNOSTIC À LA PRISE EN CHARGE

10H ACCRÉDITÉES NUT-402-DIS :
LA NUTRITION UNE SCIENCE DE PRÉVENTION (PDF disponible)

Enrichissez vos connaissances sans déplacement... tout inclus. Des formations adaptées à votre style de vie !



www.transfertc.com • 1-855-855-1478 (sans frais)



CONCOURS

INNOVATION

CLINIQUE



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Vous avez conçu un projet clinique novateur ?

La qualité des soins et des services préoccupe votre équipe ?

Vous contribuez à faire avancer la profession infirmière ?

FAITES CONNAÎTRE VOTRE RÉALISATION

avant le 2 mars 2015



Renseignements
oiiq.org

1 000 \$
Prix régional

3 000 \$
Grand prix

Jeux des infirmières et infirmiers du Québec

6^e ÉDITION



Soyez de la partie !
Du **23 au 25 janvier 2015**
Université McGill, Montréal

Plus d'information :
jiiqnursinggames2015.wordpress.com

Les Jeux des infirmières et infirmiers du Québec sont de retour pour une 6^e année. Compétitions sportives, intellectuelles et culturelles sont au programme. Êtes-vous prêts à vous mesurer à d'autres étudiantes et étudiants en soins infirmiers et sciences infirmières du Québec ?

Partenaire de l'événement



**Comité
jeunesse**
Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



Dossier clinique informatisé et soins infirmiers

Un rendez-vous manqué ?

Passionnée par les technologies de l'information, l'auteure explique l'impact du peu d'enthousiasme autour de l'informatisation des soins infirmiers en milieu clinique et propose des moyens d'y remédier.

Par **Sylvie Jetté**, inf., Ph.D.

Malgré la plus grande complexité des soins, les gestionnaires et les professionnels en santé sont responsables de la qualité des soins et sont tenus d'utiliser judicieusement les ressources. On possède peu de données pour évaluer l'efficacité et l'efficience des processus mis en place pour améliorer la santé des personnes et on dispose de peu d'information sur les résultats des soins infirmiers au Canada et même ailleurs dans le monde (Hannah *et al.*, 2009). Les efforts d'informatisation dans plusieurs établissements, entre autres le déploiement du dossier électronique de santé, permettaient d'espérer que ces données seraient bientôt disponibles. Mais si les volets médical et administratif semblent se concrétiser, il n'y a rien encore de bien tangible pour le volet infirmier.

Pourtant les infirmières sont le plus important groupe dispensateur de soins dans le réseau de la santé. Encore aujourd'hui, le constat d'Hannah (2009) est toujours valable : la plupart des dossiers cliniques informatisés (DCI) répondent principalement aux besoins d'information des médecins. Quelques petits pas ont été faits, par exemple certains outils d'évaluation et de suivi comme l'échelle de Braden ou d'évaluation de la douleur ont été informatisés.

S'il est vrai que certaines données consignées dans les DCI sont utiles pour la prestation des soins infirmiers (p. ex., médicaments, examens de laboratoire, allergies), à quelques exceptions près tout ce qui relève de la pratique infirmière (évaluation du patient, détermination des problèmes ou besoins, choix des interventions et résultats) n'est toujours pas informatisé au Québec. Peu d'établissements ont un plan de soins informatisé. Certains ont choisi d'informatiser le plan thérapeutique infirmier (PTI), mais pas toujours en le reliant à la documentation électronique des soins infirmiers.

Leadership et documentation

Le faible niveau d'informatisation en soins infirmiers dépend de plusieurs facteurs. Deux d'entre eux expliquent principalement pourquoi la plupart des infirmières ne tirent pas toujours profit des avantages de la documentation électronique. Le premier : l'informatisation en soins infirmiers n'a pas été prise en compte dans les projets des établissements de santé. On a plutôt choisi de prioriser les données utiles aux décisions médicales (p. ex., gestion et résultats d'examens paracliniques). Évoquer l'éternel pouvoir des médecins

La plupart des dossiers cliniques informatisés répondent principalement aux besoins d'information des médecins.



© Flynt / Dreamstime.com

pour expliquer les décisions des organisations m'apparaît dépassé. Si elle existe réellement, cette influence a pu agir seulement à cause du peu de leadership exercé en soins infirmiers.

Encore aujourd'hui, rares sont les postes d'infirmières spécialisés en informatique des soins infirmiers. Plusieurs conseillères cliniques se voient confier des mandats liés à l'informatisation en plus de leurs autres dossiers. Elles n'ont pas le temps et souvent, pas la formation, pour agir comme leader dans ces projets.

En ne prévoyant pas de postes spécialisés en informatisation des soins infirmiers et en n'exerçant pas le lobbying nécessaire pour faire évoluer le dossier, le peu de leadership des directions de soins infirmiers est en partie responsable de cette situation. La suggestion de Remus et Kennedy (2012) d'une nouvelle compétence pour les gestionnaires de soins infirmiers (*avant-garde executive leadership competency*) est à cet égard très intéressante. Cette compétence implique un maillage entre les compétences en informatique infirmière et les qualités de leadership transformationnel attendu des gestionnaires de soins infirmiers. Mais avant de voir ce leadership agir dans toutes les directions de soins infirmiers, il faudra sans doute compter sur la relève des gestionnaires en soins infirmiers, une relève mieux outillée pour faire campagne et mettre en œuvre l'informatisation en soins infirmiers.

Littérature en informatique

Ce qui m'amène au deuxième facteur qui nuit à l'avancement de l'informatisation en soins infirmiers. Les infirmières

Terminologie normalisée

L'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) et Inforoute Santé du Canada, l'organisme responsable du dossier de santé électronique au Canada, ont choisi la Classification internationale de la pratique infirmière (ICNP®), une terminologie qui décrit les constats (problème, besoins, diagnostics), les interventions en soins infirmiers et les résultats de ces interventions. Cette terminologie peut être utilisée dans tous les contextes de soins et est disponible en français. L'Association suisse des infirmiers et infirmières et le CHU de Lausanne ont assuré la traduction française de l'ICNP®, qui est accessible par le Conseil international des infirmières (CII, 2011).

L'AIIIC a mandaté un groupe de travail auquel participaient plusieurs infirmières du Québec pour réaliser la validation canadienne-française de la plus récente version de cette terminologie. Ce groupe devait s'assurer de la cohérence des termes proposés avec ceux utilisés dans la pratique. Bien qu'une version française de l'ICNP® soit déjà en ligne, la validation de la traduction se poursuit par une équipe de chercheurs de l'Université de Sherbrooke. Si votre établissement a déjà entrepris un processus d'acquisition ou de développement d'un DCI, assurez-vous qu'il propose une terminologie commune pour documenter les soins infirmiers et n'hésitez pas à exiger l'ICNP®.

méconnaissent les enjeux et les défis de l'informatisation du réseau, ainsi que les avantages potentiels et réels que pourraient apporter les technologies de l'information à leur pratique. Les infirmières n'ont pas le bagage qui leur permettrait d'argumenter et de faire valoir la valeur ajoutée de l'informatisation des soins infirmiers. Elles ne peuvent pas non plus contribuer au développement de systèmes adaptés aux actes infirmiers.

Dans un précédent article (Jetté, 2007), je proposais aux infirmières de profiter du déploiement des différents systèmes d'information électroniques dans leur établissement pour exiger que des classifications infirmières reconnues y soient intégrées. J'invitais alors les infirmières à participer à l'achat ou au développement du DCI dans leur établissement et à convaincre les décideurs de la pertinence d'adopter une terminologie normalisée pour documenter les soins infirmiers, autant les données relatives à l'évaluation initiale et continue du patient, que les constats (problèmes, besoins ou diagnostics infirmiers) ou les interventions réalisées.

Plusieurs auteurs ont souligné la pertinence que ces données soient basées sur une terminologie normalisée (Lunney *et al.*, 2005 ; Flanagan et Jones, 2007). D'une part, la normalisation facilite la codification et l'informatisation et d'autre part, elle

rend possible l'extraction de données à des fins d'analyse et d'échange. La tâche devient évidemment impossible lorsque chaque établissement a son propre vocabulaire.

Partager

Mais pourquoi vouloir extraire les données infirmières inscrites dans un DCI et pourquoi les rendre disponibles ?

Premier avantage : rendre visible le travail infirmier. Les données infirmières d'un milieu de soins tracent un portrait local et elles peuvent prendre une autre dimension une fois comparées à celles d'autres établissements, notamment pour les décideurs et pour les chercheurs en sciences infirmières.

On déplore souvent le manque de visibilité du travail infirmier sans penser que l'informatisation offrirait un moyen concret d'y remédier. Pourtant, peu de démarches vont en ce sens. Avoir un entrepôt de données infirmières permettrait de produire des rapports et démontrerait le savoir-faire infirmier, un savoir-faire qui ne consiste pas seulement à exécuter des ordonnances médicales.

L'informatisation en soins infirmiers n'est pas une panacée, mais un moyen d'améliorer les processus de travail. Elle permet d'avoir accès en temps réel à de l'information clinique importante pour la prestation de soins. Elle facilite le travail. D'ailleurs, les milieux qui ont informatisé leurs soins infirmiers ne veulent plus revenir en arrière (Kossmann et Scheidenhelm, 2008 ; Lee, 2004).

Si votre milieu de travail n'offre pas de DCI, demandez à vos représentants que l'informatisation des soins infirmiers fasse partie du plan stratégique de l'organisation. Décider d'un positionnement stratégique est toujours une question de choix. Pourquoi ce choix ne serait-il pas d'améliorer l'efficacité et l'efficience des soins infirmiers ? Les hôpitaux dits magnétiques (*magnet hospitals*) ont fait ce choix avec succès (Kirkley *et al.*, 2004).

Pouvoir retrouver la documentation en soins infirmiers dans un DCI procure un avantage indéniable. En plus de soutenir la pratique, il peut servir à la recherche, à découvrir les tendances, à proposer des protocoles basés sur des pratiques exemplaires, et même à développer des théories en sciences infirmières.

Les gestionnaires y trouveraient aussi leur compte en comparant leur information avec celle d'organisations semblables.

Formation

Parmi les défis suscités par l'informatisation du réseau, il y a la formation des professionnels. Plusieurs auteurs au Canada (AIIIC, 2006 ; Hébert, 2000 ; Jetté, 2008 ; Jetté, 2012 ; Nagle et Clark, 2004) ont souligné l'importance de former les infirmières aux technologies de l'information et des communications (TIC). De plus, la profession a besoin de développer des outils propres aux infirmières. Pour ce faire, nous avons besoin d'infirmières compétentes en informatique.

Dès 2006, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) affirmait que « la gestion de l'information et la technologie des communications font partie de la pratique infirmière ». Il est donc plus que temps que des connaissances en informatique des soins infirmiers soient intégrées

Peu de données permettent de mesurer les résultats des soins infirmiers. Premier avantage de l'informatisation : rendre visible le travail infirmier.



à la formation initiale. Des formations spécialisées devraient aussi être disponibles dans le cadre d'études avancées.

Fort pertinemment, en juin 2012, l'Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI) publiait un document sur les compétences informatiques requises pour l'entrée dans la profession infirmière. Il y a fort à parier que l'ACESI prendra bientôt en considération ces compétences informatiques dans ses évaluations des programmes en vue de l'agrément des écoles.

Mais la publication de ces normes n'assure pas à elle seule l'acquisition de compétences informatiques par les futures infirmières. Le défi est de taille. Il consiste à ajouter du contenu nouveau à des programmes déjà surchargés. De plus, les formateurs prêts à enseigner les TIC sont peu nombreux.

Aborder l'informatisation des soins infirmiers comme un outil, une façon différente de travailler et un soutien à la pratique facilitera son intégration dans le programme de formation initiale.

Une stratégie gagnante consiste à établir des moments (cours, stages, laboratoires) pour transmettre des connaissances et des habiletés afin que les compétences informatiques des étudiants se développent tout au long de leur parcours de formation. Selon la littérature, cette stratégie serait plus efficace que l'ajout de contenu informatique à un cours existant, même sur une ou deux sessions, ou encore que l'ajout d'un cours supplémentaire à un programme.

Flood *et al.* (2010) expliquent comment des activités informatiques ont été intégrées dans un nouveau programme de baccalauréat en sciences infirmières. Les activités, de plus en plus complexes, ont permis aux étudiants de développer leurs compétences informationnelles.

Quant à Hickey *et al.* (2010), ils ont profité de la révision en profondeur de leur programme de formation infirmière pour ajouter un cours consacré à l'informatique de la santé. Tous les étudiants ont dû se procurer un ordinateur portable (ou une tablette) donnant accès à des ressources en ligne qu'ils doivent utiliser pendant leurs stages cliniques.

Ainsi, la révision ou la création d'un programme offrent la possibilité d'intégrer l'acquisition de compétences

La profession doit conjuguer ses efforts pour que les soins infirmiers soient intégrés à cet important développement qu'est l'informatisation des dossiers cliniques.

informatiques. Sinon, l'approche de Tellez (2012) suggère d'identifier « un champion » pour soutenir la démarche. Toutes les enseignantes doivent se familiariser avec les compétences informatiques attendues en soins infirmiers. Pour y arriver, l'auteure propose d'utiliser une méthode de gestion de changement, approche intéressante puisque sa première étape consiste à décrire la situation et requiert la consultation des acteurs clés pour bien comprendre les enjeux.

Mais peu importe la stratégie retenue, la trousse pour l'enseignement de la Cybersanté dans les programmes de sciences infirmières de premier cycle de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AllAO, 2012) ainsi que la *Trousse d'outils pédagogiques sur l'informatique infirmière* (ACESI, 2013) fournissent des outils utiles pour soutenir les enseignantes. Et ces outils tiennent compte des compétences informatiques requises pour l'entrée dans la profession infirmière de l'ACESI (2012).

Dossier clinique informatisé et soins infirmiers, est-ce un rendez-vous manqué ? Tout indique que comme profession, nous n'avons pas su profiter de l'implantation du dossier clinique numérisé dans le réseau pour offrir à la relève infirmière un environnement informatisé qui aurait facilité leur travail. Nous nous sommes également privés d'un accès à des données infirmières qui aurait contribué à démontrer la valeur des soins infirmiers.

Cependant, le Québec a connu des ratés dans le développement du Dossier de santé du Québec (DSQ), ce qui nous laisse une petite chance de rattrapage. Même si le DSQ n'est pas à proprement parler un dossier clinique informatisé (DCI), les embûches rencontrées dans son déploiement ont eu un impact sur les projets de DCI dans les établissements de santé.

Dans le cadre de ces différents projets, en cours ou à venir, les infirmières doivent se mobiliser. Qu'elles soient chercheuses, enseignantes, infirmières ou gestionnaires, elles doivent conjuguer leurs efforts pour que les soins infirmiers soient intégrés à cet important développement qu'est l'informatisation des dossiers cliniques. ■

Remerciements

L'auteure tient à remercier Éline Perreault, conseillère spécialisée, Systèmes d'information du CHUM, pour sa relecture et ses commentaires judicieux.

L'auteure



Sylvie Jetté est professeure à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

FORMATION EN LIGNE ACCRÉDITÉE

- nouveau cours disponible -

Dénutrition chez la personne âgée

Évaluer et intervenir

Une solution simple

Sans déplacement

Accessible en quelques clics

www.formationssante.ca

LE-COURS.CA
Formation santé



TECHNOLOGIES DE L'INFORMATION

UN RENDEZ-VOUS MANQUÉ ?

Bibliographie

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI).

Compétences en informatique infirmière requises par les infirmières autorisées pour accéder à la pratique, Ottawa, ACESI, 2012, 20 p.

[En ligne : <https://www.casn.ca/vm/newvisual/attachments/856/Media/InfowayETPcompFINALAPPROVEDFRRevisedOCT2013.pdf>]

Association canadienne des écoles de sciences infirmières (ACESI). Trousse d'outils pédagogiques sur l'informatique infirmière : Appuyer l'intégration des compétences informatiques infirmières de l'ACESI aux programmes d'études des sciences infirmières, Ottawa, ACESI, 2013, 47 p. [En ligne : https://www.infoway-inforoute.ca/index.php/fr/component/docman/doc_download/2160-trousse-d-outils-pedagogiques-sur-l-informatique-infirmiere-pt-1]

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC). L'informatique infirmière et la gestion du savoir : Énoncé de position, Ottawa, AIIIC, 2006. [En ligne : <http://cna-aiic.ca/fr/acheter-et-télécharger/l'informatique-infirmiere>]

Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario (AIIAO). Nurse Educator eHealth Resource. Integrating eHealth into the Undergraduate Nursing Curriculum, Toronto, AIIAO, déc. 2012, 170 p. [En ligne : <http://rnao.ca/sites/rnao-ca/files/RNAO.NurseEducator.eHealth.April2013.pdf>] (Version française attendue à l'automne 2014.)

Conseil International des Infirmières (CII). International Classification for Nursing Practice (ICNP®). [En ligne : www.icn.ch/pillarsprograms/international-classification-for-nursing-practitioner/] (Page consultée le 24 octobre 2013.)

Flanagan, J. et D.A. Jones. « Nursing language in a time of change: capturing the focus of the discipline », *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, vol. 18, n° 1, janv-mars 2007, p. 1-2.

Flood, L.S., N. Gasiewicz et T. Delpier. « Integrating information literacy across a BSN curriculum », *Journal of Nursing Education*, vol. 49, n° 2, fév. 2010, p. 101-104.

Hannah, K.J., P.A. White, L.M. Nagle et D.M. Pringle. « Standardizing nursing information in Canada for inclusion in electronic health records: C-HOBIC », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 16, n° 4, juill./août 2009, p. 524-530.

Hebert, M. « A national education strategy to develop nursing informatics competencies », *Canadian Journal of Nursing Leadership*, vol. 13, n° 2, mai/juin 2000, p. 11-14.

Hickey, M.T., M. Forbes et S. Greenfield. « Integrating the institute of medicine competencies in a baccalaureate curricular revision: process and strategies », *Journal of Professional Nursing*, vol. 26, n° 4, juill./août 2010, p. 214-222.

Jetté, S., J. Gagnon, D.S. Tribble et L. Mathieu. « Compétences informatiques en soins infirmiers : Perceptions des futures infirmières », *Perspective infirmière*, vol. 9, n° 2, mars/avril 2012, p. 21-23.

Jetté, S. « À vos claviers ! », *Perspective infirmière*, vol. 5, n° 4, mars/avril 2008, p. 33-34.

Jetté, S. « Classifications infirmières et systèmes d'information infirmiers informatisés : État de la situation et enjeux », *Perspective infirmière*, vol. 4, n° 4, mars/avril 2007, p. 24-28.

Kirkley, D., A.P. Johnson et M.A. Anderson. « Technology support of nursing excellence: the magnet connection », *Nursing Economic\$,* vol. 22, n° 2, mars/avril 2004, p. 94-98.

Kossmann, S.P. et S.L. Scheidenhelm. « Nurses' perceptions of the impact of electronic health records on work and patient outcomes », *Computers, Informatics, Nursing*, vol. 26, n° 2, mars/avril 2008, p. 69-77.

Lee, T.T. « Nurses' adoption of technology: application of Rogers' innovation-diffusion model », *Applied Nursing Research*, vol. 17, n° 4, nov. 2004, p. 231-238.

Lunney, M., C. Delaney, M. Duffy, S. Moorhead et J. Welton. « Advocating for standardized nursing languages in electronic health records », *Journal of Nursing Administration*, vol. 35, n° 1, janv. 2005, p. 1-3.

Nagle, L. et H. Clarke. « Assessing informatics in Canadian schools of nursing », in M. Fieschi, E. Coiera et Y.-C. J. Li (sous la dir. de), *Proceedings of the 11th World Congress on Medical Informatics 2004 Sep 7-11; San Francisco (CA)*, Amsterdam, IOS Press, 2004, p. 912-915.

Remus, S. et M.A. Kennedy. « Innovation in transformative nursing leadership: nursing informatics competencies and roles », *Nursing Leadership*, vol. 25, n° 4, déc. 2012, p. 14-26.

Tellez, M. « Nursing informatics education past, present, and future », *Computers, Informatics, Nursing*, vol. 30, n° 5, mai 2012, p. 229-233.

Vérificateur général du Québec. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2010-2011. Tome I. Chap. 5. Vigie relative au Dossier de santé du Québec. 12 mai 2010, 40 p. [En ligne : www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2010-2011-T1/fr_Rapport2010-2011-T1-Chap05.pdf]

FORMATION PROFESSIONNELLE EN SOINS DE PIEDS

Reconnue par l'AISQP & l'AIIASP et accréditée par la Société de formation et d'éducation continue

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

NEW!
FOOT CARE
COURSE

Formation de 135 heures

Offerte exclusivement aux membres de l'OIIQ et de l'OIIAQ

• Programme intensif

3 semaines et demie (du lundi au vendredi)



13,5 UEC

• Programme régulier

14 semaines (une journée par semaine + deux fins de semaine)

Tél. : 514 278-3535, poste 5221

Sans frais : 1 800 700-0623, poste 5221

Courriel : sdp@collegemv.qc.ca

www.collegemv.qc.ca/fc
Domaines d'études : Santé et gérontologie



Pavillon Bélanger : 767, rue Bélanger, Montréal

Jean-Talon



RabaisCampus

SERVICE D'ABONNEMENTS - JOURNAUX ET MAGAZINES

DES CADEAUX DE NOËL POUR TOUS LES GOÛTS ET TOUS LES BUDGETS QUI DURENT TOUTE L'ANNÉE!

ABONNEZ-VOUS **AVANT LE 19 DÉCEMBRE** ET OBTENEZ UNE **CARTE DE NOËL GRATUITE** PAR INTERNET POUR ACCOMPAGNER VOTRE CADEAU!

L'actualité
8 nos 55,60\$ 14,95\$
-65%

MOI&CIE
1 an 55,08\$ 19,50\$
-66%

LUNDI
1 an 195,51\$ 66,54\$
-59%

TV MENSONGES
1 an 150,28\$ 61,64\$
-62%

5 15
1 an 65,88\$ 24,95\$
-62%

COUP POUCE
1 an 54,00\$ 20,00\$
-62%

DÉBROUILLARDS
1 an 54,45\$ 35,95\$
-34%

explorateurs
1 an 54,45\$ 33,95\$
-38%

POMME D'API
1 an 87,45\$ 38,95\$
-55%

J'AIME LIRE
1 an 89,50\$ 36,95\$
-59%

POPI
1 an 83,40\$ 44,95\$
-46%

Cool
1 an 56,28\$ 36,16\$
-36%

CHATELAINE
10 nos 49,90\$ 14,50\$
-67%

Clint oeil
1 an 59,88\$ 19,50\$
-67%

LOU LOU
1 an 39,92\$ 14,95\$
-62%

QUEBEC
1 an 35,88\$ 14,95\$
-58%

PARENTS
1 an 29,94\$ 13,62\$
-54%

enfants
12 nos 47,40\$ 15,95\$
-66%

BEL ÂGE
8 nos 23,60\$ 14,95\$
-36%

Sélection
1 an 51,00\$ 24,95\$
-51%

285 TITRES DISPONIBLES!
46 TITRES À 15\$ OU MOINS
58 TITRES ÉLECTRONIQUES
42 NOUVELLES PUBLICATIONS!

SCIENCE VIE
1 an 78,00\$ 69,95\$
-10%

QUEBEC SCIENCE
1 an 51,60\$ 30,95\$
-40%

les affaires plus
2 ans 430,92\$ 89,95\$
-79%

sentier CHASSE-PÊCHE
1 an 57,75\$ 31,95\$
-45%

ÉPARGNEZ ENCORE PLUS!
JUSQU'À 10\$ DE RABAIS SUPPLÉMENTAIRE
(SUR ACHATS MULTIPLES)

GEO l'Italie
1 an 138,00\$ 73,00\$
-47%

NATIONAL GEOGRAPHIC
1 an 90,00\$ 59,95\$
-33%

CHEZ SOI
1 an 54,90\$ 19,50\$
-64%

décor mag
1 an 45,90\$ 14,95\$
-67%

MAISON & DEMEURE
1 an 49,50\$ 16,48\$
-67%

Mieux-Être
1 an 35,70\$ 19,95\$
-44%

PLUS PLANTES JARDIN
1 an 17,94\$ 14,95\$
-16%

idées
1 an 49,90\$ 17,54\$
-65%

TOP 25 MEILLEURS BURGERS
1 an 62,91\$ 33,22\$
-47%

Nature sauvage
1 an 26,00\$ 17,95\$
-31%

Animal
1 an 31,92\$ 22,44\$
-30%

GÉO PLEIN AIR
1 an 38,70\$ 24,95\$
-36%

vélo mag
1 an 41,70\$ 26,95\$
-35%

affaires
1 an 31,92\$ 14,95\$
-53%

CAR & DRIVER
1 an 71,88\$ 19,99\$
-72%

LE DEVOIR
1 an 440,96\$ 227,50\$
-48%

LA PRESSE
1 an 371,80\$ 184,08\$
-50%

le Soleil
1 an 341,12\$ 199,00\$
-42%

JOURNAL DE MONTREAL
1 an 463,58\$ 126,36\$
-73%

JOURNAL MONTREAL
1 an 403,90\$ 126,36\$
-69%

JUSQU'À 90% DE RABAIS SUR LE PRIX EN KIOSQUE

LES PLUS BAS PRIX GARANTIS!

POURQUOI PAYER PLUS CHER POUR VOS ABONNEMENTS?

POUR COMMANDER

www.rabaiscampus.com/asso
514 982-0180 1 800 265-0180

Taxes applicables en sus / Autres publications et durées disponibles. Offre d'une durée limitée. Certaines conditions peuvent s'appliquer. Les prix et la disponibilité des produits peuvent changer sans préavis. Imprimé 11/2014

Détresse des militaires

Des infirmières travaillent auprès de soldats qui souffrent de blessures de stress opérationnel.

Par **Louis Gagné**



© DND Image (reproduction autorisée)

La santé mentale des militaires a pris le devant de la scène l'hiver dernier alors qu'en l'espace de quelques mois, une dizaine de soldats ont mis fin à leurs jours. Cette vague de suicides, combinée à la fin officielle de la mission des Forces armées canadiennes (FAC) en Afghanistan en mars 2014, a mis en lumière les efforts qui devront être déployés dans les années à venir par la Défense nationale pour assurer le bien-être de ses militaires.

Selon une étude publiée en juin dernier dans la *Revue canadienne de psychiatrie*, plus de 10 % des soldats ayant servi en Afghanistan sont revenus au Canada avec des problèmes de santé mentale. Des symptômes de dépression mineure ont été observés chez 3,3 % des 16 193 sujets, un trouble dépressif majeur chez 3,2 % et un trouble de stress post-traumatique chez 2,8 % d'entre eux (Zamorski, 2014).

Des études antérieures dressent un portrait plus inquiétant. Une étude, dévoilée en 2013 et portant sur

les quelque 30 000 membres du personnel militaire canadien déployé en Afghanistan entre 2001 et 2008, révèle que, sur une période de huit ans après leur premier déploiement, environ 20 % de ces militaires ont fait l'objet d'un diagnostic de trouble de santé mentale (Boulos, 2013).

La dernière vague de suicides, vraisemblablement liée aux missions militaires à l'étranger dans la plupart des cas, a suivi le dévoilement en octobre 2013 de la Stratégie du médecin général en matière de santé mentale. « Une stratégie à plus long terme et plus détaillée est maintenant de mise afin d'orienter et de hiérarchiser nos efforts étant donné la fin prochaine des opérations en Afghanistan, l'augmentation importante des ressources financières pour la santé mentale, les avancées cliniques

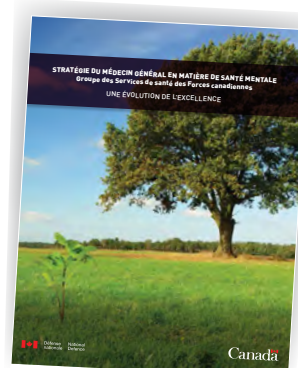
et technologiques, et notre meilleure compréhension du fardeau actuel et prévu en ce qui concerne les maladies mentales au sein des FAC. Cette stratégie découle de la surveillance et de la recherche effectuées dans le domaine de la santé », écrivait alors le brigadier général et médecin-chef des FAC, Jean-Robert Bernier.

Stratégie nationale

La stratégie nationale établit sept priorités, soit optimiser les résultats de santé, investir dans l'effectif, multiplier les partenariats internes et externes, optimiser l'utilisation des technologies, améliorer l'efficacité du système de santé mentale, accroître l'éducation et la formation en santé mentale et améliorer les communications internes et externes.

Attendue depuis longtemps, cette stratégie a été bien accueillie par l'Association canadienne des psychiatres (ACP). « J'ai été agréablement surprise à la lecture du document de constater que les FAC prennent en compte les enjeux et la problématique de la santé mentale telle qu'elle est en réalité », dit Suzane Renaud, psychiatre de l'Institut Douglas et présidente sortante et représentante du Québec à l'ACP.

« Le programme est aussi stratégique. Ils se rendent compte qu'il y a des enjeux présents de santé mentale liés à la fin de la mission en Afghanistan qui doivent être abordés et qu'ils devront s'ajuster au fil des ans », ajoute celle qui y voit la preuve que les FAC sont très préoccupés par l'état de santé des militaires et des vétérans.





Dr^e Suzane Renaud
psychiatre à l'Institut
Douglas. Présidente
sortante de l'Associa-
tion canadienne des
psychiatres

« Ils ont bâti un véritable programme basé sur leurs acquis, sur les résultats de recherche épidémiologique et sur la prévalence des troubles de santé mentale. »



Caroline Fillion
infirmière civile en santé
mentale, Forces armées
canadiennes à Valcartier

« Avant même d'être déployé, un soldat sera évalué afin de s'assurer qu'il est en bonne condition physique et mentale. On fait une sélection des troupes. »

Soins en aval et en amont

De fait, si plusieurs militaires développent des problèmes de santé mentale au cours d'une mission ou dès leur retour, chez d'autres, ils apparaissent plus tard, voire après plusieurs années. Ça peut être le cas du syndrome de stress post-traumatique. Et les traitements pour une dépression, des troubles anxieux ou autres problèmes de santé mentale peuvent nécessiter des suivis et des soins des années durant.

Le travail d'infirmière auprès de militaires se fait toutefois en amont sur les bases canadiennes. Chaque garnison propose des services psychosociaux. Les militaires se voient offrir, sans référence, des services de counseling individuel, conjugal et familial. « On reçoit sans rendez-vous des militaires qui vivent des situations particulières, que ce soit au niveau de leur comportement, leur santé ou leur relation interpersonnelle. On écoute, on évalue et on offre du soutien ou un programme d'aide. On assure aussi un suivi », explique Caroline Fillion, infirmière civile en santé mentale à Valcartier pour les Forces armées canadiennes.

Les garnisons offrent aussi des services de santé mentale, avec référence cette fois. On y tient deux

types de programmes, l'un en santé mentale et l'autre en traitement de la toxicomanie. Le premier offre une évaluation et un traitement individuels et de groupe pour des troubles qui ne sont pas attribuables à un déploiement. L'autre offre des services d'évaluation et des thérapies aux personnes qui ont une dépendance ou un problème de consommation à l'égard de l'alcool ou de drogues, ou qui présentent un autre type de comportement compulsif.

L'écoute et l'empathie est primordiale, selon Caroline Fillion qui travaille en santé mentale depuis cinq ans. « Une personne n'est pas nécessairement portée à aller chercher de l'aide spontanément. Elle ne veut pas exposer ses vulnérabilités. La santé mentale demeure un tabou dans la société et c'est d'autant plus vrai chez les militaires qui sont formés à être des guerriers invincibles. Il y a de la réticence à se faire soigner. On doit respecter le rythme de la personne. Il faut l'apprivoiser et lui montrer qu'être vulnérable est très humain », dit-elle.

Une fois qu'un déploiement est planifié, l'évaluation des militaires est généralisée. « Avant même d'être déployé, un soldat sera évalué afin de s'assurer qu'il est en bonne condition physique et mentale pour partir. On fait une sélection des troupes. On déconseille



© DND image (reproduction autorisée)



Martine Morasse
infirmière, Clinique TSO,
Centre hospitalier uni-
versitaire de Québec

« Notre clientèle augmente depuis que le Canada s'est engagé en Afghanistan mais nous voyons encore des militaires qui ont servi en Bosnie et en Haïti. »



Amélie Beaulieu
infirmière, Clinique TSO,
Centre hospitalier uni-
versitaire de Québec

« La majorité souffre du syndrome de stress post-traumatique avec comorbidité comme de la dépression, des troubles anxieux et des abus de substances. »

un déploiement à toute personne instable », explique Caroline Fillion.

Valcartier possède l'un des sept centres canadiens de soins pour trauma et stress opérationnels. La base offre des programmes spécialisés en matière de santé mentale qui, en plus de permettre au centre d'exercer les responsabilités de soutien régional, lui donnent l'opportunité d'assurer une évaluation et un traitement exhaustifs et uniformes des patients souffrant de traumatismes liés au stress opérationnel.

En plus d'évaluer et de traiter, ces centres effectuent également des activités de sensibilisation et de recherche.

Fait à noter, chaque déploiement peut obtenir un soutien en santé mentale dans le théâtre de ses opérations et pendant la transition du théâtre des opérations à la maison.

Tous les membres des FAC qui rentrent au pays après avoir participé à une opération internationale de 60 jours ou plus sont soumis à un processus de dépistage postdéploiement trois à six mois après leur retour. « L'entrevue sert à évaluer l'état de la personne à son retour. Elle ne se voit pas aller quand elle est en état de stress postopératoire. Le plus tôt on intervient, le mieux c'est pour son rétablissement. On estime que ça prend trois mois



« Mon rapport à l'humanité n'est plus le même. »

à un militaire pour se remettre d'une mission », indique l'infirmière Fillion.

Clinique spécialisée

Il n'y a pas que sur les bases militaires que l'aide est disponible. La clinique TSO, affiliée au Centre hospitalier universitaire de Québec, a comme mandat d'offrir des soins psychiatriques surspécialisés à une clientèle qui présente un traumatisme lié au stress opérationnel. Elle a principalement pour clientèle des membres libérés des Forces armées canadiennes envoyés par Anciens Combattants Canada. Elle est l'une des plus importantes cliniques du genre au Canada et la seule à offrir des services en français.

« Notre clientèle augmente depuis que le Canada s'est engagé en Afghanistan, mais nous voyons encore des militaires qui ont servi en Bosnie et en Haïti », indique Martine Morasse, infirmière à la clinique TSO. Rappelons que 40 000 soldats ont séjourné en mission de maintien de la paix en Bosnie entre 1991 et 2010, et des missions de maintien de la paix ont eu lieu en Haïti de façon sporadique depuis 1997.

« À l'époque de la mission en Bosnie, le syndrome de stress post-traumatique était méconnu dans le monde militaire, explique sa collègue Amélie Beaulieu. Les soldats ressentaient un malaise mais ils continuaient à servir. Avec l'Afghanistan, la maladie est devenue mieux connue et cela a incité des milliers d'anciennes missions à consulter. »

Les patients rencontrés par les infirmières Morasse et Beaulieu souffrent de blessures de stress opérationnel (BSO). Il s'agit de tout problème psychologique persistant qui résulte de l'exercice de fonctions militaires. Cela peut consister en un trouble d'anxiété ou d'adap-

tation, une dépression ou un état de stress post-traumatique. Un soldat atteint d'une BSO vivra des épisodes de détresse, d'irascibilité, de colère et d'insomnie. Il souffrira de troubles du sommeil, de concentration et de mémoire, voire d'abus de substances.

« Il n'y a pas de prévalence exacte. La majorité de nos patients souffrent du syndrome de stress post-traumatique avec comorbidité comme de la dépression, des troubles anxieux et des abus de substances », dit Amélie Beaulieu.

Les infirmières de la clinique TSO pilotent les dossiers de patients dès le jour 1. Elles ont pour tâche de faire l'évaluation initiale et de récolter toutes les données qui serviront ultérieurement à tous les autres professionnels de la santé de la clinique. « On dresse le profil le plus complet possible du patient : son parcours professionnel, ses problèmes de santé physique et psychologique présents et passés, ses habitudes de consommation, ses symptômes, et d'autres », explique M^{me} Beaulieu.

Cette évaluation permet d'établir la priorité des soins à apporter et des professionnels à consulter. « On doit stabiliser l'état du patient avant d'aller de l'avant. Par exemple, une thérapie peut entraîner une rechute de problèmes de consommation », explique M^{me} Morasse. « On s'intéresse aussi aux impacts que les problèmes du patient peuvent avoir sur sa famille et son entourage puisqu'on offre aussi des services à ce niveau », poursuit-elle.

« On porte aussi le titre de gestionnaire de cas, ce qui est spécifique à la clinique. On sert d'agents de liaison avec nos référents. On assure le suivi clinique, psychologique et pharmacologique

158 tués en Afghanistan 179 suicidés au Canada

du patient. On veille aussi à ce que les patients aient une bonne hygiène de vie », ajoute M^{me} Morasse.

Se protéger

Certes, le travail auprès de militaires et ex-militaires – de vrais gentlemen aux dires des infirmières Beaulieu et Morasse – est valorisant. Les progrès accomplis par un patient au fil des traitements sont motivants et sa reconnaissance, gratifiante. Mais cette pratique peut peser lourd sur la santé mentale des infirmières.

« Certaines histoires vécues par des patients dans le cadre de leur mission peuvent être éprouvantes. Ces histoires nous touchent en tant qu'être humain. Notre propre santé mentale peut devenir à risque. Il faut en être conscient. On est une petite équipe et c'est important de se parler entre nous », dit M^{me} Morasse.

« Avec toutes les histoires que j'entends, mon rapport à l'humanité n'est plus le même. J'ai développé des stratégies pour garder une certaine distance par rapport à ce que j'entends. Il faut apprendre à décompresser après le travail et avoir une saine hygiène de vie. Il faut se protéger. Le fait d'en parler entre collègues – on a une équipe tissée serrée – aide beaucoup », affirme pour sa part M^{me} Beaulieu.

Des propos partagés par Caroline Fillion. « On se parle beaucoup dans l'équipe. Il est important d'être bien entouré, d'avoir du support et de sentir qu'un collègue peut nous écouter. Exprimer ce qu'on a vécu nous aide à passer à autre chose », confirme-t-elle.

Références

Boulos, D. et M.A. Zamorski. « Deployment-related mental disorders among Canadian Forces personnel deployed in support of the mission in Afghanistan, 2001-2008 », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, n° 11, 6 août 2013, p. E545-552.

Défense nationale. *Stratégie du médecin général en matière de santé mentale. Groupe des services de santé des forces canadiennes. Une évolution de l'excellence*, Ottawa, oct. 2013, 32 p. [En ligne : www.forces.gc.ca/assets/FORCES_Internet/docs/fr/a-propos-rapports-pubs-sante/strategie-med-gen-sante-mentale.pdf]

Zamorski, M.A., C. Rusu et B.G. Garber. « Prevalence and correlates of mental health problems in Canadian Forces personnel who deployed in support of the mission in Afghanistan: findings from postdeployment screenings, 2009-2012 », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 59, n° 6, juin 2014, p. 319-326.

Être à la HAUTEUR

Formation continue
en sciences de la santé

Activités offertes en salle,
en laboratoire, à distance
et sur le Web

L'Université du Québec en Outaouais
(UQO) est un établissement
accrédité reconnu par l'OIIQ.

INSCRIVEZ-VOUS!

uqo.ca/formation-continue
1 800 567-1283, poste 1832



UQO

Décanat de la
formation continue
et des partenariats



INFIRMIÈRE EXPERT ANTI-ÂGE!

FORMATION MÉDICALE, THÉORIE ET PRATIQUE;

- BOTOX
- COMBLEMENT DE RIDES
- VOLUMISANT JOUES, LÈVRES, POMMETTES
- RÉ HARMONISATION FACIALE
- SOFT LIFT
- MÉSOThÉRAPIE
- PLASMA
- COACHING, MARKETING
ET MISE EN MARCHÉ INCLUS



Apprenez à démystifier les techniques anti-âge, laser, radio
fréquence, fractionnel et injections pour ainsi vous positionner
dans le marché anti-âge en forte croissance. Techniques avec
aiguilles, sans aiguilles, canules et produits spécialisés en
correction de rides reconnus Santé Canada.

DERMAVEDA 

VOTRE EXPERT ANTI-ÂGE!

514 838-8808

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

- 140 heures de cours.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de moins
de 15 personnes pour un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.

Formations avancées en soins des pieds

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

FORMATION COMPLÈTE

Reconnue par l'AISPO

Prochains cours :

INTENSIF
2 février 2015

HYBRIDE
12 mars 2015

HEBDOMADAIRE
6 janvier 2015



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.

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



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

INFORMATION : 514.990.8688
SANS FRAIS : 1.888.224.4197

Les déchirures cutanées

Évaluation du risque et traitements

Revue des récentes recommandations d'un groupe d'experts international.

Par **Diane St-Cyr**, inf. certifiée en stomathérapie (C), B.Sc., M.Éd.



Objectif pédagogique

Bien que les déchirures cutanées soient courantes, principalement en pratique gériatrique, les méthodes de prévention et les traitements varient d'un établissement à l'autre. Un groupe de travail international a récemment publié des recommandations. Après avoir lu cet article, l'infirmière sera en mesure de reconnaître ce type de plaies et de les soigner. De plus, elle connaîtra les facteurs de risque et les mesures préventives.

cutanées est plus élevée que celle des plaies de pression dans les établissements de soins (LeBlanc et Baranoski, 2011).

Les déchirures cutanées étant moins graves et moins chroniques que d'autres types de plaies, les équipes soignantes ont souvent tendance à les banaliser. Elles peuvent pourtant être difficiles à traiter en raison des changements cutanés dus au vieillissement et en présence de maladies concomitantes. Elles sont douloureuses, comportent des risques d'infection, réduisent la qualité de vie du patient et sont une source de stress pour lui et sa famille (LeBlanc et Baranoski, 2009, 2014).

Pour pallier le manque d'écrits sur le sujet, un groupe de travail international (GTI) composé de treize experts en soins des plaies a été constitué en vue d'élaborer un consensus sur la prévention, la prédiction, l'évaluation et le traitement des déchirures cutanées. Ce consensus a été révisé par 68 autres experts qui ont ensuite rassemblé un ensemble d'outils pour aider les cliniciens à prévenir et à traiter les déchirures cutanées. Leurs principaux tableaux et figures

Les déchirures cutanées sont des plaies traumatiques fréquentes chez les personnes âgées. Néanmoins, peu d'écrits scientifiques traitent de leur prévalence, de leur incidence ou de leur impact économique (LeBlanc et Baranoski, 2011).

Il y a plus de vingt ans, une étude américaine estimait qu'un million et demi de personnes en souffraient chaque année (Malone *et al.*, 1991). « Bien qu'aucune publication n'ait traité de la prévalence canadienne, les experts la jugent comparable à celle des États-Unis » (LeBlanc et Baranoski, 2009). Certains auteurs soutiennent que la prévalence des déchirures



Purpura sénile sur le bras d'une personne âgée

© Marcel La Haye

© Diane St-Cyr

sont reproduits dans cet article. La publication d'une version française de ces extraits a été autorisée par les coprésidentes du GTI qui espèrent ainsi contribuer à l'amélioration du traitement des déchirures cutanées (LeBlanc et Baranoski, 2014).

Clientèle affectée

Selon deux études, l'âge moyen des personnes souffrant de déchirures cutanées est de 84 et 85 ans respectivement (Ollivier, 2007). Mais ce type de plaies se présente aussi chez des personnes ayant un système tégumentaire fragile, par exemple les nouveau-nés prématurés, les enfants ou les malades en phase critique. Chez le bébé prématuré, il y a un manque d'adhérence entre le derme et l'épiderme en raison de l'immaturité de la peau, la barrière protectrice est plus faible à cause de la minceur de la couche cornée et les capacités de thermorégulation sont réduites. Le rapport surface/poids corporel du bébé prématuré est cinq fois plus élevé que celui d'un adulte. Sa physiologie cutanée est sous-développée de même que son système immunitaire, son foie et ses reins.

Chez l'enfant, l'épaisseur de l'épiderme équivaut à 60 % de celui d'un adulte (LeBlanc et Baranoski, 2011).

Définition

Le GTI définit les déchirures cutanées ainsi : « Une plaie causée par le cisaillement, la friction ou par un traumatisme contondant qui provoque la séparation de couches cutanées. Une déchirure cutanée peut être partielle (séparation de l'épiderme du derme) ou complète (séparation de l'épiderme et du derme des structures sous-jacentes) » (LeBlanc et Baranoski, 2014).

Physiopathologie

Généralement, les déchirures cutanées sont dues aux modifications tégumentaires liées au processus de vieillissement. L'épaisseur du derme peut diminuer de 20 % avec l'âge. La perte et l'atrophie des tissus sous-cutanés sont particulièrement marquées sur le visage, la face dorsale de la main, la face antérieure du tibia et la face plantaire du pied. Elles provoquent « une peau mince comme du papier de soie ». Elles amplifient l'énergie qui

Figure 1 Modifications de la peau dues au vieillissement

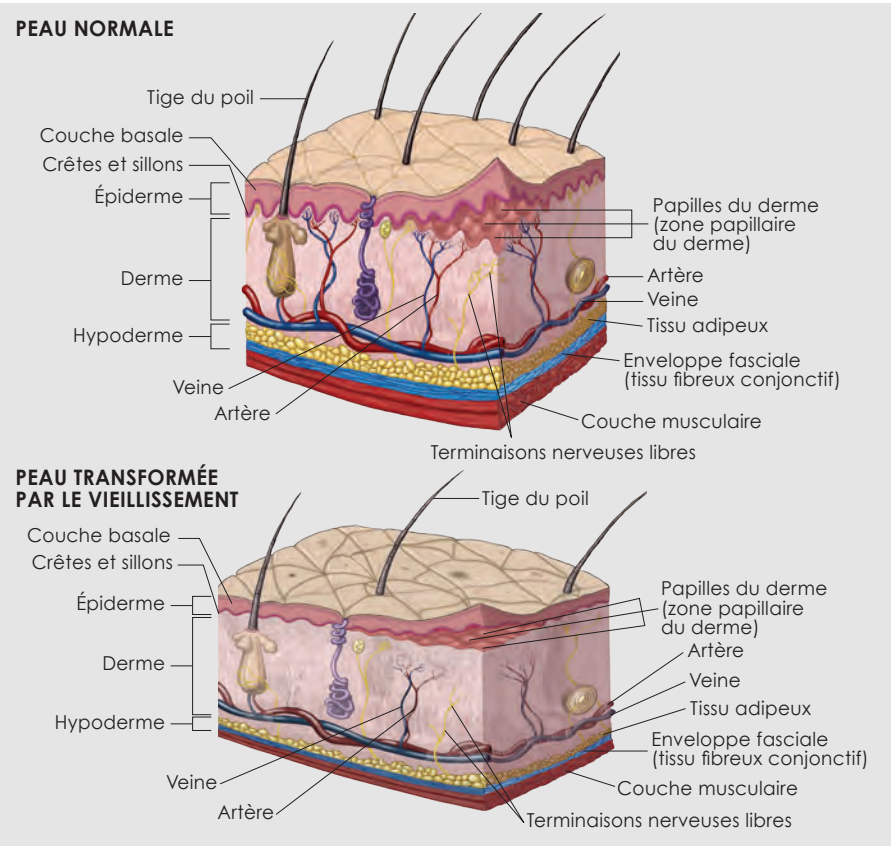
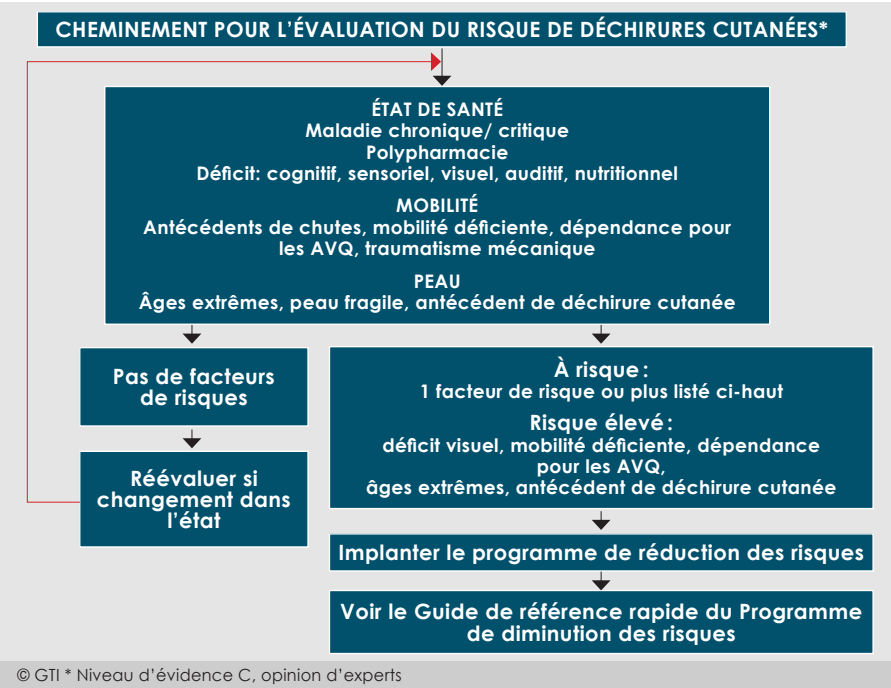


Tableau 1 Évaluation du risque : cheminement proposé



Le niveau de preuve d'un écrit ou d'une étude scientifique correspond à une catégorisation basée principalement sur sa méthodologie et une évaluation selon des principes de lecture critique. Il y a quatre niveaux de preuve. Les recommandations obtiennent un grade de A à C selon le niveau de preuve obtenu par les études sur lesquelles elles sont fondées. Ainsi, le cheminement critique recommandé par le GTI obtient un niveau C parce qu'il est basé sur l'opinion d'un groupe d'experts.

Tableau 2 Guide de référence rapide du Programme de diminution des risques du GTI®

Facteurs de risque	Client	Aidant et soignant
État de santé	■ Lui enseigner comment prévenir les déchirures cutanées. ■ Encourager sa participation active dans les décisions concernant ses traitements (si les fonctions cognitives sont intactes). ■ Optimiser sa nutrition et son hydratation.	■ Assurer un environnement sécuritaire. ■ Enseigner aux aidants et aux soignants. ■ Le protéger de blessures auto-infligées. ■ Demander une consultation en nutrition au besoin. ■ Être plus vigilante avec les clients ayant un IMC inférieur à 20 ou supérieur à 30. ■ Examiner la polypharmacie en vue d'une réduction du nombre de médicaments ou d'une optimisation de ces derniers.
Mobilité	■ Encourager sa participation active si ses fonctions physiques ne sont pas atteintes. ■ Sélectionner et utiliser adéquatement les aides techniques.	■ Examiner la peau du client quotidiennement pour déceler d'éventuelles déchirures cutanées. ■ S'assurer d'utiliser de l'équipement sûr et des techniques de manipulation sécuritaire. ■ Assurer un environnement sécuritaire pour prévenir les blessures auto-infligées et les traumatismes pendant les activités de la vie quotidienne. ■ Utiliser des méthodes adéquates de transfert et de changement de position. ■ Instaurer un programme de prévention des chutes. ■ Désencombrer l'environnement du patient. ■ Procurer un bon éclairage. ■ Recouvrir les meubles de coussinage protecteur (ridelles de lit, pièces métalliques du fauteuil roulant, etc.). ■ Garder les ongles courts et éviter de porter des bijoux qui pourraient blesser le client.
Peau	■ L'informer des effets de certains médicaments sur la peau (par ex. : les stéroïdes topiques et systémiques fragilisent la peau). ■ L'inciter à porter des vêtements protecteurs (jambières, manches longues, etc.). ■ Hydrater sa peau (lubrification et hydratation). ■ Garder ses ongles courts.	■ Individualiser les soins d'hygiène (eau tiède, jamais d'eau chaude, nettoyants sans savon ou à pH neutre, lotion hydratante). ■ Ne pas utiliser de produits à forte adhésion (pansements, sparadrap ou diachylons). ■ Garder les ongles courts et éviter de porter des bijoux qui pourraient blesser le client.

Établissements de santé

- Instaurer un programme détaillé de prévention des déchirures cutanées.
- Inclure les déchirures cutanées dans les programmes d'audit.
- Utiliser un système de classification validé.
- Créer une équipe consultative composée de spécialistes en soins des plaies et en nutrition, de professionnels en réadaptation et de pharmaciens.

Source : LeBlanc et Baranoski, 2014. Adaptation française autorisée par les auteurs.

devra être absorbée par la peau en cas de traumatisme, augmentant ainsi les risques de déchirure cutanée (OllQ, 2007 ; Wysocki, 2012).

Avec le vieillissement, la jonction épidermodermique s'affaiblit. Les crêtes et les sillons entre le derme et l'épiderme s'aplatissent, diminuant jusqu'à 50 % les surfaces d'ancrage (Baranoski *et al.*, 2008) (voir Figure 1).

La fragilité des capillaires dans la région de la membrane basale provoque des hémorragies sous-cutanées connues sous le nom de purpura sénile. L'épanchement de sang favorise un décollement partiel des couches cutanées. La zone devient alors plus vulnérable aux traumatismes. L'élasticité et la capacité de tension de la peau sont aussi altérées (Wysocki, 2012).

Causes

Souvent, la cause précise de la déchirure cutanée demeure inconnue. Parfois, elle est attribuable aux situations ou aux objets suivants : fauteuil roulant (25 %), choc accidentel avec un objet contondant (25 %), manœuvres de transfert (18 %) et chute (12,4 %) (LeBlanc et Baranoski, 2009). Une étude de White *et al.* (1994) a démontré que ces blessures surviennent pendant les heures de pointe des activités de soins, soit entre 6 h et 11 h et entre 15 h et 21 h.

Prévention

Tout programme de prévention commence par l'identification des personnes à risque. Contrairement aux plaies de pression, il n'existe aucun outil d'évaluation validé du risque de déchirures cutanées. Il y a bien l'*Échelle d'évaluation des risques de bris de l'intégrité cutanée* conçue par White *et al.* (1994), mais elle n'a pas été très utilisée dans les milieux cliniques. Elle présente trois groupes de facteurs de risque. Des soins préventifs sont ensuite recommandés selon le nombre et le groupe de facteurs de risque observés. Il est possible que la complexité de cette échelle ait freiné son implantation dans les milieux cliniques.

De son côté, le GTI propose un cheminement pour faciliter l'identification des personnes à risque de subir une déchirure cutanée. Les risques sont classés selon trois principaux éléments : l'état de santé, la mobilité et les caractéristiques de la peau. L'interprétation est simple : une personne est à risque de déchirure cutanée si l'on observe un ou plusieurs des facteurs de risque énumérés dans le cheminement (voir Tableau 1).

Dès lors qu'une personne est considérée comme à risque, le GTI renvoie au *Guide de référence rapide du Programme de diminution des risques du GTI®*. Ce programme met de l'avant des recommandations visant les personnes à risque, les aidants et les soignants, ainsi que les établissements de santé (voir Tableau 2).

Polypharmacie

Dans la catégorie *État de santé*, la polypharmacie consiste à prendre simultanément plusieurs médicaments, ce qui

expose le client à de possibles interactions médicamenteuses et à des effets secondaires telle la confusion. Certains médicaments peuvent provoquer des réactions cutanées et accroître le risque de chute (LeBlanc et Baranoski, 2014).

Les corticostéroïdes, par exemple, nuisent à la régénération épidermique et à la synthèse du collagène (Ollivier, 2007). Cette classe de médicaments peut causer des déchirures cutanées. Le GTI a établi une liste des classes de médicaments qui peuvent fragiliser la peau (voir Tableau 3).

L'étude de Pervin a conclu que les personnes prenant plus de quatre médicaments ont un risque de chute plus élevé. Dans le document du GTI, les experts estiment que les chutes sont un facteur de risque important de déchirure cutanée (LeBlanc et Baranoski, 2011). Ils divisent les médicaments liés au risque de chute en deux catégories : l'une comportant un risque élevé et l'autre, un risque modéré (voir Tableau 4).

Le GTI recommande plusieurs mesures pour diminuer les effets de la polypharmacie, notamment de s'adresser à une équipe interprofessionnelle pour surveiller les effets sur la peau, de faire une revue exhaustive de tous les médicaments et d'établir un système d'alerte automatique lorsque certains médicaments ou certaines doses sont prescrits.

Le traitement

Types de plaies

Les déchirures cutanées doivent être traitées en se basant sur les meilleures preuves scientifiques. Les traitements varient considérablement d'un établissement à l'autre et il existe peu de littérature sur le sujet.

Les options de traitements dépendent du type de déchirure cutanée. Pour en déterminer le type, il est important de se référer à un système de classification validé qui indique la gravité de la lésion et utilise une terminologie uniforme.

Le premier système de classification a été élaboré par Payne et Martin au début des années 1990. Il n'a pas été validé et a peu servi dans les milieux cliniques. En 2007, Carville *et al.*, en Australie, ont publié le système STAR. Bien que validé, ce dernier n'a guère connu de succès auprès des cliniciens.

Tableau 3 Médicaments qui peuvent fragiliser la peau

Plusieurs types de lésions cutanées ou d'interactions inflammatoires peuvent survenir après la prise des médicaments suivants :			
Antibactériens	Antidépresseurs tricycliques	Antipsychotiques	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
Antihypertenseurs	Antihistaminiques	Diurétiques	Contraceptifs oraux
Analgésiques	Antinéoplasiques	Hypoglycémifiants	Écrans solaires
			Stéroïdes
Source : LeBlanc et Baranoski, 2014. Adaptation française autorisée par les auteurs.			

Tableau 4 Médicaments qui sont liés au risque de chute

Médicaments à risque élevé	
Antidépresseurs	Éviter les antidépresseurs tricycliques qui ont une forte activité antimuscarinique. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine comportent moins d'effets secondaires pour la clientèle âgée.
Antipsychotiques	Le risque d'hypotension augmente avec la dose. Il peut être diminué en amorçant le traitement à une faible dose qui sera graduellement augmentée.
Antimuscariniques (anticholinergiques)	Les médicaments antimuscariniques sont utilisés pour traiter l'incontinence urinaire et la maladie de Parkinson. L'oxybutynine peut causer un état aigu de confusion chez la personne âgée, particulièrement chez celle qui présente des troubles cognitifs.
Benzodiazépines et hypnotiques	Éviter les benzodiazépines à action prolongée.
Médicaments dopaminergiques utilisés pour traiter le Parkinson	Une somnolence excessive diurne soudaine peut survenir avec la lévodopa et d'autres antagonistes des récepteurs de la dopamine. Une supervision prudente de la dose est particulièrement importante au début du traitement en raison d'un risque accru de confusion. Au fur et à mesure que la personne vieillit, les doses de maintien peuvent parfois être diminuées.
Médicaments à risque modéré	
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine / Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II	Le risque d'hypotension est augmenté avec la prise concomitante de diurétiques. De 4 à 12 % des clients souffrent d'étourdissements, mais dans ce groupe, il y a deux fois plus de personnes souffrant d'insuffisance cardiaque que de personnes hypertendues.
Antiarythmiques	Les étourdissements et la somnolence sont des signes possibles d'une intoxication à la digoxine. Les risques sont plus élevés en présence d'insuffisance rénale ou d'hypokaliémie. La flécaïnide comporte un plus grand risque d'interaction médicamenteuse et peut aussi causer des étourdissements.
Antiépileptiques	Les étourdissements, la somnolence et une vision floue sont des effets secondaires de la carbamazépine. Ils peuvent être réduits en changeant le mode de préparation du médicament et en modifiant l'horaire de l'administration. Les effets secondaires tels les étourdissements et une vision floue peuvent aussi découler de la toxicité de la phénytoïne.
Antihistaminiques	La somnolence peut toucher jusqu'à 40 % des clients qui prennent des antihistaminiques de première génération. Les nouveaux antihistaminiques causent moins de sédation et d'effets secondaires psychomoteurs.
Bêtabloqueurs	Des étourdissements peuvent survenir et être causés par l'hypotension orthostatique : jusqu'à 10 % des clients en sont atteints.
Diurétiques	L'hypotension orthostatique, les étourdissements et la nycturie sont les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez la clientèle âgée. Les diurétiques ne devraient pas être prescrits pour une utilisation prolongée dans le traitement de l'œdème gravitationnel.
Analgésiques opiacés	Au début du traitement, la somnolence et la sédation sont courantes. La tolérance à ces effets secondaires se développe habituellement après deux semaines de traitement continu.
Source : LeBlanc et Baranoski, 2014. Adaptation française autorisée par les auteurs.	

Le GTI propose aussi une classification. Comme elle est le fruit d'un consensus d'experts internationaux, il est souhaitable que cette classification soit acceptée et adoptée partout dans

le monde. Il est certain que l'utilisation d'une seule et même classification permettrait de mieux distinguer les types de déchirures cutanées et d'en améliorer le traitement. Basés sur la perte

de lambeau tissulaire, les trois types de plaies définis dans cette classification comportent trois degrés de gravité (voir Figure 4, section Classification, au bas de l'algorithme).

Le GTI a aussi mis au point un algorithme qui énumère les étapes d'évaluation et de traitement selon le type de plaies (voir Tableau 5).

Interventions

En 2000 et en 2006, Sibbald *et al.* ont publié un cheminement décrivant les étapes de préparation du lit d'une plaie. Le GTI a adapté ce cheminement aux déchirures cutanées. Il en résulte un schéma proposant un plan de traitement adapté aux besoins et à la situation clinique du patient (voir Tableau 6).

Lorsqu'une déchirure cutanée se produit, la rapidité de l'intervention permet souvent d'éviter qu'elle s'aggrave, s'infecte ou que des complications surviennent. Tout saignement actif doit être stoppé.

Les pansements d'alginate de calcium peuvent aider le processus de coagulation (LeBlanc et Baranoski, 2009). Cet aspect est particulièrement important pour les personnes âgées sous anti-coagulothérapie. Une fois l'hémostase terminée, les caillots seront délicatement enlevés (LeBlanc et Baranoski, 2014).

Pour pouvoir déterminer le type de lésion, la plaie doit d'abord être nettoyée, y compris le dessus et le dessous du lambeau (OllQ, 2007). Utiliser de préférence des solutions salines physiologiques ou des nettoyeurs de plaies contenant des surfactants (LeBlanc et Baranoski, 2014). Débris et tissus nécrotiques doivent être retirés pendant le débridement.

Les pratiques exemplaires recommandent de replacer le lambeau si c'est possible (LeBlanc et Baranoski, 2014). Cette technique devrait minimiser les pertes tissulaires et accélérer la cicatrisation. La manipulation de ces tissus doit se faire très délicatement,

idéalement sans recourir à des instruments, pour diminuer le risque de blesser davantage les téguments fragilisés. L'infirmière doit porter des gants stériles.

Une fois qu'elle aura remplacé les tissus viables sur le lit de la plaie, l'infirmière pourra déterminer le type de lésion à l'aide de la classification des déchirures cutanées du GTI (LeBlanc et Baranoski, 2014).

Il est aussi important d'évaluer la fragilité de la peau environnante, car l'application d'un protecteur cutané liquide peut être nécessaire pour éviter la macération s'il y a un exsudat modéré ou abondant. Des mesures préventives contre l'infection doivent être mises en œuvre.

La douleur est un aspect à ne pas négliger. Il s'agit d'une plaie aiguë qui doit être soulagée comme tout autre type de plaie.

Tableau 5 Algorithme décisionnel relatif aux déchirures cutanées et classification des types de plaies



Tableau 6 Schéma d'évaluation et de traitement des déchirures cutanées

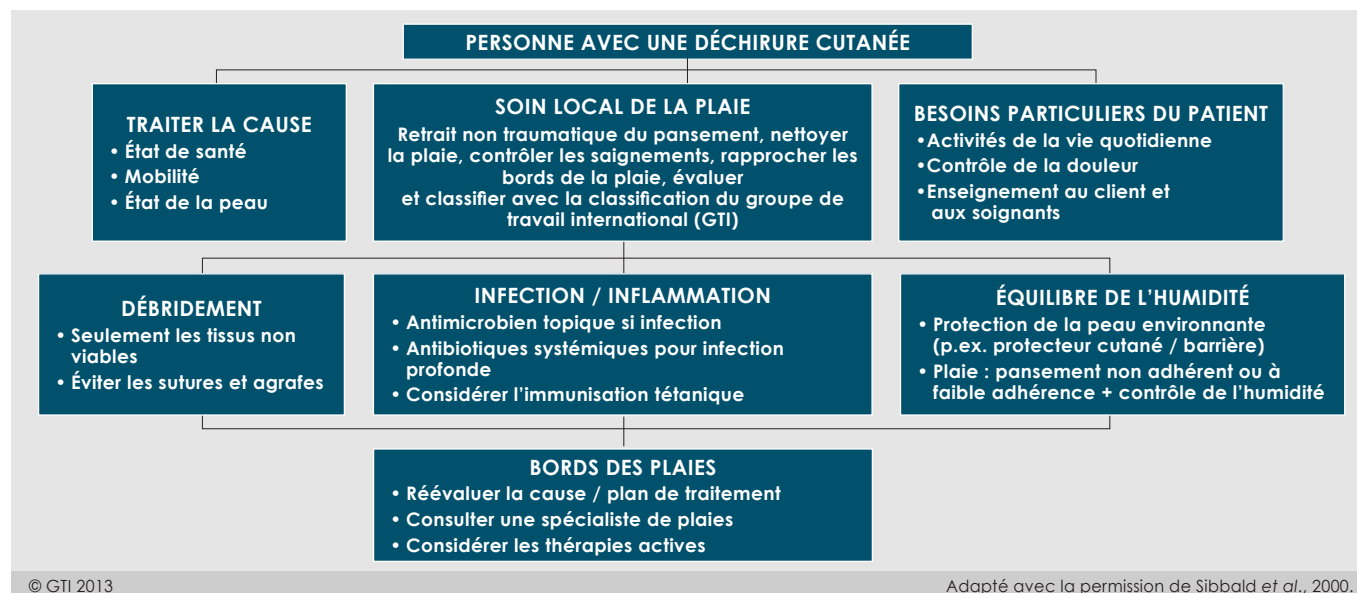


Tableau 7 Guide de sélection des produits pour traiter les déchirures cutanées

Traitements

Pour les traitements, le GTI suggère plusieurs produits (voir Tableau 7). Les pansements devraient permettre de :

- maintenir un milieu humide de cicatrisation ;
- s'adapter aux caractéristiques de la plaie ;
- protéger la peau environnante ;
- limiter ou contrôler la quantité d'exsudat ;
- traiter l'infection ;
- optimiser le temps du personnel soignant.

Il faut souligner que la colle tissulaire en acrylique liquide peut être utilisée lorsque la lésion est de type 1 et seulement si elle est appliquée dans les 24 premières heures de la déchirure cutanée. Elle permet de sceller les bords de la plaie. Les sutures traditionnelles et les agrafes sont déconseillées en raison de la fragilité tégumentaire des personnes âgées (LeBlanc et Baranoski, 2009).

La prophylaxie contre le tétanos (Tlg et vaccin) sera administrée conformément aux protocoles des établissements.

Cet article est fondé sur des preuves scientifiques et sur les recommandations récemment publiées par le GTI pour prévenir, évaluer et traiter les déchirures cutanées en privilégiant une approche interdisciplinaire. ■

Produit (éviter les adhésifs)	Indications	Considérations d'utilisation
Mèche lipidocolloïde (carboxyméthylcellulose [CMC] et gelée de pétrole), cisaillement minimal de la peau	Plaie sèche ou exsudative avec pansement absorbant	Maintient l'équilibre hydrique quelle que soit la quantité d'exsudat. Se retire sans traumatisme.
Mèche imprégnée de silicone, faible cisaillement de la peau	Plaie sèche ou exsudative avec pansement absorbant	Maintient l'équilibre hydrique quelle que soit la quantité d'exsudat. Se retire sans traumatisme.
Mèche de gaze imprégnée	Fonction de barrière	Traumatisme variable au retrait. Ne maintient pas l'équilibre hydrique.
Mousse avec cellules de polyuréthane	Absorption d'exsudat modéré à abondant	Possibilité de macération de la peau environnante et d'éraflures au moment du retrait.
Hydrogel (70 % à 90 % H ₂ O) en gel amorphe ou en feuille	Procure de l'humidité pour les plaies sèches	Possibilité de macération de la peau environnante. Excellent pour le débridement autolytique.
Alginates de calcium, en mèche ou en feuille	Propriétés hémostatiques, de débridement autolytique et de maintien de l'équilibre hydrique. Requièrent un exsudat modéré ou abondant.	Biodégradable
Hydrofibre (CMC)	Exsudat léger à modéré Faible propriété de débridement autolytique	Non biodégradable Pas de propriété hémostatique
Pansement d'acrylique : coussinet d'acrylique adaptable entre deux couches de pellicule	Exsudat léger à modéré sans saignement	Peut devenir très adhérent. Retirer avec grande précaution. Idéalement, devrait être laissé en place jusqu'à ce qu'il se détache.
Colle tissulaire en acrylique liquide	Pour joindre les bords de la plaie	Utilisé de manière semblable à des sutures dans les 24 premières heures de la déchirure cutanée. Des directives médicales ou un protocole peuvent être nécessaires.

Produits NON recommandés

Hydrocolloïde, pellicules transparentes, diachylons de rapprochement et autres produits adhésifs

Source : LeBlanc et Baranoski, 2014. Adaptation française autorisée par les auteurs. Traduction libre : reproduction autorisée.

L'auteure



Diane St-Cyr est infirmière certifiée en stomathérapie. Elle donne des formations et agit à titre de consultante auprès de différents établissements. Elle a fondé sa propre entreprise. Elle travaille également au CSSS du Sud-Ouest-Verdun et au Centre de stomie Premier, à Montréal.

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



Bibliographie

- Baranoski, S., E.A. Ayello et M. Tomic-Canic. « Skin: An essential organ », in S. Baranoski et E.A. Ayello (sous la dir. de), *Wound Care Essentials: Practice Principles* (2^e éd.), Philadelphia (PA), Lippincott Williams & Wilkins, 2008, p. 47-63.
- Bryant, R.A. « Types of skin damage and differential diagnosis », in R.A. Bryant et D.P. Nix (sous la dir. de), *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts* (4^e éd.), St. Louis (MO), Mosby Elsevier, 2012, p. 83-107.
- Carville, K., G. Lewin, N. Newall, P. Haslehurst, R. Michael, N. Santamaria et al. « STAR: A consensus for skin tear classification », *Primary Intention*, vol. 15, n° 1, févr. 2007, p. 18-28.
- LeBlanc, K., S. Baranoski. « International Skin Tear Advisory Panel: Putting it all together, a tool kit to aid in the prevention, assessment using a simplified classification system and treatment of skin tears », *World Council of Enterostomal Therapists Journal*, vol. 34, n° 1, mars 2014, p. 12-27.
- LeBlanc, K. et S. Baranoski. « Skin tears: state of the science: consensus statements for the prevention, prediction, assessment, and treatment of skin

tears », *Advances in Skin and Wound Care*, vol. 24, n° 9 Suppl., sept. 2011, p. 2-15.

LeBlanc, K. et S. Baranoski. « Prevention and management of skin tears », *Advances in Skin and Wound Care*, vol. 22, n° 7, juil. 2009, p. 325-332.

LeBlanc, K., D. Christensen, H.L. Orsted et D.H. Keast. « Pratiques recommandées pour la prévention et le traitement des déchirures cutanées », *Wound Care Canada*, vol. 6, n° 1, 2008, p. 32-52.

Malone, M.L., N. Rozario, M. Gavinski et J. Goodwin. « The epidemiology of skin tears in the institutionalized elderly », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 39, n° 6, juin 1991, p. 591-595.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). *Les soins de plaies au cœur du savoir infirmier – De l'évaluation à l'intervention pour mieux prévenir et traiter*, Montréal, OIIQ, 2007, 486 p.

Payne, R.L. et M.L. Martin. « The epidemiology and management of skin tears in older adults », *Ostomy/Wound Management*, vol. 26, janv./févr. 1990, p. 26-37.

Payne, R.L. et M.L. Martin. « Defining and classifying skin tears: need for a common language », *Ostomy/Wound Management*, vol. 39, n° 5, juin 1993, p. 14-26.

Pervin, L. « Polypharmacy and the aging: is there cause for concern ? », *ARN Network*, févr./mars 2008, p. 6.

Ratliff, C.R. et K.R. Fletcher. « Skin tears: a review of the evidence to support prevention and treatment », *Ostomy/Wound Management*, vol. 53, n° 3, mars 2007, p. 32-40.

Sibbald, R.G., D. Williamson, H.L. Orsted, K. Campbell, D. Keast, D. Krasner et al. « Preparing the wound bed. Debridement, bacterial balance, and moisture balance », *Ostomy/Wound Management*, vol. 46, n° 11, nov. 2000, p. 14-36.

Sibbald, R.G., H.L. Orsted, P.M. Coutts, et D.H. Keast. « Recommandations des pratiques exemplaires pour la préparation du lit de la plaie : mise à jour 2006 », *Wound Care Canada*, vol. 4, n° 1, p. 73-86.

White, M.W., S. Karam et B. Cowell. « Skin tears in frail elders: a practical approach to prevention », *Geriatric Nursing*, vol. 15, n° 2, mars/avril 1994, p. 95-99.

Wysocki, A.B. « Anatomy and physiology of skin and soft tissue », in R.A. Bryant et D.P. Nix (sous la dir. de), *Acute and Chronic Wounds: Current Management Concepts* (4^e éd.), St. Louis (MO), Mosby Elsevier, 2012, p. 40-62.



Comment accéder aux questionnaires en ligne relatifs aux articles de **Perspective infirmière**.

Vous avez lu l'article **Les déchirures cutanées : Évaluation du risque et traitements** et vous souhaitez répondre au questionnaire de validation des acquis.

Comment faire ?

1. Rendez-vous sur la page d'accueil du site de formation continue de l'OIIQ : **mistral.oiiq.org**
2. Utilisez un des moteurs de recherche pour retrouver l'article et son questionnaire.
3. Sur la page de l'article recherché, cliquez sur le bouton **M'inscrire**.



La maladie d'Alzheimer et le deuil blanc

L'Alzheimer vu sous l'angle des aidants.

Par **Dalila Benhabrou-Brun**, inf., M.Sc.

M^{me} G., 63 ans, semble au bord des larmes. « Je ne pensais jamais vivre une telle épreuve », avoue-t-elle en parlant de la maladie d'Alzheimer qui frappe sa mère de 85 ans. La colère contre la maladie et la tristesse de vivre avec une « étrangère » sont les sentiments qui l'assaillent. Elle ne s'attendait pas à ce fardeau : redevenir mère. « La mère de ma propre mère », souligne-t-elle en pleurant.



© D. Le Moine / BSIP / Science Photo Library

L'Alzheimer effraie de nombreux Canadiens : ceux qui en sont atteints, mais également ceux qui les accompagnent. En 1906, le neurologue et psychiatre allemand Aloïs Alzheimer identifie pour la première fois lors d'une autopsie les anomalies du cortex cérébral chez l'une de ses patientes décédées ; il donne son nom à cette forme de démence. En 2014, les chercheurs n'ont toujours pas percé tous ses secrets. Si le patient vit un drame incommensurable, qu'en est-il pour ses proches aidants ? Au Québec, quelque 150 000 individus seraient touchés par cette affection, surtout des femmes âgées de plus de 65 ans. Et on estime que pour chaque personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, il y a environ dix personnes qui en subissent les retentissements. Ce sont là des « dommages collatéraux » qu'il faut reconnaître. Au-delà des soins quotidiens et des sacrifices familiaux, professionnels et sociaux consentis, une dimension particulière a retenu l'attention : celle du deuil blanc.

ENCADRÉ 1

Les différents deuils de la famille et des proches

■ Le deuil blanc

On appelle deuil blanc le deuil que l'on fait d'une personne qui n'est pas morte mais qui peu à peu, perd ses capacités mentales. La personne est physiquement présente mais il est devenu impossible d'avoir les mêmes échanges avec elle.

■ Le deuil de la relation qui existait

La personne atteinte de la maladie d'Alzheimer ne reconnaît plus son entourage, elle est désorientée dans le temps et l'espace, elle ne s'exprime plus correctement. Bref, l'attachement n'est plus ce qu'il était.

■ Le deuil du rôle

La personne malade a besoin de trouver un soutien. Il arrive souvent que les rôles soient inversés, l'enfant

devient le parent et vice versa. Il est également fréquent que le conjoint devienne l'aidant. Les tâches sont redistribuées. Il y a alors un risque de surprotection ou au contraire, de désengagement.

■ Le deuil de la normalité

La personne atteinte manifeste des comportements inhabituels, l'aidant naturel doit faire le deuil de sa vie d'avant.

■ La perte de la prédictibilité

Il n'est plus possible de prévoir. L'aidant naturel expérimente une perte de sa tranquillité d'esprit. Il doit maintenant penser pour l'autre.

■ La perte du sens

La vie n'a plus de sens.

Source : Institut universitaire en santé mentale Douglas. *Maladie d'Alzheimer : conseils pour la famille*, 4 mai 2014. [En ligne : www.douglas.qc.ca/info/alzheimer-conseils-famille]

Le deuil blanc

« Un au revoir précoce à une personne encore vivante ». C'est ainsi que l'on pourrait définir le deuil blanc, une période empreinte de tristesse avant que le décès ne se produise. Cette dénomination n'est pas uniquement liée à la maladie d'Alzheimer, même si les deux termes sont souvent associés.

C'est un phénomène vécu également par les familles d'un proche atteint d'un coma irréversible ou encore d'un déficit cognitif qui l'empêche de communiquer. Le deuil blanc se traduit par une souffrance éprouvée par les proches qui ne reconnaissent plus la personne malade.

Aux souvenirs du passé se mêlent les expériences du présent, ponctuées de périodes d'agitation, de violence ou de longs silences. La personne parvenue à un stade modéré ou avancé de la maladie n'a plus conscience de ce qui l'entoure. Face à elle, les membres de sa famille assistent impuissants à cette transformation traumatisante.

Il convient de faire la différence avec le deuil lié à la mort. Dans le cas du deuil blanc, la complexité de la situation ne permet pas d'évoluer, ni de traverser les étapes habituelles. Le conjoint ou l'enfant de la personne atteinte d'Alzheimer ne comprend pas toujours que les conséquences sont irréversibles. Il aura plusieurs deuils à vivre (voir Encadré 1).



Karine Thorn
infirmière responsable
de la clinique externe de
cognition, Institut univer-
sitaire de gériatrie de
Montréal

« L'aidant peut être prêt ou non à recevoir du soutien. Il est important de dire aux membres de la famille qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation et qu'ils ont le droit d'être soutenus. »

Gérer le chagrin

« Physiquement présente, mentalement absente », une remarque fréquemment formulée par les proches aidants. Devant l'évolution plus ou moins rapide de la démence d'Alzheimer, le conjoint, les enfants et les autres proches éprouvent un chagrin infini. Savoir que l'on ne pourra pas ramener la personne à ce qu'elle était avant la maladie compte parmi les pensées les plus difficiles à admettre. Karine Thorn, infirmière responsable de la clinique externe de cognition à l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM), travaille auprès des patients et de leurs proches aidants depuis sept ans. « Nous voyons toute sorte de réactions à l'annonce du diagnostic, lors des prises en charge à domicile et enfin lors de la relocalisation en centre d'hébergement », affirme l'infirmière. Le processus est long, chaotique et entraîne des expériences intenses et parfois douloureuses. Tous les

professionnels de la santé doivent porter une attention particulière au conjoint ou à l'enfant dont la peine risque de passer au second plan.

Reconnaître la détresse

Plusieurs outils sont utilisés pour se faire une idée du vécu et de la charge des proches aidants. À la clinique de cognition de l'IUGM, l'équipe a opté pour une évaluation ciblée avec des questions propres à l'aidant. Karine Thorn fait une collecte initiale de données sur le réseau social, mais aussi sur la santé et les signes d'épuisement. « C'est très important de savoir qui est la personne qui accompagne, car elle devient notre référence quand les capacités cognitives perturbent la communication et les échanges », souligne Karine Thorn. Dans le même temps, elle valide les attentes concernant les services offerts. Les perceptions infirmières peuvent parfois être décalées. Elle cite l'exemple d'une patiente obèse, dont elle supposait que les soins d'hygiène pouvaient constituer des défis pour sa fille. Or, cette dernière gérait très bien la douche ; sa seule demande était liée aux prises de sang qu'elle souhaitait faire pratiquer à domicile et non au CLSC car les déplacements en automobile, eux, posaient un réel problème. « Il faut bien écouter et surtout valider ce que les proches attendent de nous », prévient l'infirmière.

Accompagner

Selon Karine Thorn, c'est l'essentiel du travail infirmier. Même si le terme est presque devenu banal dans la population, il faut expliquer ce que représente la maladie d'Alzheimer dans la réalité, c'est-à-dire dans la vie quotidienne. L'équipe de l'IUGM est composée de trois infirmières et de douze médecins (gériatres, neurologues, gérontopsychiatres et psychiatres) qui suivent des cohortes de patients vivant majoritairement à domicile. En fait, il s'agit de dyade puisque chaque personne vient à la clinique avec le conjoint ou une fille, plus rarement un fils. « Notre rôle consiste à enseigner les symptômes de la maladie, son évolution et à rappeler que les pertes cognitives peuvent avoir telle ou telle conséquence », souligne Karine Thorn.

ENCADRÉ 2

Tactiques de recadrage

Acceptation et stoïcisme

- accepter la situation comme elle est ;
- prendre la vie un jour à la fois ;

Humour et vision positive

- voir le côté drôle des choses ;
- regarder les côtés positifs d'une situation ;
- réaliser qu'il y a des situations pires que celle que l'on vit ;
- se souvenir de tous les bons moments passés avec notre proche ;

Attitude non blâmante

- réaliser que notre proche n'est pas à blâmer ;
- réaliser que personne n'est à blâmer ;

Confiance en soi

- croire en soi et en ses capacités ;
- s'appuyer sur des croyances personnelles et spirituelles.

Source : Centre de recherche de l'IUGM, 2013.

Déclaration des droits de l'aidant

J'ai le droit de :

- Prendre soin de moi-même. Ce n'est pas égoïste. Cela me donnera l'énergie pour mieux avoir soin de la personne dont je m'occupe.
- Demander de l'aide, même si la personne malade s'y oppose. Je connais mes limites et sais ce que je peux faire.
- Conserver une vie personnelle indépendante de la personne dont je prends soin, tout comme si elle était en pleine santé. Je sais que je fais tout ce qui est possible pour elle. J'ai le droit de me réserver une partie de mon temps pour faire quelque chose juste pour moi-même sans me sentir coupable.
- Communiquer ma colère, ma tristesse, ma joie et mes frustrations. Rire, pleurer et exprimer tout l'esprit normal de mes émotions.
- Ne pas laisser la personne malade me contrôler à l'aide de la culpabilité, la colère ou la tristesse.
- Recevoir de la personne malade des manifestations de reconnaissance, de l'affection, le pardon, et l'approbation de ce que je fais chaque jour pour elle aussi longtemps que j'offre la même chose en retour.
- D'éprouver de la fierté pour ce que je fais pour cette personne et de me féliciter du courage dont je fais preuve en acceptant cette responsabilité.
- M'assurer une vie pour moi et poursuivre des activités qui me permettront de vivre pleinement après le décès de la personne qui m'est chère.
- D'attendre et d'exiger des améliorations dans les ressources pour aider et soutenir les aidants.
- D'ajouter mes propres déclarations de droits à cette liste. Je lirai cette liste à tous les jours.

Source : Ville d'Ottawa. *Prendre soin de vous*. [En ligne : <http://ottawa.ca/fr/residents/sante-publique/vie-saine/guide-pour-les-aidants-naturels/chapitre-3-prendre-soin-de-vous-0>]

Une des premières instructions est d'éviter d'adopter une attitude de confrontation envers un individu atteint d'Alzheimer. Tout le défi revient à placer le proche aidant dans un continuum autonomie-sécurité. En effet, certains aspects et comportements peuvent simplement déranger ou gêner la vie quotidienne. D'autres relèvent de la sécurité et des risques auxquels la famille a de la difficulté à faire face. « C'est délicat à admettre, mais il faut parfois que le proche aidant soit plus ferme pour éviter les dérives. » Comme infirmière, Karine Thorn a recours à des tactiques de recadrage pour enseigner comment gérer une situation stressante que l'on ne peut modifier (voir Encadré 2).

Être proche aidant, c'est avant tout de ne pas s'oublier. Parce que le fardeau et les émotions peuvent submerger les personnes concernées, une charte des droits de l'aidant a été proposée. Le message prône le bien-être de celui qui soutient l'individu touché par l'Alzheimer (voir Encadré 3).

« Les proches aidants ont du mal à reconnaître leurs propres limites : certains minimisent la maladie alors que d'autres la jugent plus sévèrement », souligne l'infirmière. À la clinique, les proches aidants sont rencontrés seuls pour leur permettre de parler librement de certains sujets. Dans un tel environnement, les échanges se font plus ouvertement et cela facilite l'évaluation de la détresse psychologique.

Dans le réseau, de nombreuses ressources existent comme les programmes de répit. L'infirmière orientera les proches aidants vers des groupes de parole et les mettra en contact avec d'autres intervenants

comme les travailleurs sociaux et les services à domicile. « L'aidant peut être prêt ou non à recevoir du soutien. Il est important de dire aux membres de la famille qu'ils ne sont pas seuls dans leur situation et qu'ils ont le droit d'être soutenus », insiste Karine Thorn. L'infirmière mentionne MeSSAGES, une formation en ligne reconnue, mais aussi L'appui, récemment mis en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Le proche aidant devient vulnérable à mesure que le temps passe. Les infirmières doivent être en mesure

de dépister les signes avant-coureurs de la détresse psychologique, de l'épuisement ou de la dépression. Elles pourront proposer des mesures de répit (hôpital de jour ou séjour provisoire) pour préserver la santé mentale et physique de ces accompagnants si dévoués qui oublient pourtant de prendre soin d'eux-mêmes. ■

Références

Alzheimer Society. *Le deuil blanc*. Ressource pour les fournisseurs de soins de santé. Toronto, sept. 2013, 20 p. [En ligne : www.alzheimer.ca/~media/Files/national/For-HCP/for_hcp_ambiguous_loss_f.ashx]

Entrevue avec Karine Thorn, le 25 avril 2014.

Centre de recherche de l'IUGM - Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. *Devenir aidant, ça s'apprend ! Quelques stratégies pour outiller les familles d'un parent âgé souffrant de la maladie d'Alzheimer au début de leur parcours d'aide*, Montréal, IUGM, 2013, 36 p. [En ligne : www.chairedesjardins.umontreal.ca/documents/depliant_Deveniraidant_caSapprend_V9.pdf]

Centre de recherche de l'IUGM - Chaire Desjardins en soins infirmiers à la personne âgée et à la famille. *MeSSAGES : Méthode électronique de soutien aux stratégies d'apprentissage à la gestion du stress*. [En ligne : www.aidant.ca/formation/gestion-du-stress]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *Aider un proche au quotidien. Trucs et astuces pour les aidants*, Québec, MSSS, 2011, 28 p. [En ligne : www.mfa.gouv.qc.ca/fr/publication/Documents/F-5220_proches-aidants.pdf]

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *L'appui pour les proches aidants*. [En ligne : www.lappui.org]

Des ressources

En septembre 2013, la Société Alzheimer du Canada a publié « Le deuil blanc – Ressource pour les fournisseurs de soins de santé ». Ce document a pour but d'aider les fournisseurs de soins de santé, le personnel de la Société et les bénévoles à mieux comprendre les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches aidants.

Source : Alzheimer Society, 2013.



Maladie de Lyme

Soyons pratico-praTIQUES !

Par **Anne-Marie Lowe**, biologiste, M.Sc.



Tique *Ixodes* se nourrissant, la tête enfouie dans la peau d'un humain. Vue au microscope électronique à balayage. Grossissement x30 à 6x7 cm.

Cela fait quelques années que la maladie de Lyme est en émergence au Québec. La population des régions touchées est de plus en plus sensibilisée au risque d'exposition aux tiques vectrices de la bactérie *Borrelia burgdorferi*.

Des patients avec ou sans symptômes, mais inquiets de développer la maladie, se tournent vers les professionnels de la santé qui œuvrent en première ligne. De quelle façon les prendre en charge ? Quelles sont les recommandations au Québec ?

Contexte épidémiologique

La maladie de Lyme est une maladie à déclaration obligatoire au Québec depuis 2003. Le nombre de cas humains déclarés n'a cessé d'augmenter de-

puis, tout comme la proportion des cas d'infections acquises en sol québécois. En 2013, la moitié des 143 cas déclarés avaient été piqués au Québec. En 2014, des données partielles indiquent qu'entre mai et septembre, 48 cas ont été déclarés dont 19 acquis au Québec (40 %). Dans la province, une seule espèce de tique peut transmettre la bactérie, l'*Ixodes scapularis*.

Diagnostic complexe

Le diagnostic de la maladie de Lyme peut être difficile à obtenir. En effet, les symptômes varient d'une personne à l'autre et peuvent être confondus avec ceux d'autres maladies.

La maladie évolue en plusieurs stades. Au stade

précoce, il y a multiplication locale de la bactérie au site de la piqûre où, dans les trente jours, apparaît habituellement, mais pas dans tous les cas, un érythème migrant, soit une lésion cutanée érythémateuse uniforme ou en forme de cible, avec un centre clair entouré d'un anneau plus foncé, qui s'étend rapidement. Ce signe caractéristique de la maladie de Lyme peut aussi être accompagné de multiples rougeurs sur le corps et de symptômes systémiques, notamment myalgies, céphalées, fatigue.

Le *Guide d'intervention pour les professionnels de la santé de première ligne qui doivent intervenir auprès de personnes potentiellement infectées par *B. burgdorferi** précise que le diagnostic est fondé avant tout sur l'observation de manifestations cliniques compatibles avec les principales manifestations cliniques de la maladie de Lyme. Une histoire d'exposition possible à des tiques lors d'activités extérieures dans une zone où la tique a déjà été détectée doit aussi être documentée.

La mise en évidence d'éléments biologiques tels que l'isolement de la bactérie, la détection d'acides nucléiques par une technique d'amplification génique ou la détection d'anticorps chez une personne ayant séjourné dans une région où la maladie est endémique peuvent aider à diagnostiquer la maladie de Lyme, en particulier chez des patients ayant des symptômes moins caractéristiques ou étant rendus à un stade plus avancé de la maladie.

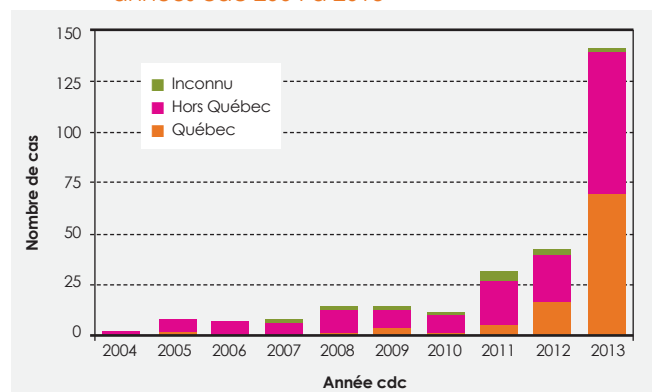
L'analyse sérologique est la technique de diagnostic la plus couramment utilisée.

La D^{re} Anne Vibien, microbiologiste-infectiologue au CSSS Richelieu-Yamaska, s'est fait référer plusieurs cas chez lesquels une maladie de Lyme était suspectée : « En présence du signe caractéristique



En Montérégie, le sud-ouest de la Mauricie Centre-du-Québec et le nord de l'Estrie se sont vus attribuer un niveau de risque modéré pour contracter la maladie de Lyme.

Figure 1 Évolution du nombre de cas de maladie de Lyme selon le lieu d'acquisition, Québec, années cdc 2004 à 2013



Source : Bureau de surveillance et de vigilance à partir de la liste des cas, Infocentre du Québec (INSPQ), extraction MADU du 2 juin 2014.

du premier stade de la maladie de Lyme, soit un érythème migrant de plus de 5 cm de diamètre, la sérologie n'est pas faite d'emblée et si elle est faite, il n'est pas nécessaire d'attendre les résultats si le diagnostic clinique est clair. Toutefois, ce ne sont pas tous les patients qui se souviennent d'une piqûre de tique... et c'est là que ça se complique. Dans ces cas, en présence de manifestations tardives, rhumatologiques, cardiaques et neurologiques, – par exemple une arthrite inflammatoire, une paralysie de Bell ou des arythmies cardiaques – et d'une exposition possible dans une région où le risque est élevé, un diagnostic de maladie de Lyme doit être envisagé et les tests sérologiques deviennent alors très importants pour le confirmer. »

Antibiotiques ?

Heureusement, la maladie de Lyme répond généralement au traitement antibiotique. Au stade précoce de la maladie, la présentation clinique caractéristique apparaît chez 80 % des gens infectés, le traitement réduit la durée des manifestations cutanées ainsi que la progression des séquelles de l'infection. Lorsqu'un érythème migrant est diagnostiqué, il doit être plus grand ou égal à 5 cm pour être un critère diagnostique et pour commencer un traitement antibiotique. Le *Guide d'intervention pour les professionnels de la santé de première ligne qui doivent intervenir auprès de personnes potentiellement infectées par B. burgdorferi* du MSSS est l'outil de référence puisque le régime thérapeutique est complexe.

La décision d'utiliser des antibiotiques en prophylaxie pour prévenir le développement de la maladie de Lyme chez un individu ayant été piqué par une tique, mais ne présentant pas de symptômes, est quant à elle basée sur le risque d'exposition à *B. burgdorferi*.

Il est convenu que dans les régions où la proportion de tiques infectées par *B. burgdorferi* serait supérieure à 20 % et qu'une personne aurait été piquée par une tique, le médecin de famille pourrait recommander l'usage d'un traitement préventif unique à base de doxycycline lorsque l'ensemble des conditions suivantes sont réunies :

La période au cours de laquelle le risque de se faire piquer par une tique infectée est le plus grand s'échelonne de mai à novembre.

- 1) La tique est de l'espèce *I. scapularis*, au stade adulte ou nymphe.
- 2) La tique est restée attachée à l'humain pendant plus de 36 heures ou présente un niveau d'engorgement de sang important.
- 3) La prophylaxie peut être commencée dans les 72 heures après le retrait de la tique.
- 4) Le traitement à la doxycycline n'est pas contre-indiqué, sauf pour une personne ayant une allergie connue, une femme enceinte ou un enfant de moins de 8 ans.

Or, au Québec, puisque seulement 5 à 12 % des tiques sont infectées par cette bactérie, l'antibioprophylaxie n'est pas recommandée, mais l'observation du patient est de rigueur pour surveiller l'apparition de symptômes tels que fièvre, myalgies, arthralgies ou rougeurs cutanées. L'antibioprophylaxie pourrait toutefois être administrée lorsque la piqûre de tiques a eu lieu dans l'une des régions fortement endémiques des États-Unis, de l'Europe et du Canada.

Quelles sont les régions où il y a un risque d'exposition à la bactérie ? L'Institut national de santé publique du Québec a publié en juin 2014 un avis scientifique proposant une surveillance intégrée de la maladie de Lyme, c'est-à-dire la surveillance des cas humains et des tiques, qui a pour but de soutenir l'analyse de risque de la maladie chez l'humain. La détection rapide des changements géographiques et temporels des zones à risque et la détermination des zones d'endémicité sont à la base des réflexions scientifiques mises de l'avant par les experts en santé publique.



Érythème migrant caractéristique de la maladie de Lyme avec un centre clair entouré d'un anneau plus foncé (erythema migrans – bullseye rash).



Rougeur étendue cutanée causée par la maladie de Lyme.

© Dr Ken Greer, Visuals Unlimited / Science Photo Library

© Dr P. Marazzi / Science Photo Library

De la théorie à la pratique

Une étude menée conjointement par l'INSPQ, l'ASSS de la Montérégie et l'Université de Montréal a décrit les connaissances nécessaires et les pratiques des omnipraticiens québécois pour poser un diagnostic et gérer les cas de maladie de Lyme. Parmi les répondants issus des régions de la Montérégie, de l'Estrie et de Lanaudière, il ressort que la prise en charge de cas après une piqûre de tique comparativement à celle d'un patient présentant en plus des symptômes peut porter à confusion. À tort, 69 % des répondants croyaient que, dans le cas d'un patient se présentant en consultation après une piqûre de tique sans avoir de symptôme et dont l'examen physique est normal, l'identification de la tique et la recherche de *B. burgdorferi* était un outil de décision pour la maladie de Lyme. L'analyse des tiques est toutefois importante pour connaître les zones à risque au Québec.

Source : Lambert et al.

Quelques outils

Pour le public : Site Web Portail santé mieux-être du MSSS :

- Maladie de Lyme : [<http://sante.gouv.qc.ca/problemes-de-sante/maladie-de-lyme/>]
- Retrait rapide et adéquat des tiques en cas de piqûre : [<http://sante.gouv.qc.ca/conseils-et-prevention/retrait-de-la-tique-en-cas-de-piqure/>]

Pour les professionnels de la santé : Site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie et du ministère de la Santé et des Services sociaux :

- Différents outils pour la prise en charge des zoonoses : [<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/sante-publique/maladies-infectieuses/zoonose/index.fr.html#Lyme>]
- Aide-mémoire sous forme d'algorithme pour la conduite à suivre lorsque la maladie de Lyme est suspectée : [<http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/ZOO-Conduite-maladie-Lyme-suspectee.pdf>]
- La maladie de Lyme : Guide d'intervention du ministère de la Santé et des Services sociaux : [<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2013/13-271-01W.pdf>]
- Flash Vigie du MSSS de juin 2014, sur la maladie de Lyme : [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-271-02W-vol9_no6.pdf]
- Page web de référence du MSSS pour les professionnels de la santé : [www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/maladie-lyme.php]
- Avis scientifique de l'INSPQ : *Proposition d'un programme de surveillance intégré pour la maladie de Lyme et les autres maladies transmises par Ixodes scapularis au Québec*. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1819_Programme_Maladie_Lyme.pdf]

[Des niveaux de risque ont été attribués aux réseaux locaux de services (RLS) des territoires du sud du Québec à l'aide des données de surveillance active et passive collectées entre 2008 et 2013. Leur représentation cartographique illustre qu'actuellement, aucune région ne correspond

au niveau de risque élevé, c'est-à-dire la présence d'une population de tiques installée et la détection de *B. burgdorferi* chez les tiques dans une proportion supérieure à 20 %. Toutefois, la majorité des RLS de la Montérégie, le sud-ouest de la région Mauricie Centre-du-Québec et le nord de l'Estrie sont considérées comme des endroits à risque modéré pour contracter la maladie de Lyme.

Sensibilisation

C'est en Montérégie où l'on a le plus entendu parler de la maladie en 2014. Et avec raison, car on y retrouve 80 % des cas déclarés ! De par sa proximité avec les États américains où des tiques infectées sont présentes depuis plus de trente ans, il n'est pas étonnant qu'elles s'y soient établies. Une conséquence vraisemblable du réchauffement climatique qui favorise l'expansion du territoire de la tique vers le nord.

Diverses actions de santé publique ont été mises en place dans les régions où le risque est le plus important afin d'accroître les connaissances du public sur cette maladie, ses symptômes, son mode de transmission, les mesures de protection personnelle et les mesures à prendre en cas de piqûre. Les personnes ciblées par ces communications étaient celles pratiquant des activités extérieures dans les boisés, les forêts et près des herbes hautes dans les zones les plus à risque.

Or, cette réalité est susceptible de générer de l'inquiétude quant aux conséquences sur la santé que peuvent entraîner les piqûres de tiques. Les propos de Pierre Foglia, chroniqueur à *La Presse*, dans un article paru à l'automne 2013 en donnent un bon exemple : « J'avais donc ce bobo. Pas la peste bubonique. Une rougeur avec un cratère plus foncé au milieu. Ça piquait un peu, je regarde de plus près, ciel ! Dans le cratère s'enfonçait une bibite dont dépassait l'arrière-train, des pattes, des mandibules, des ailes peut-être [...] Il n'y a pas deux minutes encore – en temps réel d'écriture de cette chronique – je m'amusais d'être une pomme de terre à doryphore quand le flash m'est venu de googler "maladie de Lyme". Et voilà que soudain, je m'amuse moins. Mon iPad me montre l'image d'un bobo – exactement le mien – une rougeur avec un cratère et dans le cratère, la partie arrière d'une bibite... Je le demande à tout hasard, est-ce qu'il y a un médecin dans la salle ? »

La Dre Anne Vibien en sait quelque chose : « Ce genre de problématique est nouvelle au Québec. Les gens en parlent plus et lorsqu'ils font face à des symptômes moins spécifiques tels fatigue, irritabilité ou maux de tête, ils se tournent vers Internet et exigent des traitements antibiotiques même lorsque des sérologies répétées s'avèrent négatives. Plusieurs sources non scientifiques du Web sont alarmistes face à la maladie de Lyme et véhiculent l'idée que de ne rien faire pour prévenir l'apparition de symptômes empirera la situation. »

Traitement

Des patients ayant des symptômes chroniques vont se tourner à grands frais vers les États-Unis pour obtenir un traitement pour lequel les preuves scientifiques issues de la recherche ne sont pas disponibles.

Au Québec, le MSSS recommande de communiquer avec Info-Santé (8-1-1) ou de consulter un médecin si un ou plu-



D^{re} Anne Vibien
Microbiologiste-infectiologue,
CHU de Québec

« Il serait pertinent qu'une carte de l'ensemble du Québec illustrant les niveaux de risque des régions soit disponible sur Internet ; elle soutiendrait les professionnels lors de la prise en charge de cas et rassurerait ceux qui n'auraient pas été exposés dans des zones dites plus à risque. »

seurs des symptômes de la maladie de Lyme se présentent trois à trente jours après une piqûre.

Encore faut-il que les professionnels de la santé de première ligne soient outillés pour non seulement prendre en charge les personnes présentant des symptômes, mais aussi rassurer celles qui les consultent suite à une piqûre de tique et qui craignent avoir contracté l'infection. Selon l'expérience de la Dre Vibien, les professionnels de la santé sont mieux préparés cette année, du moins dans sa région : « Ils ont reçu des avis sentinelles régionaux et sont en possession d'un algorithme décisionnel. »

Toutefois, de l'avis de la spécialiste, il serait intéressant qu'un lieu virtuel unique et centralisé soit développé afin de proposer des outils aux professionnels : « Actuellement, le site Web de l'ASSS de la Montérégie est une vraie mine d'or en termes de documentation sur la maladie de Lyme. Une carte de risque régionale est disponible et mise à jour. Il serait pertinent qu'une carte semblable du Québec soit disponible sur Internet, elle soutiendrait les professionnels lors de la prise en charge de cas et rassurerait ceux qui n'auraient pas été exposés dans des zones dites plus à risque. »

La maladie de Lyme est une zoonose nouvelle au Québec. Plus il y aura d'information scientifique juste et vulgarisée qui circulera, moins grande sera l'inquiétude du public et plus nombreuses seront les actions préventives mises en place. Du côté des professionnels de la santé, la disponibilité d'outils leur permettra sans doute de diagnostiquer plus aisément les cas et ainsi de... ne pas rater la cible !

Références

- Foglia, P. « Bibites », *La Presse*, 15 oct. 2013. [En ligne : www.lapresse.ca/debats/chroniques/pierre-foglia/201310/12/01-4699179-bibites.php]
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Proposition d'un système de surveillance intégrée pour la maladie de Lyme et les autres maladies transmises par la tique Ixodes scapularis au Québec*, INSPQ, fév. 2014, 94 p. [En ligne : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1819_Programme_Maladie_Lyme.pdf]
- Lambert, L., F. Milord, C. Ferrouillet, A. Vibien et A. Ravel. « Aperçu de l'étude sur les connaissances et les pratiques des médecins de familles relatives à la maladie de Lyme », INSPQ/ASSS Montérégie/UdM, s.d. [http://extranet.santemonteregie.qc.ca/userfiles/file/sante-publique/maladies-infectieuses/%C3%89tude%20sur%20les%20connaissances%20et%20les%20pratiques%20des%20m%C3%A9decins.pdf]
- Lowe, A.M. « Les zoonoses au Québec, une progression sournoise », *Perspective infirmière*, vol. 10, n° 4, sept./oct. 2013, p. 54-56.
- Lowe, A.M. « La maladie de Lyme : piqûre de tique, pas de panique ! Une zoonose en émergence au Québec », *Perspective infirmière*, vol. 8, n° 3, mai/juin 2011, p. 25-27.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). « Maladie de Lyme, une maladie en progression au Québec », *Flash Vigie*, vol. 9, n° 6, juin 2014. [En ligne : http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-271-02W-vol9_no6.pdf]
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). *La maladie de Lyme : Guide d'intervention*, MSSS, sept. 2013, 60 p.



Le Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

Offre des formations continues adaptées
aux besoins des intervenants oeuvrant
auprès d'une clientèle âgée.

*Plus de 100 formations offertes à des prix
des plus compétitifs!*



Ateliers (7 h)

- L'approche adaptée à la personne âgée
- L'examen clinique de l'ainé (sommaire, chute, pulmonaire, état mental...)
- Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et les troubles du comportement
- Les plaies des membres inférieurs chez l'ainé
- Développer et maintenir le leadership transformationnel infirmier
- Soins palliatifs aux personnes âgées en centre d'hébergement

Visioconférences (3 h 15)

- La dysphagie en gériatrie: Comment en arriver à un plan d'intervention interdisciplinaire ?
- La résistance aux soins d'hygiène associée à la démence
- Dépression gériatrique et suicide
- La maltraitance envers les aînés
- L'approche adaptée à la personne âgée

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

Consultez notre site internet pour obtenir la liste complète
des formations au : www.cevq.ca
cevq.enseignement.cha@ssss.gouv.qc.ca
418 682-7511, poste 4432
ou poste 4838



loterie
voyage
PRÉSENTÉE PAR


La Capitale
Assurances générales

Où vous mènera votre cœur ?

À gagner : crédit-voyage de 5 000 \$



Billet 10 \$

Tous les profits aideront
à financer des projets infirmiers
novateurs, pour mieux soigner.

Achetez votre billet sur fondationoiq.org



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

Cancer de la prostate

Avantages de la surveillance active

Par **Guy Sabourin**

La surveillance active des hommes qui ont un cancer de la prostate à faible risque pourrait constituer la meilleure approche coût-efficacité comparativement à un traitement immédiat, et offrirait au patient une meilleure qualité de vie. C'est ce que révèle une étude menée par des chercheurs du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) publiée au printemps dernier dans le *CMAJ Open*.

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent et la troisième cause de décès par cancer chez les Canadiens. L'incidence du cancer de la prostate et les coûts qui y sont associés se sont accrus de 50 % au cours des trois dernières décennies. Bien que le risque de progression de ce cancer soit faible, un traitement est le plus souvent prescrit. Or, un traitement excessif diminue la qualité de vie du patient. Le niveau de risque (faible, modéré ou élevé) est déterminé par les biopsies, l'examen physique et la mesure de l'antigène spécifique de la prostate (APS).

« Malgré la publication de directives, le surtraitement du cancer de la prostate reste fréquent aux États-Unis et ailleurs dans le monde, et de 70 % à 90 % des hommes atteints reçoivent un traitement immédiat », écrit l'auteure principale, la D^{re} Alice Dragomir, chercheuse à l'Institut de recherche du CUSM, et professeure adjointe au département de chirurgie de la division Urologie, de l'Université McGill. « Au Canada, environ 75 % des patients atteints d'un cancer de la prostate ont reçu un traitement actif entre 1995 et 2002. Nous croyons

Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent et la troisième cause de décès par cancer chez les Canadiens.



D^{re} Alice Dragomir
chercheuse à l'IR-CUSM et professeure adjointe, Urologie, de l'Université McGill

« Le milieu de la santé a longtemps cru que surveiller étroitement un si grand nombre de patients était forcément plus coûteux que de les traiter. Notre étude prouve que c'est plutôt le contraire. »

aujourd'hui que pour plus de la moitié de ces patients, le traitement immédiat n'était pas approprié au moment du diagnostic. Le traitement a entraîné des coûts et a diminué la qualité de vie du patient. »

Modèle

Les chercheurs ont développé un modèle permettant de comparer les coûts de la surveillance active, c'est-à-dire surveiller si le cancer progresse, à ceux d'un traitement immédiat. Ils ont conclu que la surveillance active permettrait d'éviter le traitement de patients dont le cancer a un faible risque de progression et qu'à l'échelle nationale, les économies pourraient atteindre 96 millions de dollars sur cinq ans. Le coût de la surveillance active de la première année et des cinq années suivantes est évalué à 6 200 \$ par patient comparativement à 13 735 \$ pour un traitement immédiat.

En se basant d'une part, sur le fait que plus de 50 % des cas de cancer de la prostate comportent un faible risque au moment du diagnostic et, d'autre part, sur l'incidence canadienne du cancer de la prostate, ils ont estimé à 12 750 le nombre de patients candidats à la surveillance active au pays. Au Québec, ce chiffre s'élève à 2 400.

Le modèle tient compte du taux de progression de la maladie nécessitant des soins ultérieurs, de la mortalité totale et de la récurrence de la maladie nécessitant d'autres traitements. Les

composantes du coût sont basées sur les protocoles en vigueur au CUSM.

Surveiller étroitement implique une biopsie initiale, une biopsie confirmatoire dans l'année, des tests sanguins tous les trois mois et une biopsie tous les trois ou quatre ans pour déterminer s'il s'agit d'un cancer qui pourrait progresser, dans le but d'intervenir à temps.

Risque

« Les patients sous surveillance active n'ont pas un risque plus élevé de mortalité par cancer de la prostate que ceux qui reçoivent le traitement immédiat, affirme la D^{re} Dragomir. Cela a déjà été démontré. » Il y a par contre des décès dans la cohorte des patients sous surveillance en raison de leur âge ou pour d'autres causes. Environ 30 % des hommes sous surveillance active auront besoin d'un traitement par la suite.

« Les patients éprouvent encore des craintes par rapport au cancer, ce qui explique probablement la sous-utilisation de la surveillance active, une méthode qui gagnerait à être plus répandue, explique la chercheuse. Car les preuves existent aujourd'hui que la surveillance active des hommes atteints d'un cancer de la prostate à faible risque ne diminue pas leur survie à long terme et n'amointrit pas leur qualité de vie. »

La décision de traiter ou de surveiller étroitement un cancer de la prostate doit être prise après discussion entre le médecin et son patient. ■

Sources

Centre universitaire de santé McGill (CUSM). « Le cancer de la prostate est le cancer le plus fréquent et la troisième cause de décès par cancer chez les hommes canadiens » (communiqué), 24 avril 2014. [En ligne : <http://cusc.ca/newsroom/nouvelles/cancer-prostate-meilleure-approche-pour-traitement-cancers-%C3%A0-faible-risque>]

Dragomir, A., F.L. Cury et A.G. Aprikian. « Active surveillance for low-risk prostate cancer compared with immediate treatment: a Canadian cost comparison », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 2, n° 2, 24 avril 2014, p. E60-68. [En ligne : www.cmajopen.ca/content/2/2/E60.full] (Page consultée le 21 mai 2014.)

Entrevue avec la D^{re} Alice Dragomir le 22 mai 2014.

Diabète de type 1

Pompe à insuline plus efficace chez les enfants

La pompe à insuline contrôlerait mieux la glycémie des enfants diabétiques de type 1 que les injections et provoquerait moins de complications.

Publiée en novembre 2013, une grande étude clinique australienne a évalué l'efficacité de la pompe et celle des injections.

Les chercheurs ont comparé deux groupes de 345 enfants de 2 à 19 ans, l'un utilisant la pompe, l'autre les injections. Les enfants ont été suivis pendant une période médiane de 3,5 ans. Ils étaient atteints de diabète depuis 4,1 ans en moyenne.

Dans le groupe pompe, les épisodes d'hypoglycémie ont diminué de 14,7 à 7,2 événements par année pour 100 patients. Sur la même période dans le groupe injections, les

épisodes d'hypoglycémie grave ont augmenté de 6,8 à 10,2 événements pour 100 patients.

Les hospitalisations pour acidocétose diabétique, une complication fréquente chez les enfants atteints de diabète de type 1, ont également été moins nombreuses, soit 2,3 (pompe) contre 4,7 (injections) pour 100 patients par année.

Durant l'étude, 38 enfants ont cessé d'utiliser la pompe, ce qui n'a pas surpris les chercheurs. Ces enfants sont fatigués des soins supplémentaires exigés par la pompe. Ils prennent une « vacance de la pompe » un certain temps, puis recommencent à s'en servir.

Amélioration

Introduite dans les années 1970, la pompe à insuline gagne en popularité

à mesure que cette technique évolue et procure un plus grand confort au patient. Elle permet d'ajuster la dose d'insuline en fonction des besoins. Elle assure aussi un meilleur équilibre glycémique comme l'observent les chercheurs.

D'autres études ont aussi démontré que la pompe à insuline améliore la qualité de vie, en particulier parce qu'elle diminue la crainte d'avoir des hypoglycémies. ■ **G.S.**

Source

Johnson, S.R., M.N. Cooper, T.W. Jones et E.A. Davis. « Long-term outcome of insulin pump therapy in children with type 1 diabetes assessed in a large population-based case-control study », *Diabetologia*, vol. 56, n° 11, nov. 2013, p. 2392-2400. [En ligne : www.diabetologia-journal.org/files/Johnson.pdf] (Page consultée le 9 septembre 2013.)



BANQUE D'EMPLOIS

Exclusif aux infirmières et infirmiers

Trouvez un emploi en un clic.

emploi.oiiq.org

ABONNEZ-VOUS
À L'INFOLETTRE



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Déclenchement médical de l'accouchement

Moins de risque de césarienne

Contrairement à la croyance populaire, le déclenchement médical de l'accouchement réduit de 12 % le risque d'un accouchement par césarienne.

Des chercheurs anglais ont tiré cette conclusion après avoir systématiquement revu et analysé les données de 157 études randomisées portant sur 31 085 accouchements pour déterminer si le risque de césarienne était plus élevé lors de l'induction médicale ou en suivi normal de grossesse, c'est-à-dire non interventionniste.

Le déclenchement médical de l'accouchement survient dans environ 20 % des cas pour un ensemble de raisons : prééclampsie, diabète, rupture prématurée des membranes, détresse fœtale, grossesse à terme. Autant dans

les manuels que dans les recommandations médicales, il est courant de lire que l'induction médicale du travail augmente le risque de césarienne en dépit des preuves du contraire.

Grossesses

Les chercheurs estiment avoir apporté une preuve solide de réduction de 12 % du risque d'accouchement par césarienne dans les cas de grossesses à terme et post-terme, ainsi que dans le cas des grossesses à risque élevé ou faible, mais pas dans les cas des grossesses prématurées.

Le risque de mort du fœtus, de complications ou d'admission aux soins intensifs néonataux était aussi plus faible lorsque l'accouchement était déclenché par le médecin qu'en suivi de grossesse normal. Les chercheurs n'ont pas constaté d'impact sur la mort de la mère.

« Nos résultats montrent que le déclenchement médical de l'accouchement est une manière d'accroître la probabilité d'une naissance vaginale », écrit le chercheur principal, le Dr Khalid Khan, professeur de santé féminine et d'épidémiologie clinique à la Barts and the London School of Medicine, Queen Mary University of London, en Angleterre.

Selon les chercheurs, les prostaglandines E2, communément utilisées en Angleterre, aux États-Unis et au Canada, entraînent un risque réduit de césarienne. ■ **G.S.**

Source

Mishanina, E., E. Rogozinska, T. Thatthi, R. Uddin-Khan, K.S. Khan et C. Meads. « Use of labour induction and risk of cesarean delivery: a systematic review and meta-analysis », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, n° 9, 10 juin 2014, p. 665-673. [En ligne : www.cmaj.ca/content/early/2014/05/05/cmaj.130925] (Page consultée le 15 mai 2014.)



CERTIFICAT EN SOINS INFIRMIERS CLINIQUES

ENCADREMENT - SOUPLESSE - PROXIMITÉ - RECONNAISSANCE

Pour développer de nouvelles compétences professionnelles!

Programme intégrant plusieurs disciplines :

- Bioéthique
- Cardiologie
- Communication
- Examen clinique
- Pharmacologie
- Physiopathologie
- Psychologie
- Urgence

La **formation à distance** en sciences de la santé :

- Cours universitaires de haut niveau élaborés en collaboration avec des professionnels reconnus en santé : médecins, psychologues, pharmaciens, infirmières en exercice, etc.;
- Démonstrations en laboratoire et en milieu clinique;
- Exercices sur le jugement clinique;
- Formule permettant de conjuguer travail et études.

Renseignez-vous sur les autres formations en santé offertes à distance par l'UQAT.

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

UQAT

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
EN ABITIBI-TEMISCAMINGUE



uqat.ca

L'autocongé, c'est risqué!

Les patients qui quittent l'hôpital malgré l'avis contraire de l'équipe médicale sont plus à risque d'être réadmis ou de mourir. Une gigantesque étude portant sur 1 916 104 admissions de patients adultes entre 1990 et 2009 au Manitoba en a fait la preuve.

De ce nombre, 21 417 admissions ont donné lieu à des départs de l'hôpital sans consentement médical. Ces patients ont été trois fois plus nombreux à être réadmis au cours du mois suivant, le quart de ces réadmissions ayant eu lieu dès le lendemain. Et le risque de décéder dans les 90 jours suivant leur autocongé s'est avéré deux fois et demie plus élevé chez ces personnes.

Les patients masculins âgés, économiquement défavorisés et ayant été admis à l'hôpital fréquemment au cours des cinq années précédentes, sont plus sujets à être réadmis.

Selon les auteurs, le risque d'être hospitalisé de nouveau ou de mourir est non seulement plus élevé dans la période suivant l'autocongé, mais perdure pendant au moins 180 jours après la sortie.

La durée prolongée des effets négatifs pousse à croire qu'ils ne dépendent pas uniquement du traitement incomplet. Les auteurs estiment plutôt que la nature de la maladie et le comportement, par exemple l'inobservance d'un avis médical ou du traitement médicamenteux, pourraient expliquer cet impact prolongé. Ils recommandent des interventions pour réduire les risques.

■ G.S.

Source

Garland, A., C.D. Ramsey, R. Fransoo, K. Olafson, D. Chateau, M. Yogendran *et al.* « Rates of readmission and death associated with leaving hospital against medical advice: a population-based study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 185, n° 14, 1^{er} oct. 2013, p. 1207-1214. [En ligne : www.cmaj.ca/content/early/2013/08/26/cmaj.130029.full.pdf+html] (Page consultée le 5 septembre 2013.)

Malaise cardiaque à l'urgence

Les hommes plus vite soignés

Les femmes d'âge moyen se présentant à l'urgence avec des symptômes apparentés à ceux d'une crise cardiaque sont soignées moins rapidement que les hommes du même âge. Les hommes présentant des traits ou des caractéristiques féminines patientent aussi plus longtemps.

L'accès aux soins semble associé à un déterminant lié au genre, écrivent les chercheuses de l'Université McGill. Elles parviennent à cette conclusion après avoir étudié 1 123 patients, âgés de 18 à 55 ans, recrutés après une hospitalisation pour un infarctus. Les patients, 32 % de femmes et 68 % d'hommes, ont été admis dans vingt-quatre hôpitaux canadiens, un hôpital américain et un hôpital suisse. L'âge médian est de 49 ans et 50 ans respectivement.

Homme ou femme

Vingt-quatre heures après leur admission à l'hôpital, les patients ont répondu à des questions concernant leur responsabilité dans les travaux domestiques, leur éducation et leur état de santé avant la crise.

Les hommes et les femmes possédant, de façon plus marquée, des traits de personnalité dits féminins, de même que les personnes ayant affirmé être principalement responsables des tâches ménagères, sont moins susceptibles de recevoir des soins effractifs, par exemple une angioplastie coronaire percutanée pour débloquer une artère.

« Ce n'est pas tant le sexe qui fait la différence, mais plutôt les caractéristiques liées au genre comme les rôles sociaux et les traits de personnalité », explique l'auteure principale de l'étude, la D^{re} Roxanne Pelletier, chercheuse postdoctorale au Centre universitaire de santé McGill et psychologue clinicienne.

Ainsi, les hommes sont soumis plus rapidement à un



D^{re} Roxanne Pelletier
Psychologue clinicienne et chercheuse, Centre universitaire de santé McGill

« Plus la personne a des caractéristiques et un comportement féminins, plus elle est susceptible d'attendre avant de recevoir des soins à l'urgence à la suite d'un malaise cardiaque. »

électrocardiogramme et à une fibrinolyse, avec des délais respectifs de 15 et 21 minutes, contre 28 et 36 minutes pour les femmes. Les chercheuses constatent également que l'anxiété chez les femmes retarde leur accès aux soins, ce qui n'est pas le cas pour les hommes anxieux.

« Même si être concis, précis et affirmatif accélère l'accès aux soins, le personnel médical doit savoir qu'il ne peut écarter la possibilité d'un trouble cardiaque chez une personne réservée et anxieuse, qui se présente à l'urgence sans douleur thoracique, et qui a de la difficulté à décrire ses symptômes », indique Roxanne Pelletier qui rappelle que la mortalité cardiaque reste la première cause de décès chez les femmes.

En plus de sensibiliser la population et les professionnels de la santé à certains facteurs qui influencent l'accès aux soins, les chercheuses espèrent maintenant déterminer si ce délai d'attente supplémentaire a une incidence sur la mortalité cardiaque des femmes d'âge moyen. ■ G.S.

Source

Entrevue téléphonique avec la D^{re} Roxanne Pelletier le 3 avril 2014.

Pelletier, R., K.H. Humphries, A. Shimony, S.L. Bacon, K.L. Lavoie, D. Rabi *et al.* « Sex-related differences in access to care among patients with premature acute coronary syndrome », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 186, n° 7, 17 mars 2014, p. 497-504. [En ligne : www.cmaj.ca/content/early/2014/03/17/cmaj.131450] (Page consultée le 4 avril 2014.)

Somnifères et femmes âgées

Être mieux informées pour mieux les utiliser.

Par **Kathleen Couillard**

Au Québec, 30 % des femmes âgées sont dépendantes des somnifères. Il est toutefois possible de les aider à vaincre cette dépendance en les informant des risques associés à ces médicaments, selon une étude réalisée par D^{re} Cara Tannenbaum, titulaire de la Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement de l'Institut universitaire de gériatrie de Montréal.

« La société américaine de gériatrie a dressé une liste des médicaments à éviter chez les aînés, rappelle la chercheuse. Parmi ceux-ci, on retrouve les benzodiazépines. » Ces somnifères causent en effet des chutes et des pertes de mémoire chez les personnes âgées. Ils comportent donc davantage de risques que de bénéfices. « Nous nous sommes alors demandé pourquoi une personne âgée sur trois prend toujours ces médicaments, explique-t-elle. Les médecins nous disent que ce sont les patients qui ne veulent pas cesser la médication en raison de

leur dépendance. Nous avons émis l'hypothèse que c'était plutôt parce que ces patients ne sont pas assez informés. »

L'équipe de D^{re} Tannenbaum a donc collaboré avec trente pharmacies de la grande région de Montréal pour recruter 300 personnes âgées de 65 à 95 ans qui prenaient plus de cinq médicaments, dont un somnifère. Parmi elles, certaines consommaient des somnifères depuis plus de 40 ans.

Les patients sélectionnés ont reçu une brochure d'information de huit pages décrivant les risques associés aux benzodiazépines. Elle contenait aussi de l'éducation sur les interactions médicamenteuses de même que des témoignages de gens ayant vaincu leur dépendance et des suggestions pour amorcer le sevrage. Enfin, on y suggérait d'évaluer leur consommation de benzodiazépines avec l'aide d'un médecin ou d'un pharmacien.

Patient partenaire

« Six mois après l'intervention, nous avons étudié le profil pharmaceutique des patients et nous les avons contactés pour connaître leur réaction à la réception de la brochure », précise D^{re} Tannenbaum. La majorité des personnes âgées avait lu la brochure et les deux tiers avaient discuté de leur situation avec leur médecin. À la suite de l'intervention, 27 % des participants



D^{re} Cara Tannenbaum
Chaire pharmaceutique Michel-Saucier en santé et vieillissement, Institut universitaire de gériatrie de Montréal

« Pour améliorer les soins de santé, on fait de l'éducation auprès des infirmières, des médecins ou des pharmaciens, mais on ne se tourne jamais vers le patient. C'est ce que notre équipe a voulu faire. »

ont cessé complètement les somnifères et 11 % étaient en processus de sevrage.

« Ce qui ressort de notre étude, c'est que le patient peut devenir un partenaire pour réduire les ordonnances inappropriées. C'est un travail d'équipe et il y a une place pour les infirmières », croit D^{re} Tannenbaum. Selon elle, les infirmières sont peut-être plus accessibles pour offrir de l'information que les médecins ou les pharmaciens.

Le projet ne s'arrête toutefois pas là, explique D^{re} Tannenbaum. « Selon le Conseil du médicament du Québec, environ 30 % des personnes âgées prennent des ordonnances potentiellement inappropriées. » Son équipe propose donc de se pencher maintenant sur d'autres classes de médicaments, comme ceux contre le diabète, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les antihistaminiques et les antipsychotiques. ■

Sources

Entrevue avec D^{re} Cara Tannenbaum, le 20 mai 2014.

Université de Montréal. « Aînés et somnifères : des patients informés font des choix sensés » (communiqué), 15 avril 2014. [En ligne : www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20140415-aines-et-somniferes-des-patients-informes-font-des-choix-senses.html]

Tannenbaum, C., P. Martin, R. Tamblyn, A. Benedetti et S. Ahmed. « Reduction of inappropriate benzodiazepine prescriptions among older adults through direct patient education: the EMPOWER cluster randomized trial », *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*, vol. 174, n° 6, juin 2014, p. 890-898.

À la suite de l'intervention, 27 % des participants ont cessé complètement les somnifères et 11 % étaient en processus de sevrage.

Actions à poser devant une dépendance aux somnifères

- Informer le patient des risques associés aux benzodiazépines.
- Rassurer le patient qui a des craintes par rapport au sevrage.
- Suggérer des options non pharmacologiques pour traiter l'insomnie et l'anxiété.
- Aider le patient à avoir des attentes réalistes par rapport au sommeil et à développer une bonne hygiène de sommeil.
- Inciter le patient à discuter de sa consommation avec son médecin ou son pharmacien.
- Offrir au patient de soutenir sa décision auprès du médecin.

L'oxycodone générique

Une menace selon les Américains

Les autorités américaines ont alerté les forces policières et les agents frontaliers d'une possible pénétration en sol américain de l'oxycodone générique, un médicament initialement prévu pour combattre la douleur, approuvé par Santé Canada en 2012. Les Américains invoquent de nombreux utilisateurs devenus dépendants de cet opioïde que certains appellent « l'héroïne des pauvres ». Des milliers de personnes qui abusent de cet antidouleur meurent chaque année aux États-Unis.

Un scénario semblable se joue au Canada. Les voix s'élèvent en faveur d'un contrôle plus strict de l'oxycodone. Les personnes qui en utilisent à des fins non médicales réduisent les comprimés en poudre, les mâchent ou les reniflent, ou encore les diluent dans de l'eau pour se les injecter. Ces manipulations détruisent le mécanisme de libération contrôlée du comprimé. Plutôt que

d'obtenir un effet graduel sur 12 heures, selon l'indication contre la douleur, l'utilisateur obtient une forte dose du narcotique sur-le-champ. L'abus constitue un sérieux danger pour la santé.

OxyNEO

OxyContin, nom commercial du médicament d'origine, l'oxycodone, n'est plus vendu au Canada. Peu avant la fin de son brevet, le fabricant l'a remplacé par OxyNEO, plus difficile à dissoudre, mais pas résistant à l'adultération selon les experts de Santé Canada.

« La loi ne permet pas de refuser d'accorder un permis en raison d'un mauvais usage », écrivait l'ex-ministre de la Santé du Canada, Leona Aglukkaq, à ses homologues provinciaux en novembre 2012. Santé Canada a alors donné l'autorisation à Ranbaxy, un important groupe pharmaceutique indien, de produire l'oxycodone générique.



Leona Aglukkaq
Ex-ministre de la Santé
du Canada

« L'interdiction de médicaments comme OxyContin qui peuvent créer une dépendance contribuerait à réduire l'approvisionnement en médicaments pour les toxicomanes, mais se traduirait par beaucoup de douleur et de souffrance pour les patients qui en ont désespérément besoin. »

rique. Selon elle, la pression politique ne devrait pas jouer dans la décision d'accepter ou de refuser des médicaments. « Un processus d'approbation des médicaments axé sur des intérêts politiques mènerait à la catastrophe », écrivait-elle. Elle estime qu'un examen scientifique permet de déterminer si les avantages l'emportent sur les risques et affirme que ce processus se fait sans interférence politique.

Bioéquivalence

Santé Canada soutient également par courriel que ses experts, après révision



FUTURS RETRAITÉS

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

Le RIIRS

- donne une voix collective et entretient un sentiment d'appartenance;
- s'occupe de la défense des droits de ses membres, offre des services-conseils et, par le biais d'un assureur, des services d'assurance, participe aux grands débats publics;
- établit des liens avec des organismes axés sur le mieux-être des retraités;
- publie l'Écho du RIIRS, journal d'information.

Le RIIRS est présent dans chaque région du Québec.

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

Informez-vous dès aujourd'hui en nous contactant :
Regroupement interprofessionnel des intervenants retraités des services de santé
Tél. : 418 626-0861 • S.F. : 1 800 639-9519
info@riirs.org • www.riirs.org



FORMATION SUR LE DIABÈTE

PARTOUT
AU QUÉBEC

s'adresse à tous les
professionnels de la santé

Au Québec, d'ici 2020, 1 personne sur 3
sera touchée par le diabète ou le prédiabète.*
Offrez-vous les outils pour faire face
à cette pandémie!

FORMATION PAR CORRESPONDANCE: LE DIABÈTE DE A à Z
10 heures accréditées et 1.0 UEC **130 \$**
PAR SYLVIE RAJOTTE, ÉDUCATRICE AGRÉÉE EN DIABÈTE

FORMATION PRÉSENTIELLE: LE DIABÈTE DE A à Z
7 heures accréditées et .7 UEC **170 \$**
PAR SYLVIE RAJOTTE, ÉDUCATRICE AGRÉÉE EN DIABÈTE



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

www.cliniquesanteoptimale.com
info@cliniquesanteoptimale.com
T. 450 494-1876
F. 450 587-8866

*Statistiques OMS



scientifique, jugent le médicament générique bioéquivalent au médicament original (OxyContin), c'est-à-dire sécuritaire et efficace si l'on respecte les précautions d'emploi.

Mais ce n'est pas sur le terrain de la bioéquivalence que les Américains ont incité le Canada à rejeter le générique. C'est plutôt parce que le produit est facilement modifiable et facilite les abus. La version disponible aux États-Unis est plus difficile à modifier.

Santé Canada, qui refuse les entrevues, écrit que des mesures ont été prises pour resserrer les règles et prévenir la distribution illégale. Ainsi, les distributeurs seraient tenus de signaler toute hausse importante des ventes, tout changement dans les tendances de distribution, ainsi que toute perte ou tout vol. En cas d'abus, des permis pourraient être révoqués. ■ **Guy Sabourin**

Sources

Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Opioides d'ordonnance*. Ottawa, CCSA, 2013, 6 p. [En ligne : www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Canadian-Drug-Summary-Prescription-Opioids-2013-fr.pdf] (Page consultée le 30 janvier 2014.)

Diebel, L. « Critics allege OxyNEO was introduced in Canada because of impending patent expiry », *thestar.com*, 21 avril 2012. [En ligne : www.thestar.com/news/canada/2012/04/21/critics_allege_oxneo_was_introduced_in_canada_because_of_impending_patent_expiry.html] (Page consultée le 30 janvier 2014.)

Entrevue avec l'Ordre des pharmaciens du Québec les 21 janvier et 30 avril 2014.

Miller A. « Feds must step up and restrict generic oxycodone, Ontario says » (News), *Canadian Medical Association Journal*, 24 oct. 2012. [En ligne : www.cmaj.ca/site/earlyreleases/24oct12_feds-must-step-up-and-restrict-generic-oxycodone-ontario-says.xhtml] (Page consultée le 30 janvier 2014.)

Santé Canada. *Déclaration sur l'autorisation des versions génériques d'OxyContin*, 26 novembre 2012. [En ligne : www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/fr-atf/_2012/2012_176-fra.php] (Page consultée le 30 janvier 2014.)

Le Registre de vaccination

Le Registre provincial de vaccination a été lancé en juin dernier. Il s'agit d'un fichier informatisé dans lequel seront consignées les vaccinations reçues par toute personne au Québec ou par un résident du Québec à l'extérieur de la province, après validation par un professionnel de la santé au Québec. Toute personne ayant reçu au moins un vaccin y sera inscrite.

Le Registre devrait être complètement déployé en décembre 2015. Il permettra d'optimiser la pratique des professionnels de la santé en leur donnant accès aux antécédents vaccinaux d'une personne. Parmi les renseignements inscrits, on trouve le nom, la date de naissance, le sexe, le numéro d'assurance maladie, l'adresse du domicile de la personne, les vaccins qu'elle a déjà reçus, le lieu et la date de leur administration et, s'il y a lieu, les contre-indications comme des allergies ou autres précautions à prendre. Le nom et le titre du vaccinateur y sont également.

Tous les vaccinateurs seront tenus de fournir l'information requise au Registre de vaccination du Québec pour tous les vaccins figurant dans le *Protocole d'immunisation du Québec*, qu'ils soient couverts ou non par le régime public. Des applications web seront développées pour faciliter la consultation et la saisie des données de vaccination. ■

Pour plus de détails : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Information pour les professionnels de la santé.

[En ligne : www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/]

DIABÈTE
Formations


Diabète Québec

Mise à jour sur le diabète 2 journées
(possibilité de 12 heures accréditées)
Aspect médical du diabète, volet nutritionnel, activité physique, aspect technique de l'autocontrôle, insuline, médication antidiabétique, complications à court et à long terme, maladies bénignes, aspect psychosocial et approche pédagogique.
20 et 21 janvier 2015 25 et 26 mars 2015 12 et 13 mai 2015

Diabète et nutrition à l'intention des infirmières 1/2 journée
(possibilité de 3 heures accréditées)
Objectifs d'une alimentation équilibrée, composantes des aliments, calcul des glucides, histoires de cas et outils éducatifs.
12 mars 2015 29 avril 2015

La personne diabétique type 2 : motivation, information nutritionnelle et suivi 1 journée
(possibilité de 7 heures accréditées)
Motivation et changement de comportement, dépistage de la dépression, recommandations nutritionnelles lors d'un surplus de poids, d'hypertension et de dyslipidémie, présentation d'un modèle de suivi et d'outils éducatifs.
5 mai 2015

Nombre limité de participants • Inscrivez-vous dès maintenant !
Téléphone : 514 259-3422 ou 1 800 361-3504 poste 221

2 journées de formation
accréditées par l'UdeM et admissibles à l'OIIQ.

1 Le soulagement de la douleur
■ Physiopathologie de la douleur
■ Utilisation des outils d'évaluation
■ Administration sécuritaire des opioïdes
■ Prévention des effets secondaires
2 L'accompagnement du malade en fin de vie
■ Réflexion sur le phénomène du mourir
■ Changements physiques et psychologiques de la fin de vie
■ Communication avec le malade et les proches
■ Soulagement des symptômes
Pour information et inscription :
www.formationfrancehudon.com
fhudon12@videotron.ca 514 364-2756
Tarifs spéciaux pour les groupes de 3 personnes et plus.

Formations disponibles:
Consultez l'horaire des formations prévues au **www.formationfrancehudon.com**
Des formations en milieu de travail et en région peuvent aussi être organisées.


France Hudon
Infirmière clinicienne
Titulaire d'un diplôme d'études supérieures en santé (DESS)
Chargée de cours à l'Université de Montréal de 2001 à 2013
Formatrice



LISTE DES ANNONCEURS

Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC).....	2
Banque Nationale.....	5
Cégep Marie-Victorin.....	30
Centre de santé Inuitsivik.....	62
Centre de santé Tulattavik.....	60
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ).....	49
Clinique Santé Optimale.....	56
Conseil CRI.....	63
CSSS Baie-des-Chaleurs.....	61
CSSS Gatineau.....	60
CSSS Minganie.....	60
Dermaveda.....	35
Diabète Québec.....	57
Équilibios.....	58
Formation France Hudon.....	57
Groupe Champlain.....	61
Institut Philippe-Pinel.....	61
Le Cours.ca.....	30
OIIQ – Banque d'emplois.....	52
OIIQ – Concours Innovation clinique Banque Nationale.....	25
OIIQ – Congrès du SIDIIEF.....	9
OIIQ – Fondation de l'OIIQ – Le projet.....	10 et 11
OIIQ – Fondation de l'OIIQ – Loterie voyage.....	50
OIIQ – JIIQ 2015.....	26
OIIQ – Mistral promotion formation en ligne.....	12
OIIQ – Mistral – Tableau b. a.-ba.....	42
OIIQ – Offre d'emploi.....	62
OIIQ – Prix Florence – Candidatures recherchées... 6	
Rabais Campus.....	31
Réseau de compétences spécialisé en soins médico-esthétique.....	19
Résidences Soleil.....	60
RIIRS.....	56
Sur pied.....	35
TD Assurance.....	64
Transfert C.....	24
Université de Montréal – École de santé publique..	12
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue (UQAT).....	53
Université du Québec en Outaouais.....	35

La Cohérence Cardiaque professionnelle



Formation ÉQUILIBIOS

Donnez-vous et à vos clients un outil puissant pour la gestion du stress !

14 heures de formation accréditées

Formateur, Docteur David O'Hare



Médecin, auteur de 6 livres sur la cohérence cardiaque et ses applications, il est aussi spécialiste en psychothérapie cognitive et comportementale, en gestion du stress et en comportement alimentaire.

- en ligne : www.eole.tv
- en présence à Québec
7 et 8 novembre - equilibios.com/quebec/
- en présence à Montréal
22 et 23 novembre - equilibios.com/montreal/

info@equilibios.com

514-932-4744

MYTHES ET RÉALITÉS

À propos des fours à micro-ondes

Par Joël Brodeur, inf., M.Sc.

Des infirmières en santé scolaire et en santé du travail se font souvent poser des questions à propos des contenants en plastique qui peuvent servir à réchauffer les aliments dans un four à micro-ondes. Voyons si vous saurez distinguer les mythes des réalités dans les affirmations suivantes.

Réponses de la page 17

vrai ou faux

1. Les fabricants de contenants destinés à conserver de la nourriture doivent s'assurer qu'ils sont sécuritaires s'ils sont utilisés dans un four micro-ondes.



Faux - Il n'existe aucune réglementation concernant l'utilisation de

contenants de nourriture dans les fours à micro-ondes. Santé Canada ne fait donc pas l'analyse de ces produits. Bien que la plupart des fabricants s'assurent volontairement de l'innocuité de leur produit, il est important de toujours vérifier les instructions fournies par le fabricant ou la présence d'un logo, soit sur l'emballage, soit sur le contenant, indiquant qu'il a été conçu pour pouvoir être utilisé sans danger dans un four à micro-ondes.

Les substances chimiques d'un contenant en plastique qui n'a pas été conçu pour le four à micro-ondes peuvent passer dans la nourriture.

2. Il ne faut pas utiliser les contenants de yogourt ou de crème glacée pour chauffer les aliments au four à micro-ondes.

Vrai - Les contenants conçus pour un aliment particulier ne devraient jamais être utilisés à d'autres fins. Leur conception est adaptée aux particularités du produit et le fabricant ne peut garantir que ces récipients seront sécuritaires s'ils sont utilisés à d'autres fins ou dans des conditions différentes, par exemple, un aliment ayant un degré d'acidité différent ou encore un plastique qui se déforme à une température élevée.

3. Les micro-ondes s'accumulent dans les aliments. C'est pour cette raison qu'il faut laisser reposer les aliments avant de les consommer.

Faux - C'est pour permettre à la chaleur de se dissiper qu'il est recommandé d'attendre un peu avant de consommer un aliment tout juste sorti du four à micro-ondes.

Les fours à micro-ondes peuvent chauffer plus intensément une zone de l'aliment selon sa teneur en eau. Les micro-ondes sont une forme d'énergie qui ne persiste pas, contrairement aux rayons radioactifs. Il ne faut pas les confondre avec les rayons X ou d'autres formes d'énergie intense. Les micro-ondes produites par le magnétron du four à micro-ondes ne rendent ni les aliments ni le four radioactifs. Les ondes font vibrer et réchauffent les molécules d'eau dans les aliments. À l'arrêt du four, elles cessent. Elles ne demeurent ni dans les aliments ni dans le four.

4. Tout aliment peut être chauffé dans le contenant dans lequel il est vendu.

Faux - La réglementation au sujet des contenants alimentaires touche le transport et la conservation. Pour qu'un contenant puisse également servir à réchauffer son contenu, il doit avoir été conçu pour ce faire. Une directive du fabricant devrait le mentionner.

Sources

Santé Canada. Vie saine - Questions de sécurité concernant le rayonnement des fours à micro-ondes, 22 déc. 2006 [En ligne : www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/prod/micro-fra.php]
Société canadienne du cancer. Micro-ondes et contenants de plastique. [En ligne : www.cancer.ca/fr-ca/prevention-and-screening/be-aware/cancer-myths-and-controversies/microwaves-and-plastic-containers/?region=qc#ixzz32JdiG00]

NdlR : L'auteur est infirmier-conseil à l'OIIQ.

Vous prévoyez acheter ou louer une voiture ?

Évaluez vos options.



L'acquisition d'une voiture est une étape financière importante. En effet, avant d'acheter/louer une automobile neuve ou usagée, il est important de bien évaluer vos options en fonction de votre situation financière personnelle, des taux d'intérêt, de la période d'amortissement et de la valeur de rachat du véhicule.

Premier arrêt : déterminer son budget

Il peut être bien facile de trouver la voiture de vos rêves, mais encore faut-il qu'elle soit adaptée à votre budget. Il est ainsi important de bien évaluer votre paiement mensuel maximal disponible et d'évaluer votre capacité d'emprunt personnel. À cet effet, consultez le bnc.ca/auto (section « Boîte à outils »). Une fois que vous avez déterminé votre budget disponible au financement automobile, il est temps de se questionner sur l'achat ou la location.

Est-il préférable de louer ou d'acheter ?

Vous avez probablement trouvé, lors de vos recherches, des arguments en faveur des deux options. C'est normal puisque le choix ultime dépend de bien des facteurs. Pour cet article, nous nous concentrerons, entre autres, sur les facteurs financiers.

Lors du financement d'une automobile, une réserve de propriété sur le véhicule est enregistrée en faveur du prêteur auprès du Registre des droits personnels et réels mobiliers. Également, une fois l'automobile payée en totalité, vous devenez l'unique propriétaire.

De son côté, la location étant idéale si vous aimez changer de voiture souvent et ne voulez pas vous soucier de la valeur de revente, elle réfère plutôt au financement de votre *utilisation* du véhicule (incluant le kilométrage prévu). Le coût de vos mensualités est ainsi basé sur la durée de la location. Par exemple, si vous louez le véhicule pour une durée de 5 ans, vos mensualités seront calculées sur cette période seulement, ce qui peut facilement réduire le coût de votre financement.

C'est d'ailleurs pour cette raison que la location s'avère une excellente solution pour les personnes dont le budget est restreint, puisque les mensualités sont souvent inférieures à celles d'un financement pour achat. Certes, vous devrez déboursier un montant additionnel à la fin de votre contrat de location si vous désirez faire l'achat du véhicule, mais vous aurez également la possibilité d'opter pour un nouveau contrat et une toute nouvelle voiture !

Les taux d'intérêt et la période d'amortissement : deux considérations importantes

Si vous décidez d'acheter ou de louer un véhicule, il vous faudra magasiner les différentes solutions de financement offertes par votre institution financière en considérant le taux annuel du coût d'emprunt

et les périodes d'amortissement ou évaluer les taux offerts lors de la location avec votre concessionnaire automobile. Sur quel laps de temps souhaitez-vous étaler le montant de votre remboursement ? La plupart du temps, cette considération est déterminée par votre budget, mais il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une question importante à se poser. Votre conseiller se fera un plaisir de vous orienter à ce sujet. De façon générale, un prêt court terme implique habituellement un taux inférieur et un versement supérieur dû à la période de remboursement alors qu'un terme plus long implique généralement un taux d'intérêt supérieur, mais une mensualité inférieure. En bref, il faut s'attendre à payer davantage d'intérêt sur un prêt à long terme en comparaison à un paiement à court terme.

Vous pouvez calculer le montant de vos versements mensuels en fonction du terme et du taux d'intérêt de votre prêt à bnc.ca/auto (section « Boîte à outils »).

Pensez à tout !

N'oubliez pas le coût des assurances lorsque vous préparez votre budget ! Avant de passer au concessionnaire, faites une soumission pour votre nouveau véhicule. Les primes d'assurances peuvent varier grandement d'un véhicule à l'autre. Un expert en assurances pourra vous guider vers des protections adaptées à votre budget et à vos besoins.

Que vous ayez choisi de louer ou d'acheter un véhicule, n'oubliez pas de discuter de la valeur à neuf. Deux choix s'offrent à vous : l'assurance de remplacement offerte par le concessionnaire et la valeur à neuf offerte par votre assureur. La première option s'avère bien souvent plus dispendieuse et vous oblige à faire affaire avec deux assureurs en cas de perte totale. La seconde option vous permet d'obtenir une indemnité monétaire. Ne courez pas de risque, consultez un expert en assurance avant de prendre votre décision.

Pour des conseils adaptés

Sachez qu'en plus de ces outils, votre institution financière est là pour vous aider et vous accompagner dans le choix d'une solution qui vous convient. Ainsi, avant de choisir, pourquoi ne pas communiquer avec un conseiller ?

Nos experts se feront un plaisir de vous informer à propos des différentes options qui s'offrent à vous.

bnc.ca/auto



Situé au cœur de la belle région de la Minganie,

le Centre de santé et de services sociaux
de la Minganie est à la recherche de :

→ INFIRMIERS/ÈRES → INFIRMIERS/ÈRES CLINIENNES → INFIRMIERS/ÈRES EN DISPENSAIRE

Lieu de travail et statut

Havre-Saint-Pierre et/ou les points de services. Temps partiel avec une garantie de 7/14 jours pour travailler à Info-Santé, aux soins de courte durée, au GMF, à l'urgence, dans les points de services et autres services.

Salaire hebdomadaire

- Selon la convention collective en vigueur
- Prime d'éloignement avec ou sans dépendant / Prime de dispensaire avant-poste, s'il y a lieu

Avantages

- Logement temporaire (cohabitation) / Frais de déménagement
- Avantages fiscaux reconnus en région nordique
- Sortie annuelle (selon la convention collective en vigueur)
- Possibilité d'obtenir un crédit d'impôt (pouvant aller jusqu'à 8 000 \$) pour les finissants et finissantes ayant terminé au cours des deux dernières années.

Exigences

- Détenir un DEC en techniques infirmières et/ou un bacc. en soins infirmiers.
- Être membre en règle de l'OIIQ.
- Détenir une formation sur les arythmies cardiaques serait un atout.

Faire parvenir votre demande d'emploi accompagnée de votre curriculum vitae à :

Direction des services administratifs

CSSS de la Minganie : 1035, Promenade des Anciens, Havre-Saint-Pierre (Québec) G0G 1P0
Tél. : 418 538-2212, poste 407 | Téléc. : 418 538-3038 | caroline.lapointe.09mingan@ssss.gouv.qc.ca



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

INFIRMIER(ÈRE)

Postes disponibles / nous avons une opportunité pour vous !
Bienvenue également aux jeunes retraités.

Nous sommes à la recherche de personnes professionnelles désirant enrichir constamment leurs compétences.

Équipe professionnelle
Milieu de travail valorisant
Respect de la conciliation travail-famille
Stabilité d'emploi
Équipement à la fine pointe de la technologie
Facilement accessible

Pour vivre une expérience inoubliable avec des gens de cœur compétents, qui croient réellement au bien être des gens du bel âge, joignez-vous à notre équipe!

Autres postes également disponibles, faites-nous parvenir votre curriculum vitae:

555, chemin Tiffin | Saint-Lambert, Québec | J4P 3G2 | T. 450 672-3975
chsl_d_rh@residencessoleil.ca
Fax. 450 672-8919

Projet innovateur !
Joignez-vous au 1^{er} PPP d'envergure en santé au Québec

Centre de santé et de services sociaux
de Gatineau

Vivre de toute urgence... une expérience professionnelle exaltante !

Si travailler dans un bloc d'urgence vous attire, que ce soit en évaluation au triage ou pour la prestation de divers soins et traitements infirmiers et médicaux, considérez sérieusement le **Centre de santé et de services sociaux de Gatineau (CSSSG)** qui est présentement à la recherche d'infirmières qualifiées pour travailler dans l'une ou l'autre de ses **deux urgences modernes**, soit à l'Hôpital de Hull ou à celui de Gatineau. Vastes, spacieuses et à la fine pointe de la technologie, celles-ci constituent un milieu de travail exceptionnel et très prisé.

Le CSSSG offre les meilleures conditions au Québec : bonification des primes de nuit et de soir avec possibilité de les convertir en congés, primes supplémentaires pour quarts de 12 heures et plein d'autres avantages.

N'hésitez plus, visitez le csssgatineau.qc.ca/carrieres pour consulter tous les emplois disponibles et pour postuler.

Centre de Santé Tulattavik de l'Ungava

La passion du Grand Nord

Une opportunité unique

Apprentissage progressif au travail en rôle élargi

Temps complet ou contrat court terme

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

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

VENEZ ÉVEILLER LE MEILLEUR EN VOUS !

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

Tel : 819 964-2905 | Téléc : 819 964-2071

OSEZ UNE CARRIÈRE À VOTRE MESURE

Profil recherché

- DEC en techniques infirmières ou baccalauréat en soins infirmiers.
- Membre de l'OIIQ.
- Autonomie, capacité de communiquer, sens de l'éthique, facilité d'adaptation, leadership et sens de l'organisation.

Nous vous offrons

- Opportunité à développer une expertise en psychiatrie légale
- Garantie d'emploi : 7/14, 8/14 ou temps complet
- Postes 64 heures par 4 semaines
- Période de repas rémunérée
- Prime du milieu (1 351 \$ par année)
- Reconnaissance du baccalauréat en soins infirmiers
- Garantie d'emploi CEPI : 7/14

Dans un environnement stimulant

- Approche humaine orientée vers l'individu
- Accès aux installations sportives
- Activités scientifiques nombreuses

Transmettez votre CV à dotation.ippm@ssss.gouv.qc.ca
ou par télécopieur 514 881-3785

www.pinel.qc.ca

Un milieu qui entoure

Groupe Champlain est un regroupement de treize CHSLD et un centre de réadaptation privés conventionnés situés dans plusieurs régions du Québec. Il offre des services à des personnes qui, privées de leur autonomie physique ou intellectuelle, ont besoin d'un milieu de vie de qualité, qui respecte leur individualité.

Groupe Champlain recrute dans toutes les régions où il est présent : Laval, Lanaudière, Québec, Chaudière-Appalaches, Laurentides, Outaouais, Montérégie, Estrie et Montréal.

Joignez-vous à nous!

- Plusieurs postes à combler
- Possibilités de travailler sur appel
- Possibilités de remplacement à long terme
- Aucun temps supplémentaire obligatoire

Mêmes conditions de travail que dans le réseau public de la santé!

Présentez votre candidature à :

Groupe Champlain inc.
Direction des ressources humaines
7150, rue Marie-Victorin
Montréal (Québec) H1G 2J5

Télécopieur : 514 324-5900

Pour nous faire parvenir votre CV, visitez le www.groupechamplain.qc.ca/equipe.

Nous remercions toutes les personnes qui poseront leur candidature, mais seules celles retenues seront contactées.



MEMBRE AFFILIÉ
Réseau
PLANETREE
Québec



Centre de santé et de services sociaux
de la Baie-des-Chaleurs

Différent
par nature

entre
mer

Une
ORGANISATION
innovante
axée sur les
technologies

Une
COLLABORATION
créative entre
professionnels

Un
MODÈLE
dynamique
d'organisation
apprenante

Un
SUPPORT
professionnel
personnalisé

et
montagnes

Crédits photos : Claude Cyr

Crédits photos : LA SEMELLE VERTE

INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS
Joignez-vous à notre équipe!

Direction des ressources humaines
419, boulevard Perron
Maria (Québec) G0C 1J0

Tél. : 418 759-3443 p. 2194
Téléc. : 418 759-5063
nadine.allard.csssbc@ssss.gouv.qc.ca

www.csssbc.qc.ca

BIENVENUE AU NORD DU 55^e PARALLÈLE

DÉCOUVRIR LA CÔTE DE LA BAIE D'HUDSON AU NUNAVIK

*Une expérience unique pour des gens dynamiques
et motivés qui désirent s'épanouir personnellement
et professionnellement!*



Le Centre de Santé Inuulitsivik dessert les sept communautés inuites de la Baie d'Hudson

NOUS RECHERCHONS DES INFIRMIER(ÈRE)S À TEMPS COMPLET

- Services spécialisés :
 - chirurgie
 - salle de réveil
 - salle d'opération
- Rôle élargi en CLSC
- Unité de soins
- Hébergement
- Maintien à domicile
- Santé communautaire

EXIGENCES

- Être membre en règle de l'OIIQ
- DEC ou Bac. Sc. Inf. ou par cumul de certificats
- Bilinguisme essentiel (parlé et écrit)
- 2 ans d'expérience diversifiée (urgence, soins intensifs, soutien à domicile, chirurgie, psychiatrie, santé communautaire)
- Capacité d'adaptation et autonomie
- Capacité de vivre en région éloignée et isolée
- Bonne gestion du stress
- Expérience de travail en région éloignée, un atout
- Formation reconnue sur le rôle élargi, un atout

AVANTAGES

- Bonification de votre salaire par l'ajout de primes nordiques
- 3 à 4 sorties annuelles selon le statut
- Possibilité d'occuper un poste à temps partagé
- De nombreuses possibilités d'activités de plein air
- Transport et logement meublé fourni
- Vous êtes éligible à un congé nordique de votre établissement
- Formation continue et rôle élargi disponibles



Centre de Santé Inuulitsivik
www.inuulitsivik.ca

Mélanie Lepage, inf. Conseillère en dotation
Courriel : melanie.lepage.mnq@ssss.gouv.qc.ca • Tél. : (418) 951-8438

Développer votre talent à l'OIIQ

Travailler à l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, c'est choisir un environnement de travail dynamique tout en contribuant à faire avancer la profession infirmière.

Poste offert pour conseillère ou conseiller

- Bureau de surveillance de l'exercice infirmier

Mettez votre talent au service des 73 000 infirmières et infirmiers du Québec.

Pour postuler : cv_emploi@oiiq.org



Nos valeurs internes

Respect - Exactitude - Rigueur - Valorisation des compétences - Esprit d'équipe - Sens du service à la clientèle



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec



Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
ᑭᑭᑭᑭᑭᑭ ᑭᑭᑭᑭᑭᑭ ᑭᑭᑭᑭᑭᑭ ᑭᑭᑭᑭᑭᑭᑭᑭ
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Bienvenue chez nous.

Personnel infirmier: passionné, talentueux

Avantages exceptionnels

Travail disponible

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

*Centre de Miyupimaatisiun (santé) Communautaire

Profil recherché

- ▶ Un an d'expérience pour travailler dans notre hôpital
- ▶ Deux ans d'expériences diversifiées pour oeuvrer dans un de nos dispensaires
- ▶ Bilingue : français et anglais
- ▶ Membre de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)
- ▶ Flexibilité, capacité d'adaptation



• 
Watchiya
Bonjour



Faites parvenir votre curriculum vitae par courriel ou par télécopieur à:
jobs.reg18@ssss.gouv.qc.ca | T 1-877-562-2733 | F 514-989-7495
www.santeterrescries.org/au-travail/infirmières-et-infirmiers



TD Assurance

Vous vous êtes investi sans compter.
Maintenant, économisez grâce à TD Assurance.

Les professionnels peuvent économiser plus.

Chez TD Assurance, nous sommes conscients du temps et des efforts que vous avez investis pour arriver là où vous êtes. C'est pourquoi, en tant que membre de l'**Ordre des infirmières et infirmiers du Québec**, vous bénéficiez de tarifs de groupe préférentiels et de divers autres rabais grâce au programme TD Assurance Meloche Monnex. Mieux encore, vous obtiendrez un service personnalisé et une protection adaptée à vos besoins. Demandez une soumission dès aujourd'hui et découvrez combien vous pourriez économiser.

Programme d'assurance recommandé par



HABITATION | AUTO | VOYAGE

Demandez une soumission au 1-866-269-1371 ou
visitez melochemonnex.com/oiiq



Le programme TD Assurance Meloche Monnex est souscrit 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 au Québec : 50, Place Crémazie, Montréal (Québec) H2P 1B6.

En raison des lois provinciales, notre programme d'assurances auto et véhicules récréatifs n'est pas offert en Colombie-Britannique, au Manitoba et en Saskatchewan.

^{MD} Le logo TD et les autres marques de commerce sont la propriété de La Banque Toronto-Dominion.