



perspective infirmière

Été • rentrée 2021
Vol. 18 n°3

Symptômes
comportementaux
et psychologiques
de la démence

Colite ulcéreuse
et maladie de
Crohn

Nouvelles
activités
professionnelles
de l'IPS

ACFA
Simulation
in situ



Notre offre pour les infirmières et infirmiers devient encore plus avantageuse

Découvrez vos nouveaux avantages
et privilèges à bnc.ca/infirmier

Fière partenaire de



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Sous réserve d'approbation de crédit de la Banque Nationale. L'offre constitue un avantage conféré aux détenteurs d'une carte de crédit Mastercard^{MD} Platine, World Mastercard^{MD}, World Elite^{MD} de la Banque Nationale. Certaines restrictions s'appliquent. Pour plus de détails, visitez bnc.ca/infirmier. MD MASTERCARD, WORLD MASTERCARD et WORLD ELITE sont des marques de commerce déposées de Mastercard International inc. La Banque Nationale du Canada est un usager autorisé. MD BANQUE NATIONALE et le logo de la BANQUE NATIONALE sont des marques de commerce déposées de Banque Nationale du Canada. © 2020 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.

Prévention du VIH : La nouvelle génération

Vos patients savent qu'il existe de nouvelles stratégies pour prévenir le VIH et pour prendre soin de leur santé.

Préparez-vous à répondre à leurs questions.

Commandez des publications gratuites comprenant des mises à jour récentes :

www.commandes.catie.ca

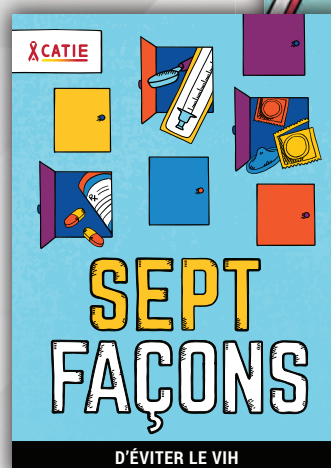


La PrEP pour prévenir le VIH
Réponses à vos questions

CATIE.CA



PPE
Prévention du VIH après une exposition potentielle



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

www.catie.ca



/CATIEinfo

SOMMAIRE

Été • rentrée 2021 – Vol. 18, n° 3

ÉDITORIAL

- 07 — Les citoyennes et citoyens ont beaucoup à dire – à nous de les entendre

PORTRAIT

- 14 — Anne Marie Racicot Guérard
Réduire les méfaits liés à la consommation de drogues

ÉVÉNEMENTS

- 16 — Les États généraux virtuels 2021
20 — Soirée Florence virtuelle 2021

MYTHES ET RÉALITÉS

- 18 — À propos du développement des vaccins

FONDATION

- 22 — Pour assurer la continuité des soins
L'expertise infirmière, un filet de sécurité auprès de clientèles vulnérables

DÉONTOLOGIE

- 62 — Consentement aux soins
Quelles sont les obligations de l'infirmière ou de l'infirmier?

L'OIIQ VOUS RÉPOND

- 64 — CEPI et externes en soins infirmiers
Rappel des modifications aux conditions d'exercice en période de pandémie

EN BREF

- 09 — L'OIIQ reconduit l'adaptation de la norme de formation continue pour 2021
10 — Une première politique nationale pour soutenir les proches aidants
12 — Pour l'amélioration continue de votre exercice infirmier
L'inspection : une obligation professionnelle enrichissante

RECHERCHE

- 24 — Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

PRATIQUE CLINIQUE

- 31 — Les positions qui soulagent la douleur et facilitent l'accouchement
38 — Nouvelles activités professionnelles de l'IPS

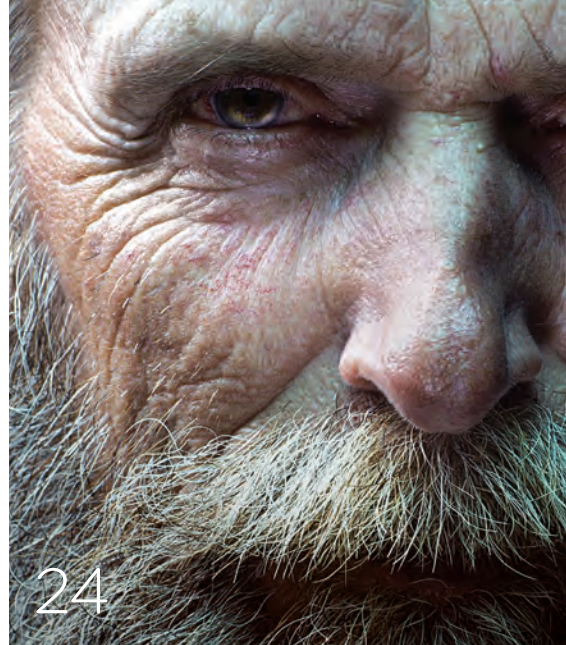
PHARMACOVIGILANCE

- 54 — Maladie de Crohn et colite ulcéreuse
Une armada de médicaments pour contrôler les symptômes et combattre l'inflammation

À RETROUVER SUR OIIQ.ORG



En supplément de chaque numéro, vous retrouverez sur notre site Web d'autres contenus cliniques à oiiq.org/articles-cliniques.



24



22



38



ACFA



46 — Simulation *in situ* : méthode pédagogique efficace pour rehausser les compétences professionnelles

14



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

Président de l'OIIQ — LUC MATHIEU

Directrice générale — MARIE-CLAIRE RICHER

Directrice, Stratégie de marque et communications — DENISE BEAULIEU

RÉDACTRICE EN CHEF

Caroline Baril

RESPONSABLE DE PRODUCTION

Isabelle Lacroix

GRAPHISME ET MISE EN PAGES

Mario Paquette

RÉVISEUR LINGUISTIQUE

Alexandre Roberge

CORRECTRICE D'ÉPREUVES

Marlène Lavoie

GRILLE GRAPHIQUE

Isabelle Gagné et Luc Girard pour MissPixels

IMPRIMEUR

SOLISCO

PAGE COUVERTURE

© Stocksy / Howl

CONSEILLÈRE PRINCIPALE AU CONTENU

Joanie Belleau, inf., M. Sc.

Conseillère à la qualité de la pratique
Direction, Développement et soutien
professionnel

COMITÉ CONSULTATIF DE L'OIIQ, DIRECTION, DÉVELOPPEMENT ET SOUTIEN PROFESSIONNEL

Marie-Eve Arseneault, inf., B. Sc. inf.

Conseillère à la consultation professionnelle

Julie Gélinas, inf., B. Sc. inf., M. Éd.

Conseillère à la qualité de la pratique

DÉVELOPPEMENT
PROFESSIONNEL CONTINU

COLLABORATEURS

Dalila Benhabrou-Brun, B. Sc. inf., B. Sc., M. Sc. – Sabrina Blais, inf., B. Sc. – Geneviève Boily, inf., B. Sc. inf., M. Sc. – Yannick Boucher, inf., M. Sc. – Myriam Brissan, inf., M. Sc. – Pierre-Hugues Carmichael, M. Sc. – Sylvie Charlebois, inf., M. Sc. inf. – Lyne Cloutier, inf., Ph. D. – Marie-Eve Côté, inf., B. Sc. inf. – Carine Couturier, inf., B. Sc. – Catherine Crépeau – Martine Gagné, inf., M. Sc. adm. – Julie Gélinas, inf., B. Sc. inf., M. Éd. – Émilie Gosselin, inf., Ph. D. – Nathalie Grandoit, M. Sc. – Lalla Mariam Haidara, M. Sc. – Valérie Huot, IPSPL – Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (c.) – Véronique Larouche, inf., M. Sc. – Patrick Lavoie, inf., Ph. D. – Isabelle Ledoux, inf., Ph. D. – Sara Lemieux-Doutreloux, inf., B. Sc. – Joanne Létourneau, inf., M. Sc. – Mélanie Marceau, inf., Ph. D. – Marie-Josée Martel, inf., Ph. D. – Monique Mathieu, inf., B. Sc. – André Michaud, inf., Ph. D. – Sandra Moretti, inf., M. Sc. inf. – Magali Morin, inf., M. Sc. inf. – Josiane Provost, inf., B. Sc. – Sara-Maria Viens-Véga, IPSPL – Philippe Voyer, Ph. D.

POLITIQUE ÉDITORIALE

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

POUR NOUS JOINDRE

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

PUBLICITÉ

Julie Diamond
Communications
Courtier publicitaire

En collaboration avec
AGC Communications
514 509-9118

partenaires@oiiq.org

ABONNEMENT

Michelle Dalphond

Tél. : 514 935-2501 ou 1 800 363-6048 poste 288

ventepublications@oiiq.org

<https://www.oiiq.org/abonnement-pi>

TARIFS pour 1 an

Canada : 16,28 \$ taxes 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 comme membres inactifs reçoivent un abonnement.

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

DÉPÔT LÉGAL 2021

Bibliothèque nationale
du Québec

Bibliothèque nationale
du Canada
ISSN 1708-1890

Répertoire
dans *Repère*, *Cinahl*, *PubMed*,
CISMeF et *BDSP*

N° d'enregistrement 9790

Parution : Été-entrée 2021

Convention de la
Poste-publications
N° 40062569



DIFFUSION

Diffusion 80 960 copies

(CCAB/BPA : septembre 2020)



Près de 35 ans à veiller sur vous

La Capitale est fière d'assurer les membres
de l'Ordre depuis près de 35 ans.
Informez-vous sur votre programme d'assurance
responsabilité professionnelle.

lacapitale.com/oiiq

LaCapitale 

Les citoyennes et citoyens ont beaucoup à dire – à nous de les entendre



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

En tant qu'ordre professionnel, vous le savez, nous avons le mandat de protéger le public. En 2018, à mon arrivée à la présidence de l'Ordre, cette responsabilité a pris tout son sens pour moi. Certes, nous avons à notre portée des mécanismes de protection du public efficaces visant le contrôle de la compétence et de l'intégrité des membres de la profession, tels que le processus d'admission à la profession, la surveillance de l'exercice, le développement professionnel, l'encadrement réglementaire et le contrôle de l'exercice illégal. Mais déjà, je me disais que la protection du public dépassait ce cadre. Malgré la présence de tous ces leviers, j'ai abordé la question sous un nouvel angle.

Si nous voulons effectivement protéger le public, il nous faut aller à la rencontre des principales personnes concernées : les citoyennes et les citoyens. Nous devons les entendre sur la profession infirmière et ses enjeux, afin de connaître leurs préoccupations, leur perception et leur avis. Pour y arriver, nous devons disposer de mécanismes de prise de contact. Le public est malheureusement trop souvent absent de nos structures et de nos comités de travail. À quelle occasion l'entendons-nous? Quelle place lui accordons-nous? Que pense-t-il de l'expertise infirmière et de la contribution des infirmières et infirmiers dans le réseau de la santé? Que sait-il, ce public, sur la profession infirmière et ses activités réservées, activités que l'État a jugées à haut risque de préjudice? Le public en général ne connaît de la profession que ce que les médias rapportent : temps supplémentaire obligatoire, épuisement, congés de maladie et pénurie, pour ne nommer que ces enjeux. Finalement, j'en ai conclu que le public n'a pas suffisamment accès aux informations clés en vue de se prononcer, de faire connaître ses attentes. Pourtant, son avis est incontournable pour faire évoluer notre société.

Qui de mieux placé qu'un ordre professionnel pour sensibiliser et informer le public sur les enjeux de la profession infirmière? Notre seul intérêt est de veiller à la compétence et à l'intégrité des infirmières et infirmiers. Nous n'avons pas de considérations budgétaires, nous ne sommes pas l'employeur. Nous n'avons pas de relations hiérarchiques avec les membres de la profession, nous ne sommes pas les gestionnaires. Nous avons cependant le devoir de nous assurer que le public a accès à des professionnels qui ont toutes les compétences pour répondre aux besoins en santé de la population. À partir de ce constat, les dés en étaient jetés. Nous allions consulter des représentants des citoyennes et citoyens afin d'obtenir leur avis sur le recours à l'expertise infirmière dans le système de santé actuel, en leur donnant accès à des experts du domaine infirmier et de la santé auxquels ils pourraient adresser toutes leurs questions avant de se prononcer.

LA PAROLE CITOYENNE, INDISPENSABLE EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ AU 21^e SIÈCLE

Les États généraux se sont présentés comme l'occasion idéale d'amorcer une expérience citoyenne à l'OIIQ. Nul doute pour moi que les citoyennes et citoyens devaient y tenir une place de choix afin de faire entendre leur voix. Nous avons donc opté pour la mise en place d'un jury citoyen indépendant de l'OIIQ.

Dans le cadre des États généraux, nous avons souhaité obtenir l'avis de ce jury sur la question suivante : croyez-vous que l'on puisse mieux recourir aux compétences infirmières pour mieux soigner? Si oui, à quelles conditions? Si non, pourquoi? Pour assurer son indépendance, nous avons mandaté l'Institut du Nouveau Monde qui a géré tout le processus de sélection et d'apprentissage de ce jury ainsi que la formulation de son avis qui, somme toute, rejoint la vision des infirmières et infirmiers qui ont participé aux États généraux. Oui, on doit mieux recourir à l'expertise infirmière. L'avis citoyen fait état notamment du fait qu'une amélioration s'impose quant aux conditions d'exercice, à la gestion du réseau de la santé et à l'organisation du travail. On y fait aussi mention que l'on doit rehausser le niveau de formation des infirmières et infirmiers au baccalauréat et celui des infirmières et infirmiers auxiliaires au DEC.

Je suis fortement impressionné par le travail de ces personnes. Elles ont su capter, en quelques heures (un total de 24 heures de rencontres), les réels enjeux de la profession. Je vous garantis que dorénavant, la participation citoyenne fera partie de nos processus. La forme de participation reste toutefois à définir; nous y travaillerons en cours d'année. D'ailleurs, nous devrions interpeller les citoyennes et les citoyens pour leur demander comment ils voient la suite!

À bientôt!

Découvrez la côte de la Baie d'Hudson au Nunavik

Réalisez votre plein potentiel infirmier dans le Grand Nord !

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

Témoignages

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

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

Êtes-vous admissible à un congé nordique?

Nous recherchons des infirmier(ère)s

Temps
plein
disponible

Unité de soins, plein exercice
du champ de compétence
infirmier, liaison

MAD, santé
publique,
ITSS, TB



AVANTAGES

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



EXIGENCES

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



CENTRE DE SANTÉ INUULITSIVIK

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

www.inuulitsivik.ca

L'OIIQ reconduit l'adaptation de la norme de formation continue pour 2021

Depuis près d'un an et demi, la pandémie mobilise de façon importante et soutenue les infirmières et infirmiers du Québec. Dans ce contexte exceptionnel, l'OIIQ reconduit l'adaptation de la norme de formation continue pour la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2021. L'OIIQ a adapté la norme de formation continue pour la première fois en 2020.

Le maintien des 20 heures de formation, sans l'obligation de réaliser 7 heures de formation accréditée, vise à reconnaître les efforts spontanés déployés par les infirmières et infirmiers à se former de manière pertinente dans le contexte de pandémie, ainsi qu'à atténuer les impacts de l'annulation des formations en salle par les différents organismes dispensateurs.

La mise à jour et le maintien des compétences professionnelles sont des obligations prévues au *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Cette obligation est d'autant plus importante dans le contexte actuel que bien des membres de la profession infirmière doivent occuper de nouveaux rôles et s'adapter chaque jour à de nouvelles pratiques ou clientèles.

Rappelons qu'un grand nombre d'activités sont admissibles pour votre développement professionnel. Il peut s'agir de formations plus formelles comme des formations en ligne ou à distance, des webinaires, la lecture d'articles-questionnaires, ou de formations

en milieu de travail. Il peut s'agir aussi d'activités plus informelles comme les lectures à caractère scientifique et professionnel, du mentorat auprès d'une personne experte de votre milieu, des activités de pratique réflexive, une participation active à une communauté de pratique, ainsi que toute autre activité de formation contribuant au développement de vos compétences.

À titre d'infirmière ou d'infirmier, vous devez consigner les heures de formation que vous suivez au cours de l'année pour les déclarer lors de l'inscription au Tableau de l'année suivante. ●



POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez oiiq.org/formation pour en apprendre davantage sur l'offre de formation continue et la norme.



Une agence en pleine croissance dirigée par des infirmier(ère)s

15 ans à votre service

- Salaires très compétitifs
- Horaires flexibles
- Assurance collective complète
- Orientations offertes et rémunérées
- Formations RCR, ACLS, et plus...

24/7 agence de placement



Emplois partout au Québec

expertise24-7.com

514-951-4381 sans frais: 1-855-951-4381

Une première politique nationale pour soutenir les proches aidants

Les personnes proches aidantes auront accès à une évaluation de leurs besoins en matière de services de santé et à un plan d'accompagnement.

Québec a adopté récemment sa première *Politique nationale pour les personnes proches aidantes* (PPA) qui vise à les reconnaître, à les soutenir et à leur fournir les soins et les services nécessaires afin de préserver leur santé physique et mentale, tout en évitant la précarisation de leur situation financière.

par CATHERINE CRÉPEAU

Cette politique reconnaît l'apport considérable des personnes proches aidantes (PPA) à la société québécoise et met de l'avant l'importance de les soutenir. Désormais, elles auront leur plan d'intervention – ou d'accompagnement – pour assurer leur santé et leur bien-être, au même titre que la personne malade ou aidée.

Les PPA pourront, par exemple, contacter leur CLSC pour parler à une infirmière ou un infirmier ou à une travailleuse sociale ou un travailleur social. « On veut que la personne proche aidante puisse être suivie. On veut que sa santé soit préservée, on ne veut pas qu'elle tombe malade », indiquait la ministre responsable des Aînés et des Proches aidants, Marguerite Blais, lors du lancement de la politique le 22 avril dernier.



« Ce n'est pas seulement une politique pour les personnes proches aidantes d'âinés. C'est réellement une politique qui va tenir compte des parents qui ont des enfants lourdement handicapés ou des parents qui vieillissent, qui ont des enfants adultes en situation de handicap. »

MARGUERITE BLAIS
Députée de Prévost
Ministre responsable des Aînés et des Proches aidants

La politique comprend quatre axes d'intervention :

1. La reconnaissance des PPA et la mobilisation des acteurs de la société concernés par la proche aidance.
2. Le partage de l'information, la promotion des ressources mises à la disposition des PPA et le développement de connaissances et de compétences chez les PPA et les personnes concernées.
3. Le développement de services de santé et de services sociaux dédiés aux PPA, dans une approche basée sur le partenariat.
4. Le développement d'environnements conciliants qui soutiennent et favorisent le maintien et l'amélioration des conditions de vie des PPA notamment afin d'éviter leur précarisation financière.

FORMATION ET PARTENARIATS

La politique encourage les infirmières et infirmiers et tous les professionnels de la santé à reconnaître l'expérience et les savoirs des PPA, ainsi que ceux de la personne aidée, dans le cadre d'une approche basée sur le partenariat.

Le deuxième axe de la politique, par exemple, se concentre sur l'information et la formation. Ainsi, les infirmières et infirmiers et les autres professionnels de la santé sont invités à déterminer les besoins des PPA et des personnes concernées (milieux de l'éducation, milieux de travail, intervenantes et intervenants de la santé et des services sociaux, etc.) et à y répondre. Cela pourrait se traduire par des séances d'information, de l'éducation aux PPA ou un soutien à la recherche afin de favoriser le transfert de connaissances en milieu clinique.

Le troisième axe prévoit une évaluation des besoins en services de santé et services sociaux pour les PPA, ainsi que l'établissement d'un partenariat avec ces dernières, tout au long du parcours de soins et de services de la personne aidée.

DES COORDONNATRICES ET COORDONNATEURS EN AIDE NATURELLE

La politique sera accompagnée cet automne d'un plan d'action. Mais déjà, la ministre Marguerite Blais indique que l'embauche de personnes coordonnatrices en aide naturelle est commencée. Il y en aura aussi pour les Premières Nations, les Inuits et les communautés ethnoculturelles. Un observatoire de l'aide naturelle verra le jour. La ministre a aussi annoncé un crédit d'impôt de 2 500 \$ destiné aux PPA.

« Ce n'est pas seulement une politique pour les personnes proches aidantes d'âinés. C'est réellement une politique qui va tenir compte des parents qui ont des enfants lourdement handicapés ou des parents qui vieillissent, qui ont des enfants adultes en situation de handicap », précise la ministre. Cela comprend également les proches qui soutiennent une personne en situation de dépendance ou d'itinérance ou ayant une maladie grave ou chronique. Un Québécois sur quatre est considéré comme un proche aidant, bien que plusieurs ne se reconnaissent pas comme tels.

Soulignons que cette politique prend appui sur la *Loi visant à reconnaître et à soutenir les personnes proches aidantes et modifiant diverses dispositions législatives*, en vigueur depuis le 28 octobre 2020. ●



POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez msss.gouv.qc.ca pour prendre connaissance de la *Politique nationale sur les personnes proches aidantes*, et écoutez sur votre plateforme d'écoute le balado « C'est dans l'ère » sur l'accompagnement des personnes proches aidantes et le rôle infirmier.

UNE AGENCE PAS COMME LES AUTRES



serenis.ca



info@serenis.ca

AP-20010353



Serenis

Pour l'amélioration continue de votre exercice infirmier

L'inspection : une obligation professionnelle enrichissante

L'inspection générale individuelle est une mesure préventive qui consiste à vérifier si l'infirmière ou l'infirmier détient la compétence requise afin d'exercer de façon sécuritaire, en respect des normes d'exercice, des lois et des règlements. Elle vise notamment à vous sensibiliser à vos devoirs et obligations professionnelles, à vous responsabiliser quant au maintien et au développement de vos compétences ainsi qu'à vous soutenir dans la mise en œuvre d'un plan de développement professionnel.

par SYLVIE CHARLEBOIS, inf., M. Sc. inf., directrice de la Direction, Surveillance et inspection professionnelle, MAGALI MORIN, inf., M. Sc. inf., inspectrice, et NATHALIE GRANDOIT, M. Sc., conseillère principale en communication

Réaliser des inspections est au cœur de la mission de protection du public de l'OIIQ. L'inspection générale ayant pour but de vérifier la qualité de la pratique, elle ne dépend pas nécessairement d'un événement préalable, tel un signalement par rapport à la compétence. Il s'agit d'une activité préventive qui contribue réellement à l'amélioration de votre exercice.

DÉVELOPPEMENT ET ENGAGEMENT ENVERS LA PROFESSION

La compétence se définit comme un savoir-agir, soit la capacité d'agir avec pertinence dans une situation complexe de soins en mobilisant ses connaissances et ses habiletés cliniques, de même qu'en exerçant son jugement pour prodiguer des soins de manière sécuritaire et éthique. Au-delà du mandat consistant à assurer la protection du public par la vérification de la compétence, l'inspection générale revêt aussi un caractère éducatif. Elle vise à vous aider à améliorer votre pratique dans le respect des normes professionnelles. Bien que cet exercice génère souvent du stress, il s'agit surtout d'une occasion de faire le point et d'échanger sur votre pratique, en fonction des attentes formulées à votre endroit en tant que membre de la profession infirmière, dans le but d'offrir au public des soins sécuritaires et de qualité.

Profitez de cette expérience pour réfléchir à la qualité de votre exercice, aux aspects éthiques, déontologiques et réglementaires inhérents à la profession, ainsi qu'à la relation avec vos clients et à votre travail en équipe et en interdisciplinarité.



« Après quelques mois de cette nouvelle méthode d'inspection générale, j'ai pu observer que les plus belles expériences d'inspection se vivent le plus souvent chez l'infirmière qui parvient à la percevoir comme une occasion d'apprentissage et de réflexion plutôt que d'évaluation. Ainsi, une fois l'appréciation de la sécurité du client assurée, il est possible d'aller plus loin selon son intérêt et l'investissement souhaité. »

JANIQUE BEAUCHAMP
Inspectrice, inf., M. Éd., Ph. D. (sco)



« L'inspection, c'est comme une danse entre le membre et l'inspecteur. Le membre, malgré le stress, a la chance de s'arrêter pour poser un regard critique sur sa pratique et profiter d'échanges constructifs en vue de s'améliorer et de se motiver. L'inspecteur garde un contact étroit avec la pratique clinique et se nourrit aussi de l'expérience du membre. Tout le monde y gagne! »

JULIE DUPONT
Inspectrice, IPSSA, M. Sc. inf., D.E.S.S.



COMMENTAIRES SPONTANÉS DE VOS PAIRS

Plusieurs d'entre vous se sont déjà prêtés à l'exercice depuis la refonte du processus d'inspection et ont constaté la valeur ajoutée de cette démarche. Le processus étant confidentiel, nous ne pouvons les nommer, mais voulons tout de même vous faire part des différents commentaires reçus de façon spontanée.

« Merci beaucoup de m'avoir accompagné durant cet exercice. Je n'ai pas senti de pression durant nos entretiens et durant la réalisation des cahiers et autres. Je crois que c'est une initiative positive que l'inspection professionnelle individuelle. »

« J'ai apprécié réaliser cette expérience d'inspection professionnelle individuelle. Je pourrai certainement être ambassadeur de cette démarche. Je crois que c'est une belle façon de mesurer ou d'identifier mes forces ou mes lacunes. »

« Je vais travailler à améliorer les points soulevés dans votre rapport. Je tiens à vous remercier pour votre approche rassurante et constructive, elle m'a été très utile dans ce processus tout de même assez stressant. »

« L'inspection professionnelle a été pour moi un exercice constructif qui m'a permis de poser un regard nouveau, de faire une introspection et d'entreprendre une démarche réflexive par rapport à ma pratique professionnelle. Tout au long du processus et par la suite, j'ai amélioré certains éléments dans ma démarche de soins afin d'augmenter la qualité de soins offerts à mes résidents. J'ai perçu l'inspection professionnelle comme un travail de collaboration. »

DEVOIRS ET OBLIGATIONS

Être un professionnel se veut un gage de compétence et d'intégrité. De ce fait, vient l'obligation de participer à la démarche d'inspection professionnelle pour le démontrer. Tous les membres de la profession infirmière sont égaux au regard de l'inspection, car les activités et le titre réservés constituent un privilège qui impose des devoirs et des obligations, et ce, peu importe votre secteur d'activité et votre expérience. Ce n'est pas une démarche facultative.

En vertu de l'article 114 du *Code des professions* et de l'article 50 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*, tout membre de l'OIIQ visé par une inspection professionnelle a l'obligation de participer au processus, à défaut de quoi son dossier pourrait être acheminé à la Direction, Bureau du syndic pour manque de collaboration ou entrave au travail d'un inspecteur.

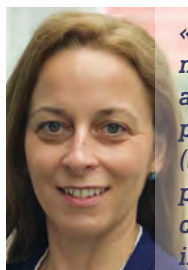
CONCLUSION

Cette année, selon le Programme d'inspection professionnelle 2021-2022, il est prévu d'inspecter individuellement 650 membres, dont 70 infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés. Rappelons que la sélection des membres est principalement effectuée de manière aléatoire, dont une proportion est ciblée selon certains facteurs de risque, tels le manque de formation continue ou le fait d'exercer en solo ou avec peu d'encadrement et de soutien clinique. ●



POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez oiiq.org/inspection-professionnelle pour répondre à vos questions.



« Être inspectrice, c'est accompagner nos membres pendant un moment de recul afin de porter un regard critique sur leur pratique. L'évaluation faite par un pair (l'inspectrice) est une occasion unique pour eux de recevoir une rétroaction constructive sur la démarche de soins infirmiers, autant les forces que les points à améliorer, et ce, au bénéfice de la population soignée. »

CHANTALE DESBIENS
Inspectrice, inf., M. Sc. inf.



S'offrir des possibilités

Des approches pédagogiques innovantes et variées

De nouveaux laboratoires de simulation haut réalisme bénéficiant des dernières technologies

Une vie facultaire dynamique

Découvrez nos programmes offerts au premier cycle et aux cycles supérieurs

fsi.umontreal.ca >



Suivez-nous!

Pour toute question :
information@scinf.umontreal.ca

Pour vous inscrire :
admission.umontreal.ca

Faculté des sciences infirmières

Université  de Montréal
et du monde.

« Merci infiniment pour tout. Au début, je trouvais cette inspection plutôt ennuyante et stressante. Vous avez plutôt représenté une motivation à poursuivre mes buts! »

« J'apprécie votre délicatesse et votre approche, cela est rassurant et me rend encore plus fière de faire partie de la profession infirmière depuis toutes ces années. Bientôt 33 ans! J'en suis très reconnaissante. »



© Audrey Boivin

« Une infirmière en site de consommation supervisée doit faire preuve d'engagement émotionnel et professionnel, tout en étant capable de prendre du recul en vue de prévenir la fatigue de compassion. »

Anne-Marie Racicot Guérard

Réduire les méfaits liés à la consommation de drogues

Infirmière clinicienne au site de consommation supervisée (SCS) du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal depuis 2017, Anne-Marie Racicot Guérard témoigne de sa pratique auprès des personnes stigmatisées et marginalisées.

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

À 34 ans, la jeune femme reconnaît qu'elle n'a pas choisi sa profession par hasard. Adolescente, elle admirait sa mère, infirmière en hémodialyse. « Je me suis inscrite au cégep puis, parce que je me trouvais trop jeune pour le marché du travail, j'ai poursuivi mon cursus à l'université », se souvient-elle. Dynamique, elle a exploré plusieurs domaines dès le début de sa carrière, dont la traumatologie et la cardiologie. Anne-Marie Racicot Guérard partage maintenant son exercice infirmier entre les soins intensifs à l'Hôpital Charles-Lemoyne et les services de consommation supervisée, dont Cactus Montréal et Spectre de rue. « Ces deux milieux me comblent pleinement sur le plan professionnel », déclare-t-elle avec confiance.

VERS LES PLUS VULNÉRABLES

Munie de son diplôme universitaire, elle a suivi diverses formations additionnelles pour être mieux outillée afin d'exercer dans plusieurs domaines cliniques. Si on lui demande pourquoi elle a eu l'idée d'intervenir auprès des personnes qui consomment des drogues, elle relate que, pendant ses études, elle a fait un stage d'observation à l'organisme communautaire Dopamine auprès d'un travailleur de rue. À l'époque, elle avait noté que ce milieu ne comptait aucune infirmière dans son équipe. « Cette constatation a probablement été un déclencheur », pense-t-elle.

De retour à l'université dans le cadre de son diplôme d'études spécialisées en santé mondiale, elle assiste à un cours de la D^{re} Marie-Ève Goyer sur la réduction des méfaits. Elle prend conscience de la situation alarmante provoquée par des drogues de rue de plus en plus puissantes et l'augmentation exponentielle des décès par surdose. Les autorités de santé publique et les systèmes de santé à travers le Canada tentent depuis plusieurs années de juguler la morbidité et la mortalité liées à la consommation de drogues.

À Montréal, en 2017, des organismes communautaires comme Cactus au centre-ville, Dopamine dans le quartier Hochelaga-Maisonneuve, Spectre de rue dans le Centre-Sud et l'unité mobile L'Anonyme, déjà en place depuis plusieurs années, ont intégré à leur mandat des services d'injection supervisée en collaboration avec le CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal.

SITE DE CONSOMMATION SUPERVISÉE

Le service d'injection supervisée (SIS) a changé d'appellation et est devenu un site de consommation supervisée (SCS) afin de tenir compte de tous les types de substances – prises, inhalées et injectables – et d'atteindre plus de personnes. Anne-Marie Racicot Guérard précise que chacun des sites peut habituellement compter sur une présence infirmière. « Dans les quatre SCS, nous assurons un soutien 21 heures sur 24 au bénéfice des usagers qui recherchent la sécurité. »

Une majorité d'hommes et de plus en plus de femmes, âgées entre 35 et 45 ans, se présentent à l'accueil. Plusieurs de ces personnes sont en situation d'itinérance et viennent au SCS pour se protéger de la violence, du vol, des arrestations de la police et des surdoses. Elles y sont reçues par des intervenants de proximité et des agents de prévention qui fournissent un soutien psychosocial ou un accompagnement pour certaines démarches. Du matériel stérile est donné (pipe à crack, pipe à crystal meth, seringues, aiguilles). Si les usagers veulent consommer sur place leurs substances (héroïne, cocaïne, crack, Fentanyl, Dilaudid, morphine ou tout autre médicament), ils sont dirigés vers la salle de consommation sous la supervision des infirmières et des intervenants de proximité. En moyenne, on compte une soixantaine de visites par jour pour l'ensemble des quatre sites, avec des pointes à 100 visites lors de certaines journées. Les infirmières n'administrent jamais de drogues. Elles vérifient l'historique de consommation et effectuent la surveillance pour prévenir les complications. Elles répondent aux questions et aux inquiétudes des usagers et procèdent aux soins, en plus de faire de la prévention et du soutien psychosocial. Les employés du SCS sont souvent les seules personnes à qui les usagers parlent. « Nous les accompagnons sans les juger et nous les aidons du mieux que nous le pouvons », insiste Anne-Marie Racicot Guérard.

« Je cherche à les accompagner afin qu'ils puissent retrouver un certain contrôle sur leur vie. »

LA RÉDUCTION DES MÉFAITS

L'objectif de ces centres est de réduire les méfaits – surdoses, infections au VIH et à l'hépatite C, infections des tissus mous – liés à la consommation de drogues, selon le principe de bas seuil¹. Cela passe par le respect, mais aussi par l'évaluation de la condition de la personne. « Certains jouent à la roulette russe avec des substances dont ils ne connaissent pas la composition », affirme l'infirmière. Il n'est pas rare d'injecter jusqu'à six doses de naloxone à la suite d'un arrêt respiratoire provoqué par les drogues. Quand le pronostic vital est engagé, les infirmières appellent le 911. « Nous leur sauvons la vie, mais nous faisons aussi de la prévention », explique Anne-Marie Racicot Guérard. L'objectif principal n'est pas l'arrêt de la consommation, mais l'accompagnement des usagers selon leur volonté et leur rythme. Le non-jugement et la compréhension prônés par les équipes constituent une première étape vers la réduction des méfaits. Au SCS, il existe une étroite synergie entre les infirmières, les agents de prévention, les intervenants de proximité et les travailleurs de rue. De plus, le partenariat avec les établissements de soins, le 911, les services de police et le service Urgence psychosociale-justice atteste des efforts déployés en faveur des usagers du SCS. La collaboration avec la communauté et le réseau de la santé a permis d'accomplir de grandes avancées, comme la télémédecine utilisée entre le SCS et le CHUM pour implanter des traitements de substitution.

RÔLE INFIRMIER

Anne-Marie Racicot Guérard se félicite de son rôle infirmier diversifié. Du dépistage au traitement des ITSS, en passant par le soutien à l'injection et aux soins de plaies, de même que la distribution de trousse de naloxone, l'infirmière a la possibilité de combler de nombreux besoins grâce à ses compétences ainsi qu'à l'application de protocoles et d'ordonnances collectives. La formation dispensée aux professionnelles cible les problématiques liées aux ITSS, sans oublier la surveillance et les interventions lors de surdoses. Grâce au droit de prescrire et à la diversité des profils des membres de l'équipe, l'autonomie des infirmières du SCS s'est encore accrue.



Le travail accompli au SCS repose sur le lien de confiance développé avec les usagers pour mettre en place des interventions efficaces. Un des plus grands défis est de reconstruire cette confiance avec une clientèle désaffiliée du système et stigmatisée par le réseau. « Une infirmière en site de consommation supervisée doit faire preuve d'engagement émotionnel et professionnel, tout en étant capable de prendre du recul en vue de prévenir la fatigue de compassion », explique Anne-Marie Racicot Guérard. Beaucoup de décès par surdoses surviennent dans la communauté. Les usagers demeurent difficiles à joindre parce qu'ils changent de secteur, sont hospitalisés ou incarcérés, ou bien cessent de fréquenter les services. L'enjeu est de maintenir un contact régulier dans le but d'effectuer les suivis nécessaires. Plusieurs usagers organisés gardent une bonne qualité de vie, malgré leur consommation.

L'infirmière en SCS doit cultiver sa bienveillance, son savoir-être et son humilité à reconnaître qu'elle ne sait pas tout. Anne-Marie Racicot Guérard rappelle qu'il faut viser des objectifs réalistes : effectuer un pansement adapté au mode de vie des personnes pour optimiser la guérison et maximiser l'adhésion aux traitements. « Je cherche à les accompagner afin qu'ils puissent retrouver un certain contrôle sur leur vie », conclut-elle. ●

1. Pour en savoir plus sur les Services bas seuil Relais, on peut consulter la section sur le programme CRAN du site du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal à l'adresse : www.cran.qc.ca/fr/nos-services-cliniques/services-bas-seuil-relais



20 ET 21 MAI ÉTATS GÉNÉRAUX VIRTUELS 2021

Premier rendez-vous du genre en 25 ans, les États généraux de la profession infirmière ont rassemblé, les 20 et 21 mai dernier, la communauté infirmière, le milieu de l'enseignement, les acteurs de la santé et des citoyens en vue d'une concertation élargie. Organisé par l'OIIQ en collaboration avec des associations infirmières et différents partenaires, l'événement animé par Marie Grégoire a mis l'accent sur le dialogue afin que soit entendue la voix d'un plus grand nombre de personnes, et surtout celle des infirmières et infirmiers.

par **CAROLINE BARIL**

Près de 1 200 participants y ont priorisé 19 pistes d'action interdépendantes issues des mémoires, avis et audiences publiques – pistes d'action à mettre en œuvre pour une pleine contribution de l'expertise infirmière aux soins de santé.

Soumises à l'éclairage des commissaires indépendants Francine Ducharme et Robert Salois, ces pistes d'action seront prises en considération dans la rédaction de leur rapport, lequel sera déposé en septembre au Comité consultatif des partenaires. « Il constituera un guide qui, en plus d'appartenir à toute la profession infirmière, aidera à tracer le chemin pour que les infirmières et infirmiers occupent pleinement leur rôle afin de répondre aux besoins de santé des Québécois », ont indiqué les deux commissaires. À la suite de la sortie médiatique du rapport, un comité de suivi sera mis sur pied avec le concours de ces partenaires. Il aura pour mission de mettre en œuvre les recommandations des commissaires.

Grâce à des échanges francs, les États généraux ont fait ressortir une priorisation par l'ensemble des participants quant aux orientations proposées ainsi qu'un appel à la solidarité en vue de la professionnalisation des soins infirmiers, de sorte que l'image de vocation qui lui est historiquement accolée soit remplacée par celle de l'expertise et de la compétence.

Les discussions ont porté sur trois grands thèmes, soit les savoirs infirmiers et les compétences infirmières, l'innovation et la spécialisation infirmières, ainsi que la formation initiale et le développement professionnel.



PHOTOS

1. **ROBERT SALOIS** et **FRANCINE DUCHARME**, commissaires des États généraux de la profession infirmière, et **LUC MATHIEU**, président de l'OIIQ.
2. et 4. **Panélistes** des États généraux de la profession infirmière.
3. **MARIE GRÉGOIRE**, animatrice de l'événement.

Savoirs infirmiers et compétences infirmières

Sur le premier thème, un consensus s'est dégagé quant à l'urgence, d'une part, d'améliorer les conditions d'exercice des infirmières et infirmiers et, d'autre part, d'offrir du soutien clinique à la relève ainsi qu'aux infirmières et infirmiers plus expérimentés, dans le but de contribuer à l'attractivité de la profession et à la rétention des infirmières et infirmiers dans le réseau public de la santé.

Innovation et spécialisation infirmières

Les discussions ont confirmé que la contribution des infirmières cliniciennes spécialisées et infirmiers cliniciens spécialisés (ICS) ne fait aucun doute quant au soutien clinique qu'ils peuvent offrir. Les participants se sont entendus pour que les nouvelles spécialités infirmières soient déterminées en fonction des besoins en santé de la population.

En outre, les échanges ont mis en lumière l'importance de travailler sur de nouveaux modèles de soins autres que le modèle hospitalocentrique, de sorte que l'expertise infirmière soit davantage mise à profit, notamment dans les soins de proximité, en prévention ainsi qu'auprès des clientèles plus vulnérables.

Formation

Les participants sont d'avis que la formation initiale doit être revue et rehaussée. Ils ont estimé qu'une harmonisation et une standardisation des contenus des programmes étaient requises à l'échelle du Québec.

Ils ont clairement mis en priorité le baccalauréat comme future norme d'entrée à la profession. Le parcours DEC-BAC est jugé comme une valeur ajoutée et les participants ont affirmé qu'il doit être maintenu.

Les participants disent être en faveur de l'implantation d'un plan de développement professionnel, mais souhaitent surtout une offre de formation continue accrue et diversifiée, soutenue par l'Ordre. Les employeurs sont invités à instaurer des mesures facilitantes qui permettraient aux infirmières et infirmiers de faire leur auto-évaluation, puis d'identifier leurs besoins de formation afin qu'ils puissent se créer un portfolio en lien avec leurs responsabilités professionnelles.

LA VOIX DES CITOYENS

Dans le cadre des États généraux, l'Institut du Nouveau Monde a constitué un jury citoyen afin d'inclure la perspective du public dans cette démarche réflexive. Les membres du jury, des citoyennes et citoyens d'une diversité d'âges, de régions, d'occupations et de niveaux de scolarité, ont été unanimes quant à la possibilité de mieux recourir à l'expertise infirmière pour améliorer la qualité des soins de santé.

Toutefois, deux obstacles majeurs s'opposent à cet objectif, selon eux : un problème de gestion et d'administration du réseau de la santé de même qu'un problème d'organisation des équipes de soins, auxquels s'ajoute un manque d'autonomie des infirmières et infirmiers, ce qui se traduit notamment par un accès déficient aux soins de première ligne.

Le jury citoyen souhaite une optimisation du rôle infirmier, qui s'articulerait autour de plusieurs leviers, dont une autonomie accrue des infirmières et infirmiers par la promotion des spécialisations pour les infirmières praticiennes spécialisées et infirmiers praticiens spécialisés (IPS) ainsi que les ICS, ou l'instauration d'un modèle novateur d'infirmière ou d'infirmier de famille. Il suggère aussi une organisation du travail qui reconnaisse la complexité des soins en respectant les domaines d'expertise de chaque infirmière et infirmier. Il soutient l'exigence du baccalauréat pour l'obtention du permis d'exercice des futurs infirmières et infirmiers, conditionnellement à plusieurs éléments, notamment que les personnes déjà formées au DEC puissent continuer à exercer.

À la suite des États généraux, les participants ont été invités à répondre à un sondage. Celui-ci a dévoilé un taux d'appréciation globale de 87 % démontrant sans équivoque la réussite de l'événement. De plus, la majorité des participants, soit 70 % des répondants, se disent confiants quant à l'impact de cet événement sur la mise en œuvre de mesures concrètes visant une meilleure contribution de l'expertise infirmière.

Luc Mathieu, président de l'OIIQ, invite les infirmières et infirmiers à suivre de près les développements ultérieurs et à s'engager dans la mise en œuvre des suivis. ●



POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez oiiq.org/etats-generaux-2021 pour découvrir la démarche de cette consultation historique et les 19 pistes d'actions priorisées.

Merci aux commanditaires des
États généraux virtuels 2021



Université de Montréal | Faculté des sciences infirmières
et de services sociaux de Lanaudière

Pearson
ERPI

VIGI
santé

Solutions
SUSINE

INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

CODE BLEU
PLACEMENT EN SANTÉ

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière
Québec

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie - Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke
Québec

Logibec

PERSPECTIVE
NUNAVIK

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
des Îles
Québec

Centre de Santé Tuliavik de l'Inuvik
La passion du Grand Nord

CHUM
Centre hospitalier
de l'Université de Montréal

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Laval
Québec

Fondation
cancer du sein
du Québec

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

UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec
Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec

À PROPOS DU développement des vaccins

par GENEVIÈVE BOILY,
inf., B. Sc. inf., M. Sc.

Le développement d'un vaccin est un processus coûteux qui dure souvent plusieurs années. Les scientifiques doivent d'abord être en mesure de comprendre la maladie. Ils doivent également étudier l'agent infectieux qui en est responsable, puis procéder aux différentes études précliniques et cliniques. Le processus très rigoureux permet de garantir le développement de vaccins efficaces et sécuritaires.

Réponses en page 60

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. Les vaccins peuvent être testés sur différentes espèces animales.

☐ ☐

02. Les effets indésirables des vaccins sont uniquement identifiés lors de la vaccination de la population.

☐ ☐

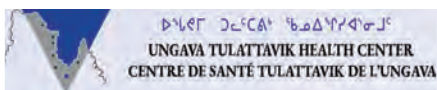
03. Les vaccins ne sont pas testés sur suffisamment de personnes pour que l'on puisse déterminer leur efficacité.

☐ ☐

04. Seuls les vaccins démontrés sécuritaires et efficaces sont homologués par Santé Canada.

☐ ☐

05. Les vaccins contre la COVID-19 ont suivi les mêmes étapes de développement que les autres vaccins.

☐ ☐


*Afin de découvrir l'étendue d'un
océan, il faut éloigner les yeux du
rivage !*



LE TRAVAIL OFFERT

- Temps complet ou temporaire
- Un Centre de santé et six points de services au sein de nos sept communautés Inuites
- Formation de base et continue
- Apprentissage progressif au travail en dispensaire (point de service)
- Prime d'éloignement et d'installation pour compenser le coût de la vie et supplément salarial en points de services

MAINTENANT PLUS FLEXIBLE !

Contactez-nous pour en savoir plus.

recrutementnursing@ssss.gouv.qc.ca
1 877 893-7646

WWW.TULATTAVIK.COM

f @Tulattavik

ig @cstunursing



*Plus qu'un boulot,
une passion!*

OFFRE D'EMPLOI D'INFIRMIÈRE (ER)* *ON recrute au CISSS de l'Outaouais*

Vous recherchez des défis stimulants! Vous aimeriez habiter une région mariant milieu urbain et vastes territoires parsemés de parcs, lacs et rivières. Nous avons plusieurs postes permanents à vous offrir dans nos divers sites!

En Outaouais, nous bénéficions d'un statut particulier, qui nous permet d'offrir les meilleures conditions au Québec :

Prime de soir rehaussée à 12% (au lieu de 4%)

Prime de nuit à 14% (ailleurs 11%)

Prime de soins critiques de 12%

Possibilité de quart de travail de 12 heures bonifié de 7%

Crédits d'impôt pour nouveaux diplômés pouvant aller jusqu'à 10 000 \$ pour région éloignée (secteur Pontiac et Vallée-de-la-Gatineau)

* Pour exercer, vous devez être membre en règle de l'OIIQ

POSTULEZ DÈS MAINTENANT!

cisss-outaouais.gouv.qc.ca

SOIRÉE FLORENCE VIRTUELLE 2021

Le 6 mai dernier se tenait l'édition 2021 de la Soirée Florence, grande célébration de l'expertise infirmière. Pandémie oblige, la fête a pris cette année des allures virtuelles. Retour sur une soirée mémorable et festive à plus d'un point de vue.

par **LEÏLA ASSELMAN**

En débouchant sur l'avenue du Parc à partir de la rue Bernard le 6 mai dernier, on voit que quelque chose d'inhabituel se trame au Théâtre Rialto. Devant la façade de style Beaux-Arts de l'ancien cinéma de quartier, quelques personnes sur leur trente et un patientent en discutant. Ce sont les finalistes des prix Florence.

À l'intérieur, les techniciens s'activent, tandis que du personnel ganté et armé de désinfectant s'assure du respect des mesures sanitaires. C'est que dans ce théâtre se tiendra une édition quelque peu spéciale d'un événement tout aussi incontournable pour la profession infirmière. La Soirée Florence, qui célèbre annuellement l'expertise infirmière à travers les parcours impressionnants de finalistes de partout au Québec, se déroulera pour la première fois de façon virtuelle, mais surtout sous le thème de l'émission *En direct de l'univers* animée par France Beaudoin : « Je suis très fière du travail que nous avons fait pour réaliser une émission à l'image des finalistes. Nous nous sommes si bien préparés que j'ai l'impression de les connaître déjà! J'ai très hâte de les rencontrer, d'échanger avec eux et de voir leurs réactions. »

Les finalistes sont décontractés et rayonnants. « Pour moi, ce sont plusieurs années d'implication pour le développement de la profession, à l'échelle tant locale que nationale, qui se cristallisent dans cette nomination. C'est une magnifique marque de reconnaissance de la part de mes pairs », confie l'un des 21 finalistes à Luc Mathieu et Marie-Claire Richer, respectivement président et directrice générale de l'OIIQ, venus les accueillir.



© Benjamin Loppke



PHOTOS

1. SYLVAIN BROUSSEAU, DAVID GOURDE, CÉLINE HUBERT et PATRICIA BOURGAULT, finalistes Florence 2021.
2. SONIA HEPPELL et KARINE BOISSONNEAULT, finalistes Florence dans la catégorie Engagement professionnel.
3. FRANÇOIS AUBÉ et DAVID GOURDE, finalistes Florence dans la catégorie Pratique collaborative.
4. NATHALIE LAUZON, finaliste Florence dans la catégorie Promotion de la santé.
5. FRANCE BEAUDOIN, animatrice de la soirée.

La cérémonie est lancée par Lyne Tremblay, présidente de la Fondation de l'OIIQ, touchée de savoir que plus de 1 500 personnes sont à l'écoute devant leur écran. Il faut rappeler que la totalité des profits récoltés grâce à la vente de billets pour assister à la diffusion en ligne sont remis à la Fondation. « C'est dans le but de soutenir des projets infirmiers porteurs pour la profession et la population québécoise que la Fondation poursuit ses efforts de collecte de fonds. Je tiens donc à vous remercier pour votre implication dans l'avancement des sciences infirmières et l'accès aux soins. » Grâce à la générosité et à la mobilisation des finalistes, participants et partenaires de la Soirée, 50 000 \$ ont été remis à la Fondation.

S'ensuivra une heure et demie de célébrations et d'émotions au tempo des chansons favorites des finalistes, alors qu'une quinzaine d'artistes et de choristes interprètent de grands succès. On découvre bientôt l'identité des lauréats Sonia Hepell, Céline Gélinas, Aïssatou Sidibé – en direct du Sénégal! –, David Gourde, Liette Desjardins, Renée Descôteaux et Sara Alami Hassani dans leur catégorie respective, au cours d'entretiens passionnants avec France Beaudoin.

L'animatrice a réservé une surprise à l'ensemble des membres de la profession pour leur travail exceptionnel durant la pandémie, et ce, avec la complicité d'un écrivain, poète, travailleur social et surtout « admirateur inconditionnel des infirmiers et infirmières du Québec ». David Goudreault apparaît bientôt sur les écrans pour livrer un hommage slamé plein d'éloquence. L'émission se termine sur un générique tout aussi touchant, tandis que s'égrènent nombre de messages de remerciement, de reconnaissance et d'encouragement à l'intention des infirmières et infirmiers de partout au Québec. ●

La soirée Florence est un événement présenté par TD Assurances au profit de la Fondation de l'OIIQ.



POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez oiiq.org/soiree-florence pour revivre cet événement.



PHOTOS

6. SARA ALAMI HASSANI, LAURENCE COBO et MARTIN ROBERGE, finalistes Florence dans la catégorie Relève.
7. FRANCE BEAUCOIN et AÏSSATOU SIDIBÉ, lauréate Florence dans la catégorie Promotion de la santé.





Pour assurer la continuité des soins

L'expertise infirmière, un filet de sécurité auprès de clientèles vulnérables



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux soigner.

En juin 2019, la Fondation de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) remettait la subvention *Pour mieux soigner* à un projet clinique visant à optimiser l'implantation de pratiques infirmières de première ligne auprès de clientèles vulnérables de deux quartiers de Sherbrooke, caractérisés par la présence importante de personnes réfugiées.

par la FONDATION DE L'OIIQ

Les secteurs des Jardins-Fleuris et d'Ascot, situés dans le Grand Sherbrooke, sont des quartiers densément peuplés où se sont installés nombre de personnes réfugiées et de demandeurs d'asile qui doivent faire face à certains défis lorsqu'il s'agit de s'orienter dans le réseau de la santé. On pense par exemple à la barrière de la langue ou à l'absence de carte d'assurance maladie.

Afin de pallier le manque de continuité des soins de santé dans ces deux quartiers, une équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS a développé un modèle de réseau intersectoriel qui s'appuie non seulement sur les différents acteurs de la communauté (institutions, organismes communautaires, municipalité) ainsi que sur la Clinique des réfugiés de Sherbrooke, mais également sur les interventions de quartier.

L'équipe du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, représentée par Stéphanie Charest, infirmière praticienne spécialisée en soins de première ligne, Lara Maillet professeure à l'École nationale d'administration publique et Johanne Déry, professeure à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal, a obtenu l'appui financier de la Fondation de l'OIIQ, d'une valeur de 225 000 \$, pour son projet intitulé « Implantation d'une intervention de soins infirmiers de proximité innovante auprès des personnes réfugiées ».

LE RÔLE ESSENTIEL DE L'INFIRMIÈRE DE PROXIMITÉ

L'intervention de quartier, une initiative qui existe déjà depuis une dizaine d'années dans ces deux quartiers

de Sherbrooke, permet d'offrir des services adaptés aux personnes ayant des besoins particuliers, qui sont en général de faibles utilisateurs de services. Par ce mode d'intervention, les intervenants de quartier s'intègrent dans le quotidien des habitants grâce à leur présence régulière dans les immeubles d'habitation. Cette proximité ainsi créée permet de tisser un lien de confiance avec les personnes, de leur offrir un accueil psychosocial de première ligne et de leur faciliter l'accessibilité aux services. Jusqu'en 2019, les interventions de quartier dans les deux secteurs visés n'offraient pas de soins infirmiers de première ligne.

Grâce à l'appui financier de la Fondation, l'équipe de projet a pu intégrer en septembre 2019 une infirmière clinicienne à l'équipe des intervenants de quartier et enfin offrir l'apport essentiel que constituent des soins infirmiers de première ligne.

Dans ce contexte de soins, l'étendue de la pratique de l'infirmière clinicienne en première ligne est pleinement mise à profit, entre autres en ce qui a trait aux activités suivantes :

- l'évaluation de la condition physique et mentale de la clientèle;
- l'enseignement à la clientèle et aux familles, plus précisément en promotion et prévention de la santé;
- la surveillance clinique;
- l'accessibilité et la continuité des soins, grâce à la coordination des services requis entre la communauté et le réseau public de la santé.



« L'arrivée d'une infirmière de proximité a nettement amélioré l'accès aux services de santé et le suivi clinique de cette clientèle. »

STÉPHANIE CHAREST, IPSPL

À peine quelques mois après son implantation, ce service en soins infirmiers a dû être suspendu temporairement (jusqu'en septembre 2020) en raison de la pandémie, afin de respecter les mesures sanitaires. D'autres actions relatives à l'implantation du projet ont dû aussi être reportées, compte tenu de la mobilisation accrue du personnel soignant dans la lutte contre la COVID-19.

Toutefois, grâce à l'autonomie de la pratique de l'infirmière clinicienne présente sur place après la réouverture des services ainsi qu'à ses interventions comme la surveillance clinique, l'équipe de projet a pu observer une diminution des visites de sa clientèle vers les cliniques sans rendez-vous ou la Clinique des réfugiés.

L'INFIRMIÈRE DE PROXIMITÉ ET LA JUSTICE SOCIALE

L'implantation et le déploiement de l'étendue de la pratique de l'infirmière à son plein potentiel sont très bien accueillis par les autres intervenants de quartier; tous les professionnels de la santé impliqués dans les deux interventions de quartier reconnaissent que la pratique de chacun se développe de façon positive et efficiente grâce au travail interdisciplinaire et au réseau intersectoriel, qui permettent une meilleure réponse en matière de soins et de services offerts à cette population, dans un souci d'équité, d'intégration et de collaboration.

La subvention de la Fondation de l'OIIQ est attribuée sur une période de plus de deux ans en vue d'assurer le développement à long terme de ce projet clinique novateur, lequel a un fort potentiel de transfert à d'autres contextes de soins.

Ce projet clinique fait aussi l'objet d'une recherche coordonnée conjointement par des chercheuses et professeures de l'École nationale d'administration publique et de l'Université de Montréal. Elle a pour but d'évaluer les retombées liées à l'utilisation pleine et entière de l'étendue de la pratique de l'infirmière clinicienne, le fonctionnement d'un réseau intersectoriel ainsi que la continuité des soins et services offerts dans un souci de justice sociale.

L'une des prochaines étapes du projet consistera à documenter certains indicateurs de performance, comme la diminution des références aux médecins de la Clinique des réfugiés ou à des médecins spécialistes, la satisfaction de la clientèle quant au recours au réseau intersectoriel pour répondre à leurs besoins de santé, ou encore l'utilisation optimale de l'étendue de la pratique de l'infirmière clinicienne. Il est souhaité que les résultats obtenus nourrissent la vision du ministère de la Santé et des Services sociaux en permettant ultimement d'augmenter les services de proximité au bénéfice des populations vulnérables et orphelines, et ce, dans des quartiers qui font face aux mêmes défis que les secteurs des Jardins-Fleuris et d'Ascot de la région de Sherbrooke.

À PROPOS DE LA FONDATION DE L'OIIQ

La Fondation de l'OIIQ a pour mission de promouvoir l'intérêt et l'avancement des sciences infirmières et des soins infirmiers au bénéfice des patients. Elle appuie, entre autres, des projets concrets qui valorisent la contribution des infirmières et infirmiers au suivi des personnes tout au long du continuum de soins et de services ou en fin de vie. Depuis 1987, la Fondation de l'OIIQ a octroyé plus de cinq millions de dollars au financement des progrès réalisés dans les sciences infirmières. ●

Je
clique.
Je
donne.
Nous
soignons!

Chaque année, près
de 30 000 infirmières
et infirmiers

choisissent d'offrir
un meilleur accès aux soins
de santé à la population
en contribuant
à la Fondation.

Faites comme eux : misez
sur l'expertise infirmière
en faisant un don.

Campagne
annuelle
2021



Fondation de l'Ordre
des infirmières et
infirmiers du Québec

Pour mieux
soigner.

fondationoiiq.org

Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

L'examen clinique infirmier démontre sa pertinence pour déterminer les causes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence et en assurer la prise en charge.

Une étude du Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ) démontre l'importance de l'examen clinique infirmier pour déterminer les causes des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD), cibler les interventions les plus efficaces afin d'en diminuer la fréquence et, par voie de conséquence, améliorer la prise en charge des problèmes de comportements des aînés atteints de troubles neurocognitifs majeurs (TNCM). En voici les faits saillants.

par **LALLA MARIAM HAÏDARA, M. Sc., PHILIPPE VOYER, Ph. D., et PIERRE-HUGUES CARMICHAEL, M. Sc.**

Les symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD) constituent un défi pour les équipes soignantes. Fuites, cris, insultes, coups : les infirmières doivent en déterminer la cause pour améliorer la prise en charge de cette clientèle et mieux la soigner.

Cet article met en lumière l'importance de l'examen clinique infirmier pour y arriver. Il présente une étude rétrospective qui décrit les causes biopsychologiques des SCPD repérées par les infirmières lors de leur examen clinique et les interventions non pharmacologiques qu'elles ont entreprises pour les traiter.

On sait que le vieillissement de la population affecte le système de santé. En 2016, les aînés représentaient 18 % de la population totale du Québec. Ils seront 28 % en 2066 (Institut de la statistique du Québec, 2019). Le vieillissement est corrélé à une prévalence croissante de TNCM. Ces derniers sont associés aux SCPD (Gerlach et Kales, 2018). Il faut donc prévoir que ces symptômes exigeront de plus en plus de soins.

SCPD ET BESOINS COMPROMIS

Les SCPD sont définis comme des signes et des symptômes reflétant une altération de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement (Finkel et al. 1996). Ils regroupent un ensemble de manifestations cliniques telles que l'errance, la résistance aux soins, l'agitation verbale ou les idées délirantes (Draper, Brodaty et Finkel, 2012; MSSS, 2014b). Les SCPD peuvent entraîner des souffrances, une

institutionnalisation prématurée, une augmentation du coût des soins et une perte de qualité de vie importante pour les patients et leurs familles (Draper, Brodaty et Finkel, 2012).

En 1996, Algase et al. ont proposé un modèle qui remplace la vision négative des SCPD « perturbateurs ou inadaptés » par une perspective associant ces comportements à l'expression de besoins non satisfaits (Algase et al., 1996). Ainsi, le modèle des besoins compromis d'Algase et al. (1996) démontre que les facteurs à l'origine des SCPD témoignent de besoins insatisfaits qu'il faut chercher à définir.

Le rôle des infirmières, et plus largement leur défi, est de déceler ces facteurs afin de cerner ces besoins. Une fois les facteurs précisés, il devient possible de répondre aux besoins non satisfaits et de modifier positivement les SCPD.

Les études portant sur les personnes atteintes de TNCM montrent que plusieurs besoins compromis peuvent être la cause des SCPD (Landreville, Voyer et Carmichael, 2013; Sampson et al., 2015). Les causes sont d'origine diverse. Elles peuvent, par exemple, être liées à l'état de santé de la personne (douleur), ou encore à son environnement social (approche) ou physique (bruit). Les causes liées à l'approche ou à l'environnement ont été amplement étudiées. Les causes biopsychologiques découvertes à l'aide d'un examen clinique, quant à elles, l'ont été dans une moindre mesure (Algase et al., 1996).

Tableau 1
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PARTICIPANTS

VARIABLES (DONNÉES MANQUANTES)		N (110)	%	MOYENNE	ÉCART-TYPE
Âge		110		82	7,5
Sexe	Femmes	73	66		
	Hommes	37	34		
État civil (n = 7)	Seul	55	53		
	En couple	48	47		
Établissement	Résidence privée pour aînés	46	42		
	Centre d'hébergement	43	39		
	Centre hospitalier	10	9		
	Communauté religieuse	7	6		
	Domicile	2	2		
	Ressource intermédiaire	2	2		
Score MEEM ¹ (n = 23)		87		10,6	7,6
L'indice de comorbidité de Charlson		110		6,6	2,2

1 Mini examen de l'état mental.

L'examen clinique est une activité centrale de la profession infirmière. Il permet, entre autres, de déterminer les causes biopsychologiques dans un contexte de prise en charge des SCPD. D'ailleurs, les lignes directrices encadrant cette prise en charge attestent de la nécessité d'en découvrir les causes biopsychologiques (Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées [CCSMPA], 2006, 2014; MSSS, 2014b). Elles soulignent l'importance de l'examen clinique pour favoriser une meilleure planification des interventions.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

À ce jour, aucune étude québécoise ne s'est intéressée à la planification des interventions infirmières dans un contexte de prise en charge des SCPD. Ainsi, quelles interventions peuvent-elles être planifiées en fonction des causes biopsychologiques des SCPD? Cela permettrait-il de réduire leur fréquence? Ces réponses pourraient éclairer et améliorer la pratique infirmière. En 2013, une étude de Gagné et Voyer a d'ailleurs démontré les carences des connaissances infirmières quant à l'importance de l'examen clinique dans la prise en charge des SCPD.

La présente étude répondra donc aux deux questions suivantes :

- Quelles sont les causes biopsychologiques déterminées par l'examen clinique infirmier?
- Quelles sont les interventions à entreprendre en fonction des causes biopsychologiques décelées lors de l'examen clinique?

MÉTHODOLOGIE

Devis

Le devis utilisé est de type rétrospectif descriptif simple. Les données cliniques ont été recueillies dans les dossiers des personnes âgées atteintes de TNCM, suivies par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. Ce projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche sectorielle en neurosciences et santé mentale du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale.

Population

Sont concernées toutes les personnes âgées atteintes de TNCM, présentant des SCPD, et prises en charge par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. Les critères d'inclusion sont les suivants : les personnes âgées de 65 ans et plus, atteintes de TNCM et présentant des SCPD.

Tous les milieux de vie admissibles sont sur le territoire desservi par le CEVQ. Ils peuvent être au domicile, en résidence privée pour aînés, en ressources intermédiaires, au centre d'hébergement ou à l'hôpital.

Les critères d'exclusion sont les suivants : les patients atteints de TNCM présentant un trouble de santé mentale ou de comorbidité psychiatrique en raison d'une approche clinique qui pourrait différer. Ont aussi été exclus les dossiers dans lesquels il n'y a pas eu de suivi de l'efficacité des interventions.

Instruments de mesure

Un instrument de mesure facilitant la saisie des données a été créé. Il compile les données biopsychologiques évaluées dans les sections suivantes : les signes vitaux, l'évaluation des problèmes de santé, l'examen de l'état mental, l'examen cardiaque, l'examen pulmonaire, l'examen abdominal et l'examen musculosquelettique ainsi que le risque de chute.

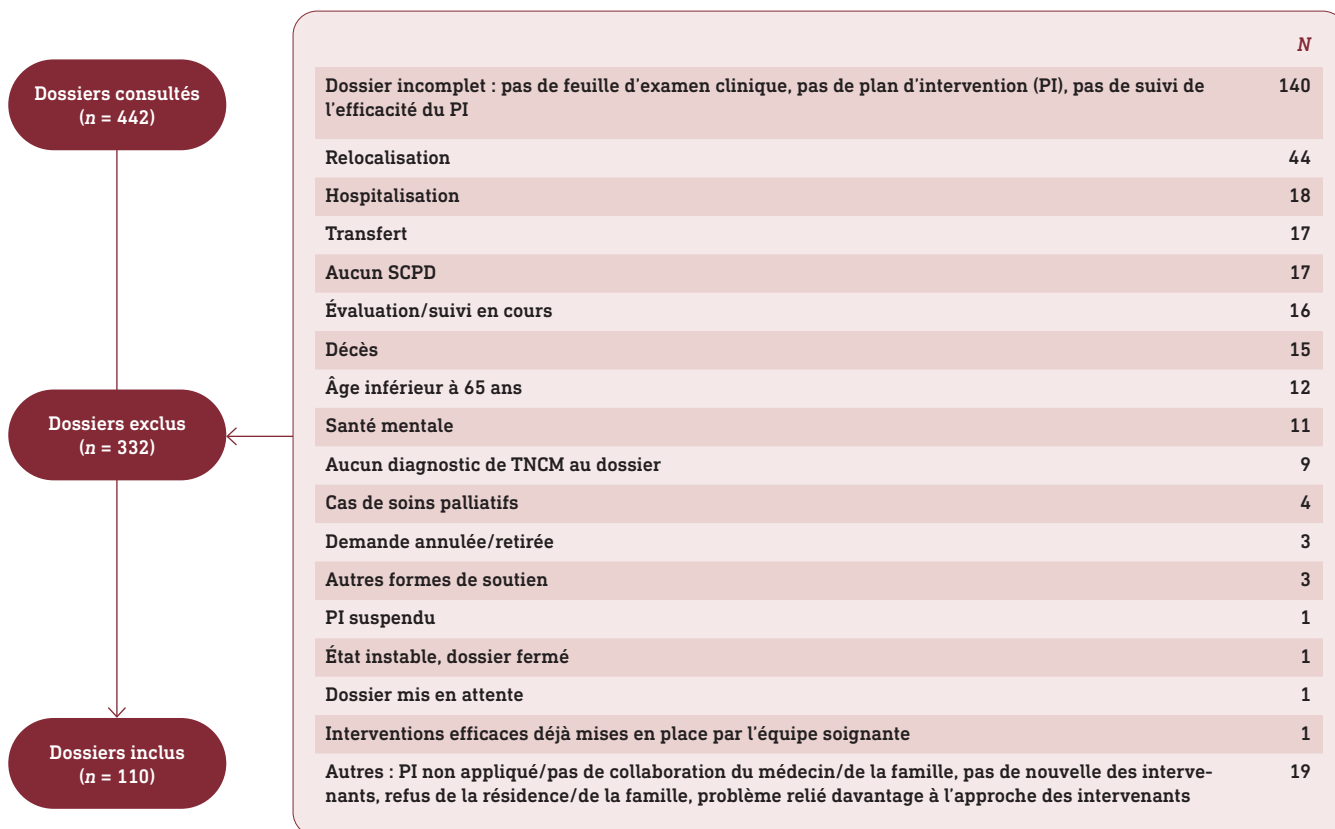
Avant de commencer la collecte de données, cet instrument a fait l'objet d'un prétest. Deux professionnels l'ont exécuté à partir de trois dossiers choisis de façon aléatoire. Les données ont ensuite été comparées pour s'assurer de leur similarité. En cas de divergences, l'instrument a été modifié. Le prétest a ainsi permis de vérifier la clarté de l'instrument et de confirmer sa facilité d'utilisation ainsi que la validité de son contenu.

Les formulaires d'évaluation et de suivi qu'utilise l'équipe de mentorat réfèrent à l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) et à l'Inventaire neuropsychiatrique de Cummings (INC), deux outils validés pour cette clientèle. Les interventions décrites dans les plans d'intervention ont aussi été notées.

Collecte et analyse de données

Les données sociodémographiques des participants (âge, sexe, résidence, et état civil) proviennent de leurs dossiers (**Tableau 1**), de même que celles sur leur état de santé (type de TNCM et de SCPD) et leur médication prescrite. Les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ appliquent une démarche systématique et rigoureuse pour chaque patient. Elles utilisent les mêmes formulaires tant pour les évaluations que pour les plans d'intervention. Les dossiers consignent toutes des données cliniques. L'instrument de mesure a donc pu être achevé uniquement à partir des données contenues dans les dossiers.

Figure 1
PROCESSUS DE SÉLECTION DE L'ÉCHANTILLON



Le logiciel SAS pour Windows a servi aux analyses statistiques. Des analyses descriptives simples (moyenne et écart-type) et comparatives ont été réalisées pour répondre aux questions de recherche (tableau de fréquence, Test de t de Student).

RÉSULTATS

Au total, 110 dossiers sur 442 ont été inclus dans ce projet de recherche (**Figure 1**). L'âge moyen des participants est de 82 ans. L'échantillon se compose principalement de femmes (66 %). La résidence privée pour aînés (42 %) et le centre d'hébergement (39 %) sont les deux principaux milieux de vie. La maladie d'Alzheimer (60 %) représente la principale forme de TNCM chez les participants. Parmi les symptômes comportementaux, l'agitation et l'agressivité sont les principaux SCPD déterminés (85 % pour chacun). L'anxiété (68 %) est le principal symptôme psychologique décelé suivi de l'irritabilité et l'instabilité de l'humeur (57 %) (**Tableau 2**). Concernant la médication psychotrope, 75 % des participants consommaient un antipsychotique, 61 % un antidépresseur et 43 % des benzodiazépines.

RÉPONSES AUX QUESTIONS DE RECHERCHE

Quelles causes biopsychologiques l'examen clinique infirmier a-t-il révélées?

L'examen clinique a indiqué au moins une cause chez chacun des participants. Les signes d'anxiété, la douleur, l'isolement social ou l'ennui ou le besoin de contacts sociaux, la personnalité prémorbide ou un événement biographique significatif, les signes de dépression, l'instabilité physiologique et la déshydratation sont les causes les plus fréquemment repérées.

Quelles sont les interventions à entreprendre en fonction des causes biopsychologiques repérées lors de l'examen clinique?

À la suite de l'identification des causes biopsychologiques, les infirmières ont planifié des interventions qui ont réduit efficacement la fréquence des SCPD. Ainsi, les symptômes ont diminué de 29 % selon l'Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) et de 70 % selon l'Inventaire neuropsychiatrique de Cummings (INC) (**Tableau 3**).

Tableau 3
EFFICACITÉ DES INTERVENTIONS À L'AIDE DU IACM¹ ET DU INC² (N = 110)

VARIABLES	MOYENNE (ÉCART-TYPE)	DIFFÉRENCE MOYENNE	% DE RÉDUCTION	VALEUR DU T	P
IACM avant	53,6 (15)				
IACM après	38 (9,4)				
		-15,6	29	-14,3	< 0,0001
INC avant	33,2 (16,6)				
INC après	10 (9,3)				
		-23,0	70	-15,8	< 0,0001

1 Inventaire d'agitation de Cohen-Mansfield (IACM) : *Cohen-Mansfield Agitating Inventory (CMAI)*

2 Inventaire neuropsychiatrique de Cummings (INC) : *Neuropsychiatric Inventory (NPI)*

Tableau 2
LES CAUSES BIOPSYCHOLOGIQUES REPÉRÉES LORS DE L'EXAMEN CLINIQUE INFIRMIER

CATÉGORIE D'EXAMEN	PRINCIPALES CAUSES	N (110)	%
Examen de l'état mental	Signes d'anxiété	75	68
	Signes de dépression	47	43
	Problèmes perceptuels	25	23
Évaluation des problèmes de santé	Douleur	55	50
	Isolement social/ennui/besoin de contacts sociaux	55	50
Signes vitaux (SV)	Instabilité physiologique	46	42
Examen abdominal	Signes de déshydratation	40	36
Autres	Personnalité prémorbide ou événement biographique significatif	55	50
	Communication non adaptée/atteinte des fonctions langagières	37	34

Tableau 4
LES INTERVENTIONS ASSOCIÉES AUX CAUSES BIOPSYCHOLOGIQUES

PRINCIPALES CAUSES REPÉRÉES	INTERVENTIONS FRÉQUENTES	N	%
Signes d'anxiété	Diversions	51	68
	Communication optimale ¹	39	52
	Massage des mains	38	51
Douleur	Démarches médicales ²	51	93
	Interventions de gestion de la douleur/inconfort	43	78
	Musicothérapie	12	22
Isolement social/ennui/besoin de contacts sociaux	Thérapie occupationnelle/activités de loisirs	45	82
	Séances d'exercices/activités physiques	24	44
	Écoute active adaptée	13	24
Personnalité prémorbide ou événement biographique significatif	Communication optimale	34	62
	Renforcement différentiel	19	35
	Stratégies décisionnelles	15	27
Signes de dépression	Démarches médicales	41	87
	Thérapie de réminiscence	34	72
	Thérapie occupationnelle/activités de loisirs	14	30
Instabilité physiologique	Démarches médicales	46	100
Signes de déshydratation	Programme d'hydratation	31	78
	Application de crème hydratante	22	55
Communication non adaptée/atteinte des fonctions langagières	Communication optimale	26	70
	Recadrage	16	43
	Écoute active adaptée	13	35
Problèmes perceptuels	Validation	24	96
	Diversions	6	24

¹ Toute approche visant à respecter les principes de communication de base, par exemple se présenter à chaque fois, ne pas confronter, utiliser un vocabulaire simple, ne pas solliciter la mémoire, etc.

² Toute démarche visant à obtenir du médecin qu'il examine la cause ou évalue la possibilité d'introduire une molécule pour la corriger.

Parmi ces interventions, les plus fréquentes sont la communication optimale (86 %), les démarches médicales (77 %), la diversion (69 %), le renforcement différentiel (68 %), les interventions de gestion de la douleur ou de l'inconfort (65 %) et la thérapie occupationnelle ou les activités de loisirs (58 %). Le **Tableau 4** indique les trois interventions les plus souvent planifiées selon la cause déterminée par l'examen clinique infirmier.

DISCUSSION

Cette étude démontre que l'examen clinique infirmier est essentiel à une prise en charge efficace des SCPD. Les causes les plus fréquentes sont aussi celles répertoriées le plus souvent par la littérature comme étant des causes sous-jacentes aux SCPD (Cohen-Mansfield et al., 2015; Kales, Gitlin et Lyketsos, 2015; Malara et al., 2016; Mjørud et al., 2017; Orgeta et al., 2014; Zielin et McCabe, 2016). En effet, l'anxiété, la douleur, l'isolement social, l'ennui ou le besoin de contacts sociaux sont des causes bien connues des SCPD. Il ne faut pas non plus négliger les signes de dépression, d'instabilité physiologique et de déshydratation qui s'avèrent être d'autres causes fréquentes. En fait, les SCPD sont un phénomène complexe aux causes multifactorielles.

La validité des observations issues de l'examen clinique infirmier est appuyée par le fait que les interventions planifiées, concernant les causes repérées, ont permis de réduire de façon importante la fréquence des SCPD. Déterminer les causes de ces symptômes est essentiel à la planification des interventions thérapeutiques, tel que le propose le modèle d'Algase (1996) et le démontrent plusieurs essais cliniques (Cohen-Mansfield, Libin, et Marx, 2007; Cohen-Mansfield et al., 2012).

Toutefois, la plupart des études se limite aux interventions non pharmacologiques et ne traite pas, ou peu, de l'importance de combiner ces interventions avec les causes des SCPD. De plus, elles ciblent souvent une seule intervention pour une seule catégorie de symptômes, bien que les causes soient multifactorielles (Rey, 2014). D'ailleurs, la présente étude démontre la variété des causes des SCPD.

Autre point, les interventions planifiées par les infirmières de l'équipe de mentorat s'appuient sur les lignes directrices québécoises (CCSMPA, 2006, 2014; MSSS, 2014a). Ces infirmières n'utilisent pas un modèle de pratique dit « d'essai-erreur ». À titre d'exemple, face à l'ennui, les lignes directrices recommandent

des activités occupationnelles. Face à des problèmes perceptuels, elles rappellent l'importance de la validation. Ainsi, les interventions planifiées par les infirmières concordent avec les recommandations et témoignent de l'approche scientifique de leur pratique.

LIMITES ET FORCES DE L'ÉTUDE

Les résultats de cette recherche sont basés sur les données consignées dans les dossiers de patients pris en charge par les infirmières de l'équipe de mentorat du CEVQ. Toutefois, les pratiques cliniques de ces infirmières ne peuvent être généralisées à celles de toutes les infirmières du Québec. Il s'agit donc d'une limite. En plus, aucune observation directe n'a été effectuée dans le cadre de cette étude. Enfin, certaines données sont peut-être absentes à cause d'une sous-documentation.

Les infirmières de l'équipe de mentorat ont suivi une formation rigoureuse. Tous les outils (formulaires, instruments de mesure) utilisés ont été validés. Mieux encore, le fait qu'elles s'en soient servies accorde de la crédibilité aux résultats de l'étude.

EN CONCLUSION

Cette étude met en perspective l'importance du rôle de la profession infirmière dans la prise en charge des SCPD. Ses résultats appuient la qualité de la pratique infirmière, démontrent la validité de leur examen clinique et soutiennent les postulats du modèle des besoins compromis (Algase et al., 1996). Ce modèle, tout comme les lignes directrices (CCSMPA, 2006, 2014; MSSS, 2014a), se fondent sur la prémisse selon laquelle les SCPD résultent d'une combinaison de causes sous-jacentes qu'il faut chercher à découvrir. Elles sont environnementales, interactionnelles et biopsychologiques. Dans tous les cas étudiés (100 %), au moins une cause biopsychologique a été identifiée attestant ainsi la pertinence de réaliser l'examen clinique infirmier en présence de SCPD. ●

À LA RECHERCHE DE NOUVEAUX DÉFIS?

*La Côte-Nord, c'est 272 290 km² d'espace pour vos passions, vos ambitions et surtout... **votre vie!***

Temps complet disponible dans plusieurs secteurs d'activité!

www.cissscn.com

- Soutien au logement
 - Primes de rétention ou d'isolement *
 - Frais de déménagement inclus *
- * *Applicables dans certains territoires*

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

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

LES AUTEURS

LALLA MARIAM HAÏDARA
M. Sc.

Conseillère en soins-volet soutien à domicile à la Direction des soins infirmiers et de la santé physique du CIUSSS de la Capitale-Nationale et formatrice SCDP à ce même CIUSSS.

PHILIPPE VOYER
Ph. D.

Professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval et chercheur au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ).

PIERRE-HUGUES CARMICHAEL
M. Sc.

Biostatisticien au Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec (CEVQ).

RÉFÉRENCES

Alga, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K. et Beattie, E. (1996). «Need-driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior». *American Journal of Alzheimer's Disease*, 11(6), 10-19.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). (2006). «Lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)». Toronto: CCSMPA.

Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées (CCSMPA). (2014). «Mise à jour des lignes directrices nationales. La santé mentale de la personne âgée. Évaluation et prise en charge des problèmes de santé mentale en établissements de soins de longue durée (particulièrement les troubles de l'humeur et du comportement)». Toronto: CCSMPA.

Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali, M., Marx, M. S., Thein, K. et Regier, N. G. (2015). «Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia?». *Psychiatry Research*, 228(1), 59-64.

Cohen-Mansfield, J., Libin, A. et Marx, M. S. (2007). «Nonpharmacological treatment of agitation: A controlled trial of systematic individualized intervention». *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(8), 908-916.

Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., Dakheel-Ali, M. et Freedman, L. (2012). «Efficacy of nonpharmacological interventions for agitation in advanced dementia: A randomized, placebo-controlled trial». *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(9), 1255-1261.

Draper, B., Brodaty, H. et Finkel, S. (2012). «The IPA complete guides to BPSD-specialists guide». International Psychogeriatric Association (IPA).

Finkel, S. I., Costa e Silva, J., Cohen, G., Miller, S. et Sartorius, N. (1996). «Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: A consensus statement on current knowledge and implications for research and treatment». *International Psychogeriatrics*, 8(Suppl. 3), 497-500.

Gagné, C. et Voyer, P. (2013). «Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence: qu'en savons-nous?». *Perspective infirmière*, 10(4), 36-39.

Gerlach, L. B. et Kales, H. C. (2018). «Managing behavioral and psychological symptoms of dementia». *Psychiatric Clinics*, 41(1), 127-139.

Institut de la statistique du Québec. (2019). «Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2016-2066». Québec. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2016-2066.pdf>

Kales, H. C., Gitlin, L. N. et Lyketsos, C. G. (2015). «Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia». *British Medical Journal*, 350(7), h369.

Landreville, P., Voyer, P. et Carmichael, P.-H. (2013). «Relationship between delirium and behavioral symptoms of dementia». *International Psychogeriatrics*, 25(4), 635-643.

Malara, A., De Biase, G. A., Bettarini, F., Ceravolo, F., Di Cello, S., Gara, M., ... Spadea, F. (2016). «Pain assessment in elderly with behavioral and psychological symptoms of dementia». *Journal of Alzheimer's Disease*, 50(4), 1217-1225.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014a). «Approche non pharmacologique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence». Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-06W.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2014b). «Processus clinique visant le traitement des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence». Québec: MSSS. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-829-05W.pdf>

Mjørud, M., Engedal, K., Røsvik, J. et Kirkevold, M. (2017). «Living with dementia in a nursing home, as described by persons with dementia: A phenomenological hermeneutic study». *BMC Health Services Research*, 17(1), 93.

Orgeta, V., Qazi, A., Spector, A. E. et Orrell, M. (2014). «Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment». *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1).

Rey, S. (2014). «Description du processus de prise en charge des symptômes comportementaux et psychologiques de la démence par des infirmières [mémoire de maîtrise]». Québec: Université Laval. Récupéré d'Archimède [l'archive de publications électroniques de l'Université Laval]: <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/25615?locale=fr>

Sampson, E. L., White, N., Lord, K., Leurent, B., Vickerstaff, V., Scott, S. et Jones, L. (2015). «Pain, agitation, and behavioural problems in people with dementia admitted to general hospital wards: A longitudinal cohort study». *Pain*, 156(4), 675-683.

Zielin, S. et McCabe, M. (2016). «Exploring the relationship between premorbid personality and dementia-related behaviors». *Journal of Gerontological Nursing*, 42(1), 40-48. Repéré à <https://doi.org/10.3928/00989134-20151008-77>



Le CHSLD Saint-Lambert sur-le-Golf

recrute

Infirmier(ière)s infirmier(ière)s auxiliaires

Ambiance familiale • Augmentation salariale annuelle • Congés fériés et maladie • Horaires stables • Assurances collectives • Programme de remboursement d'uniformes • Clientèle stable • Un repas par quart de travail • Équipement à la fine pointe de la technologie • Stationnement offert.

Engagez-vous auprès de nos aînés ! **Postulez dès maintenant**

450 672-3975

chsl_d_rh@residencessoleil.ca

555 Tiffin, Saint-Lambert

Les Résidences Soleil sont fières d'inclure depuis 15 ans le CHSLD dans leur famille. Il s'agit du 1^{er} partenariat public-privé (PPP) d'envergure au Québec, un fleuron de l'industrie de la santé permettant de désengorger le système et de faire une économie de 100 millions sur 25 ans aux Québécois.



À TOUS LES TRAVAILLEURS DE LA SANTÉ

SINCÈREMENT MERCI

VOTRE EXPERTISE EST IRREMPLAÇABLE

OFFREZ-VOUS LA
QUALITÉ DE VIE
QUE VOUS MÉRITEZ

POSTULEZ DÈS MAINTENANT!

OBTENEZ UNE PRIME SI VOUS CHANGEZ D'AGENCE
OU SI VOUS RÉFÉREZ DU PERSONNEL.*

CODEBLEU.CA

cv@codebleu.ca

1-877-343-BLEU

Télécopieur : 1-866-532-8281



PLACEMENT EN SANTÉ



*Certaines conditions s'appliquent.
Numéro de permis : AP-2000016



Les positions qui soulagent la douleur et facilitent l'accouchement

Les écrits sont unanimes. Les femmes qui accouchent doivent être encouragées à bouger et à marcher, et à adopter diverses positions pendant le travail et l'accouchement (ASPC, 2018). Les changements fréquents de position ont plusieurs avantages : ils influencent le processus d'adaptation physiologique de la parturiente, diminuent la durée du premier stade du travail, améliorent sa circulation sanguine, soulagent sa fatigue, augmentent son confort et lui donnent du pouvoir (Lowdermilk, 2018).

par **VÉRONIQUE LAROUCHE**, inf., M. Sc. et **MARIE-JOSÉE MARTEL**, inf., Ph. D.

De plus en plus d'auteurs appuient les approches non pharmacologiques non seulement parce qu'elles soulagent la douleur de la parturiente, mais également parce qu'elles réduisent le recours aux interventions obstétricales. Toutes les positions confortables n'entraîneront aucune séquelle ni pour la parturiente, ni pour son enfant à naître (Bonapace et al., 2018).

Les femmes qui accouchent devraient avoir été informées des avantages des positions à la verticale et encouragées à les adopter (Zwelling, 2010). Dans une récente publication de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), les auteurs recommandent aux milieux de soins de favoriser la liberté de mouvement des parturientes : « Laisser les femmes circuler et changer de position comme bon leur semble pendant le travail et l'accouchement. Éviter les interventions obstétricales qui limitent leur mobilité. » (Bonapace et al., 2018).

Dans certains centres pourtant, les pratiques et procédures n'encouragent pas la mobilité des femmes en travail. La position gynécologique lors de la poussée demeure encore à ce jour une pratique prédominante, position traditionnellement adoptée parce qu'elle facilite la surveillance fœtale et les examens vaginaux lors de l'accouchement. À moins que cette pratique soit indiquée pour des raisons médicales, l'ASPC (2018) suggère de l'abandonner, car elle ne facilite ni la liberté de mouvement ni les changements de position de la parturiente.

L'ACCOMPAGNEMENT

Les soins durant le processus d'accouchement nécessitent une compréhension de la physiologie du travail et de la naissance, en plus de requérir des connaissances et des compétences pour soutenir la parturiente (ASPC, 2018). Parmi les professionnels de la santé, l'infirmière est celle qui accompagne la femme en travail et qui l'assiste lors de ses changements de position. Ainsi, elle l'aide à adopter des positions qui favorisent la descente du bébé et l'accouchement physiologique, tout en prévenant une dystocie du travail.

Selon Leduc, Biringer, Lee et Dy (2013), « la dystocie du travail est définie comme une progression lente ou absente, généralement quantifiée comme une dilatation du col de l'utérus inférieure à 0,5 cm/heure sur quatre heures ou une absence de descente fœtale à la suite d'une poussée active d'une heure pendant le deuxième stade du travail ». La dystocie est associée à un risque accru d'infections, de stress et d'hémorragie post-partum. Elle est l'indication la plus fréquente pour recourir à une césarienne (ASPC, 2018).

L'infirmière est à l'écoute de la parturiente. Elle porte une grande attention aux signaux qu'émet son corps pendant le processus de l'accouchement. Pour bien conseiller la femme en travail, l'infirmière doit connaître les avantages des différentes positions physiologiques et les actions à poser pour prévenir la dystocie. Ses gestes favorisent un processus

Tableau 1
LES 4 P POUR OPTIMISER LE TRAVAIL PHYSIOLOGIQUE ET PRÉVENIR LA DYSTOCIE

LES 4 P	DÉFINITION	ACTIONS INFIRMIÈRES
Puissance	La <i>puissance</i> fait référence à la qualité, la fréquence, la force et la durée des contractions	• L'infirmière est sensible aux signes, évidents ou subtils, de l'avancement du travail. • Des contractions efficaces provoquent une dilatation du col et améliorent l'attitude et la position du fœtus. Par conséquent, l'infirmière encourage la parturiente à rester mobile, à adopter différentes positions et à prendre d'autres mesures de modulation de la douleur. • Les positions à la verticale ont des effets positifs sur la qualité des contractions. L'infirmière doit donc les prioriser.
Passager	Le <i>passager</i> fait référence au fœtus – sa position, son attitude, sa taille et son anatomie gonococcique néonatale	• Si le fœtus n'est pas engagé dans le bassin à cause d'un manque de contractions utérines, l'infirmière suggère l'adoption de positions à la verticale pour augmenter la fréquence, la force et la durée des contractions. • Elle encourage les positions qui maximisent la taille et la mobilité du bassin pour faciliter la descente, la rotation et la naissance du fœtus. • Le changement fréquent de position offre des conditions favorables à la descente et à l'engagement du fœtus. L'infirmière doit donc les prioriser.
Passage	Le <i>passage</i> fait référence à la structure pelvienne maternelle et aux tissus mous	• L'infirmière encourage les positions maximisant la taille et la mobilité du bassin pour faciliter la progression du travail. • Une liberté de mouvement permet à la femme d'adopter diverses positions qui favorisent l'adaptation de son corps (structure, tissus) à l'accouchement physiologique.
Psyché	La <i>psyché</i> englobe la douleur de la femme, son anxiété et sa capacité à faire face à la situation	• C'est en occupant pleinement son rôle auprès des parturientes que l'infirmière, qui détient des connaissances, a un impact considérable et positif sur l'expérience de la femme qui accouche*. • L'infirmière tient compte des désirs de la parturiente et l'implique activement dans la prise de décisions. • Elle met tout en œuvre pour lui offrir un environnement favorable et protéger l'intimité du couple. Son soutien à la parturiente est au cœur de ses actions.

* Le premier article de cette série, intitulé « Le soutien infirmier pendant le travail et l'accouchement » (Pl, 2019, 16(3)) a principalement traité des connaissances et aptitudes requises pour améliorer l'expérience de la parturiente.

Sources : Leduc et al., 2013; Lee, Dy et Azzam, 2016.

physiologique naturel. L'infirmière travaille dans le respect et au rythme du corps de la femme qu'elle accompagne.

LES INTERVENTIONS

Les interventions infirmières qui ont un impact sur le déroulement de l'accouchement se basent sur quatre éléments communément appelés les 4P : la Puissance, le Passager, le Passage et la Psyché (**Tableau 1**).

LES POSITIONS

La parturiente peut adopter de nombreuses positions pendant l'accouchement, qu'elle soit au premier ou au deuxième stade de son travail et qu'elle ait reçu ou non une péridurale.

Ces positions se répartissent en deux catégories : les positions dites à la verticale qui utilisent les effets de la gravité et les autres positions qui, au contraire, en diminuent les effets comme le fait d'être allongée, à quatre pattes ou penchée vers l'avant.

Seules les positions à la verticale sont abordées dans cet article. Il faut toutefois se rappeler que dans certaines conditions, les positions qui limitent les effets de la gravité peuvent s'avérer d'importantes alliées. L'infirmière qui détient ces connaissances les utilisera à bon escient.

En soutenant la parturiente, les infirmières posent de nombreuses actions liées aux changements de position, par exemple :

- l'encourager à bouger librement;
- l'informer des bénéfices des positions à la verticale;
- lui suggérer différentes positions à la verticale pour lui procurer confort et soulagement;
- lui offrir un environnement et des accessoires facilitant l'adoption de différentes positions;
- l'assister pour qu'elle puisse se placer en position désirée;
- évaluer la sensibilité et la mobilité de ses membres inférieurs lorsqu'elle est sous péridurale;

- inciter le partenaire ou les personnes significatives présentes à jouer un rôle en l'aidant à changer de position;
- de façon générale, encourager, faciliter et combiner des méthodes non pharmacologiques de modulation de la douleur.

Il est souhaitable que les changements de position aient lieu à un intervalle de quinze à vingt minutes. Toutefois, le respect du resenti et du désir de la parturiente doit primer.

En se basant sur son expérience, ses connaissances et sur le lien unique développé avec la femme en travail, l'infirmière saura détecter le bon moment pour un changement de position. Pour renforcer la bulle d'intimité de la parturiente, il est parfois préférable de la laisser dans une même position pendant une quarantaine de minutes.

Par ailleurs, même si la position dans laquelle la parturiente est placée lui est inconfortable, l'infirmière peut lui proposer de garder cette position le temps de quelques contractions. En effet, le corps a parfois besoin de quelques minutes pour apprivoiser une nouvelle position. Si l'inconfort persiste, un changement de position sera indiqué. Ici, le jugement clinique de l'infirmière prend tout son sens.

Il importe de connaître les avantages des positions à la verticale (**Encadré 1**). Toutes ces positions, soit debout, à genoux, accroupie et assise, ont des spécificités qui détermineront leur pertinence (**Tableaux 2 à 5**).

Ainsi, l'infirmière suggère l'une de ces positions selon la condition de la parturiente, la progression du travail et les objectifs recherchés.

La position debout

Après évaluation par l'infirmière, la parturiente, qu'elle soit ou non sous péridurale, peut se mettre en position debout. Elle peut s'appuyer sur un partenaire ou une personne significative, sur le rebord du lit ou sur la

table de chevet, ou encore sur des barres fixées aux murs de sa chambre, du corridor ou de la salle de bain. Elle peut se servir de l'arceau de son lit ou d'un système de suspension. Elle peut aussi s'adosser ou s'appuyer sur un ballon de naissance. Elle peut marcher dans les corridors, danser si ça lui chante et monter des escaliers.

La position à genoux

Après évaluation par l'infirmière, la parturiente, qu'elle soit ou non sous péridurale, peut se mettre en position à genoux. Elle peut s'appuyer sur un partenaire ou une personne significative, sur le dossier ou le rebord du lit, sur une chaise, ou encore sur des barres fixées aux murs de sa chambre ou de la salle de bain, dans la baignoire ou dans la douche. Elle peut se servir de l'arceau de son lit ou d'un système de suspension. Elle peut s'agenouiller par terre et s'appuyer sur des oreillers ou un ballon de naissance.

La position accroupie

Après évaluation par l'infirmière, la parturiente, qu'elle soit ou non sous péridurale, peut se mettre en position accroupie. Elle peut s'appuyer sur un partenaire ou une personne significative, sur un ballon de naissance déposé dans le lit ou au sol, sur le dossier ou le rebord du lit, sur une chaise, ou encore sur des barres fixées aux murs de sa chambre ou de la salle de bain, dans la baignoire ou dans la douche. Elle peut se servir de l'arceau de son lit ou d'un système de suspension.

La position assise

Après évaluation par l'infirmière, la parturiente, qu'elle soit ou non sous péridurale, peut se mettre en position assise. Elle peut alors s'appuyer sur son partenaire ou une personne significative, sur un ballon, un banc de naissance, un lit, une chaise; elle peut s'installer dans la chambre ou la salle de bain, dans la baignoire ou la douche, ou encore sur la toilette, dans un sens ou dans l'autre. Elle peut aussi se suspendre.

Encadré 1

LES AVANTAGES DES POSITIONS À LA VERTICALE

Optimisent les effets de la gravité.

Favorisent le cycle des contractions utérines en haussant la sécrétion d'ocytocine.

Facilitent la descente et la rotation du fœtus.

Augmentent la pression sur le col de l'utérus de façon à stimuler son effacement et sa dilatation.

Favorisent un plus grand diamètre du bassin et le bon alignement du fœtus.

Diminuent la douleur.

Améliorent la circulation fœto-maternelle et l'oxygénation fœtale.

Réduisent le temps de travail.

Diminuent les traumatismes périnéaux.

Réduisent le temps du deuxième stade du travail.

Diminuent le taux d'épisiotomies.

Diminuent les accouchements assistés.

Retardent le recours aux analgésiques ou à l'anesthésie.

Sources : Gupta, Sood, Hofmeyr et Vogel, 2017; Simkin, Hanson et Ancheta, 2017.

Tableau 2
LA POSITION DEBOUT

EXEMPLES	SPÉCIFICITÉS	CIRCONSTANCES	ACTIONS INFIRMIÈRES À PRIVILÉGIER
 	• Optimise les effets de la gravité. • Peut augmenter la fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines. • Offre une liberté de mouvement (marcher, balancer, danser). • Favorise la rotation du fœtus. • Diminue la douleur au bas du dos. • Permet un meilleur alignement du fœtus dans le bassin. • Améliore l'oxygénation fœtale. • Réduit la durée du travail. • Diminue les traumatismes périnéaux. • Maximise la taille et la mobilité du bassin. • Peut causer de la fatigue.	• La position debout offre une liberté de mouvement qui permet de marcher, de se balancer, de danser, de s'appuyer sur le lit, sur le ballon ou sur son partenaire, ou bien de se suspendre à l'aide de l'arceau du lit ou d'un système de suspension. • Les parturientes peuvent adopter la position debout à n'importe quel moment du travail et de l'accouchement, pour autant qu'elles soient confortables et que la sensibilité et la mobilité de leurs membres inférieurs ne soient pas trop atténuées par l'anesthésie péridurale. • En général, elles préfèrent être debout au début du travail alors qu'elles ne sont pas trop souffrantes et acceptent de sortir de leur chambre. Plus le travail avance, plus elles ont tendance à s'isoler, à réduire la marche et à s'accroupir. • Si le travail ne progresse pas normalement – contractions non optimales, fœtus non engagé, absence de dilatation du col –, la position debout est suggérée. Elle n'empêche ni les auscultations intermittentes, ni le monitoring fœtal. • La position debout a aussi l'avantage de libérer entièrement le ventre et le dos, ce qui permet un large éventail de moyens de modulation de la douleur tels que l'application de chaleur et de fraîcheur, de points de pression et de massages.	• L'infirmière doit participer activement à la mise en pratique des positions choisies. Elle donne un enseignement au partenaire ou à une personne significative. Elle encourage la parturiente à se mouvoir au rythme de ses contractions et à moduler sa respiration. Elle l'invite à être à l'écoute de ce qu'elle ressent afin de déterminer si elle désire ou non continuer à se mouvoir lors de ses contractions. • Ainsi, l'infirmière peut aider la parturiente à écouter son ressenti. Par exemple, l'encourager à s'immobiliser pendant une contraction, à s'accroupir, à respirer profondément et à faire des mouvements du bassin. Elle peut l'inciter à sortir de sa chambre et à circuler, l'accompagner dans ses déplacements et la soutenir lors de ses contractions.

Tableau 3
LA POSITION À GENOUX

EXEMPLES	SPÉCIFICITÉS	CIRCONSTANCES	ACTIONS INFIRMIÈRES À PRIVILÉGIER
  	• Libère le bas du dos et le sacrum. • Favorise l'ouverture du bassin. • Diminue les douleurs au bas du dos. • Facilite l'efficacité des contractions utérines et la progression du travail. • Offre une liberté de mouvement. • Peut causer de la fatigue.	• Les parturientes peuvent adopter la position à genoux à n'importe quel moment du travail et de l'accouchement, pour autant qu'elles soient confortables et que la sensibilité et la mobilité de leurs membres inférieurs ne soient pas trop atténuées par l'anesthésie péridurale. • À mesure que le travail progresse, elles vont instinctivement chercher à se rapprocher du sol. Il est donc naturel qu'elles se mettent spontanément à genoux dès qu'elles ne savent plus comment se positionner.	• L'infirmière doit s'assurer du confort de la parturiente, par exemple en plaçant des oreillers sous ses genoux. Un oreiller ou un coussin de corps peuvent également être mis sous ses fesses. La parturiente doit pouvoir s'appuyer et se reposer entre les contractions. • La position à genoux dégage le dos. L'infirmière peut proposer l'application de chaleur ou de fraîcheur sur le bas du dos et sur l'abdomen, tout comme l'utilisation de points de pression et de massages, et ce, en impliquant le partenaire ou la personne significative.

Tableau 4
LA POSITION ACCROUPIE

EXEMPLES	SPÉCIFICITÉS	CIRCONSTANCES	ACTIONS INFIRMIÈRES À PRIVILÉGIER
	- Libère les tensions au bas du dos et au bassin. - Permet au bassin de bouger librement. - Offre une liberté de mouvement. - Utilise les effets de la gravité. - Facilite la descente du fœtus. - Peut augmenter la fréquence, l'intensité et la durée des contractions utérines. - Est une position physiologique de poussée. - Accentue la pression au niveau du plancher pelvien et peut provoquer hémorroïdes et varices. - Demande beaucoup d'efforts.	- Les parturientes peuvent adopter la position accroupie à n'importe quel moment du travail et de l'accouchement, pour autant qu'elles soient confortables et que la sensibilité et la mobilité de leurs membres inférieurs ne soient pas trop atténuées par l'anesthésie péridurale. - En général, les parturientes s'accroupissent instinctivement au fur et à mesure que le travail avance, puisque c'est une position de poussée physiologique. Dans les moments précédant l'accouchement, l'infirmière peut suggérer cette position.	- La position accroupie provoque une forte pression sur le plancher pelvien et peut être inconfortable pour les parturientes ayant des hémorroïdes ou des varices. L'infirmière peut recommander son alternance avec d'autres positions. - La position accroupie dégageant le dos, elle est propice à l'application de compresses chaudes ou froides, de massages et de points de pression impliquant le partenaire ou la personne significative. - Si, comme le suggère l'infirmière, la parturiente adopte la position accroupie dans les moments précédant l'accouchement, il est judicieux de demander à son partenaire de se placer derrière elle non seulement pour lui apporter un support physique, mais également pour qu'elle bénéficie des effets hormonaux issus de la bulle d'intimité.

Tableau 5
LA POSITION ASSISE

EXEMPLES	SPÉCIFICITÉS	CIRCONSTANCES	ACTIONS INFIRMIÈRES À PRIVILÉGIER
	- Tire avantage des effets de la gravité en aidant la descente du fœtus. - Facilite la respiration. - Augmente la pression sur le rectum et le périnée. - Diminue la pression au niveau du sacrum. - Libère le bassin et permet des mouvements, des balancements et des bonds. - Augmente la pression du fœtus sur le col de l'utérus. - Peut causer de la fatigue.	- Les parturientes peuvent adopter la position assise à n'importe quel moment du travail, pour autant qu'elles soient confortables. Cette position permet l'auscultation intermittente et le monitoring fœtal. - Encore aujourd'hui, l'aménagement physique des chambres invite les parturientes à s'asseoir sur le lit ou le fauteuil, alors que ni l'un ni l'autre ne devraient en être les points centraux. En effet, un accent plus important devrait être mis sur les ballons, les coussins et le matériel de suspension. - La position assise sur la cuvette de la toilette, le visage vers le réservoir, peut se révéler une excellente option en fin de travail. - Elle permet une vidange sans gêne d'urine et de selles, offre un appui sur le dossier ou le réservoir et constitue un lieu réduit rassurant.	- L'infirmière doit inviter la parturiente à se mouvoir. Elle l'encourage à faire des mouvements du bassin et à respirer au rythme de ses contractions. Elle lui suggère de s'appuyer entre les contractions pour se reposer et reprendre de l'énergie. Si la parturiente est fatiguée, l'infirmière lui propose de s'asseoir, préférablement sur la toilette, le ballon, la galette ou sur le banc de naissance, notamment parce qu'ils permettent une mobilité du bassin. - La galette est un accessoire rond d'un diamètre d'une trentaine de centimètres. La parturiente peut s'asseoir dessus ou la mettre sous ses genoux afin de maintenir sa mobilité ou adopter différentes positions. Elle peut être utilisée lorsqu'une poussée en position gynécologique est indiquée ou lors d'une séance dans le bain. - Comme la position assise dégage le dos, l'infirmière peut proposer des moyens de soulagement de la douleur.

Encadré 2

L'ACCOUCHEMENT DE LAURENCE

Laurence, âgée de 33 ans, est enceinte de 38 semaines. Elle est accompagnée par son partenaire Dany. Il s'agit de sa première grossesse. Elle a été admise dans une chambre de naissance, il y a deux heures, après rupture des membranes. Son col est dilaté à 1 cm et est effacé à 50 %. Sa grossesse est sans particularité.

À votre arrivée, elle est assise sur le lit, souriante. Ses contractions sont aux 4 à 5 minutes. Elle évalue à 1 sa douleur sur une échelle de 0 à 10. À la palpation, l'utérus est souple lors de la contraction.

Approche à privilégier

Invitez Laurence à circuler dans le corridor (être debout, marcher, danser, monter des escaliers). Au début, vous l'accompagnez dans ses déplacements et vous en profitez pour lui faire visiter l'unité. Lors de ses contractions, vous lui proposez de continuer à circuler ou de s'arrêter pour s'appuyer sur Dany ou sur les barres fixées au mur. Vous l'encouragez à respirer lentement et à exercer un mouvement de balancement du bassin lors de ses contractions.

Laurence circule depuis 45 minutes dans le corridor. Elle décide d'aller s'asseoir sur son lit. Elle se dit fatiguée de marcher. Vous prenez ses signes vitaux et procédez à l'évaluation du bien-être fœtal. L'évaluation des contractions est la même.

Approche à privilégier

Proposez à Laurence de s'asseoir sur le ballon. Elle se reposera et vous serez en mesure de procéder à vos interventions. Vous pouvez même lui suggérer de s'appuyer sur le lit entre ses contractions afin de se détendre complètement. Vous pourriez demander à Dany de s'asseoir derrière elle et de lui caresser le dos et les cuisses entre les contractions après lui en avoir expliqué les bienfaits pour sa conjointe.

Vingt minutes plus tard, Laurence vous dit que les contractions se sont espacées aux 6 à 7 minutes. Elle évalue sa douleur à 4 sur une échelle de 0 à 10, ressentie sous la forme d'une brûlure au bas du ventre. À la palpation, le tonus demeure faible à modéré durant la contraction.

Approche à privilégier

Conseillez à Laurence de se mettre debout, en s'appuyant sur le bord du lit. Comme vous le lui avez montré, Dany s'installe derrière elle et exerce des points de pression et de l'effleurage sur le bas du dos entre les contractions. Il rappelle à Laurence de s'hydrater. Vous restez à proximité, car vous et Dany vous relayez pour effectuer les points de pression aux 3 à 4 minutes. Comme Laurence ressent de plus en plus ses contractions dans le bas du ventre, vous lui proposez des compresses chaudes sur l'abdomen, que Dany et vous appliquerez et réchaufferez en alternance.

Quarante-cinq minutes plus tard, Laurence ne vous parle plus. Elle est « dans sa bulle », émet des sons lors de ses contractions et s'accroupit instinctivement. Les contractions sont aux 2 à 3 minutes et de forte intensité.

Approche à privilégier

Proposez à Laurence de s'agenouiller au sol. Vous avez pris le soin de placer une couverture, des oreillers et sa couverture personnelle. Entre deux contractions, vous déposez un oreiller sous ses genoux. Vous proposez à Dany de s'asseoir sur un banc devant sa conjointe, de sorte qu'elle puisse s'appuyer sur lui et se sentir rassurée. Pendant ce temps, vous procédez à une auscultation du cœur fœtal et exercez des points de pression au dos de Laurence.

Vingt minutes plus tard, Laurence bouge beaucoup, elle ne semble pas savoir comment se positionner. Elle se crispe à chaque contraction. Elle vous dit qu'elle n'en peut plus. Les contractions sont très rapprochées, aux 1 à 2 minutes. Son col est à 5 cm de dilatation et effacé à 90 %.

Approche à privilégier

Proposez à Laurence d'aller aux toilettes. Vous demandez à Dany de l'y accompagner. Vous leur avez préalablement expliqué les avantages de cet endroit. Vous suggérez à Laurence de s'asseoir à contresens sur la cuvette de façon à faire face au réservoir. Vous posez un oreiller sur le dossier et invitez Laurence à s'y appuyer entre les contractions. Vous tamisez les lumières.

Lors de ses premières contractions, Laurence est inconfortable et bouge beaucoup. Vous vous agenouillez à ses côtés. Vous profitez de sa prochaine contraction pour respirer tout doucement à son oreille tout en l'encourageant. Vous demandez à Dany de faire la même chose pendant les prochaines contractions. Vous posez des compresses chaudes au bas du dos de Laurence et des compresses fraîches au niveau de son cou et de son visage. Vous l'encouragez à effectuer des mouvements avec son bassin durant des contractions. Laurence est de nouveau « dans sa bulle ». Elle émet des sons très forts lors des contractions et devient complètement détendue entre celles-ci.

Selon vos observations, Laurence émet des sons plus graves après une heure assise sur la toilette. Elle fait même des efforts expulsifs. Entre deux contractions, vous lui proposez de s'asseoir sur une couverture au sol ou encore de rester debout selon sa préférence. Vous effectuez un examen du col et constatez qu'il est complètement dilaté. Vous expliquez au couple que l'arrivée du bébé est imminente et accompagnez Laurence au lit afin qu'elle puisse s'accroupir à l'aide du dossier du lit et accoucher dans cette position.

EN CONCLUSION

Les unités des naissances devraient encourager la mobilisation des parturientes en offrant des équipements et des accessoires qui facilitent le travail et la surveillance effectués par les infirmières, par exemple des moniteurs sans fil et submersibles, des coussins de corps, des bancs de naissance, des systèmes de suspension et des ballons de différents modèles et de différentes tailles. L'infirmière joue un rôle primordial auprès de la parturiente en l'encourageant à adopter des positions utilisant la gravité et en impliquant la personne qui l'accompagne. L'infirmière occupe une place privilégiée auprès des parturientes et de leur partenaire pendant le travail et l'accouchement. Elle utilise ses connaissances, son jugement clinique et son ressenti, combiné à celui de la parturiente, pour optimiser un accompagnement physiologique et contribuer à une expérience unique (Encadré 2). ●

LES AUTEURES

VÉRONIQUE LAROUCHE
Inf., M. Sc.

Conseillère cadre en soins infirmiers, Continuum famille, DI-TSA, DP, à la Direction adjointe – Soutien et développement des pratiques professionnelles en soins infirmiers et d'assistance et de la prévention des infections, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec.

MARIE-JOSÉE MARTEL
Inf., Ph. D.

Professeure au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Chercheuse régulière au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et de la famille de l'UQTR. Chercheuse associée au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine. Membre chercheuse du RRISQ.

Ont collaboré à cet article

JULIE GAUDREAU
Infirmière clinicienne en périnatalité

Centre Parent Enfant, CIUSSS de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, Hôtel-Dieu d'Arthabaska

MARIE-JOSÉE MELANÇON

Chef d'unité en soins infirmiers mère-enfant-famille (CHDL), Direction programme jeunesse, CIUSSS de Lanaudière.

Photos

© Véronique Larouche

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2018). «Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale: lignes directrices nationales». Ottawa, ON: ASPC. Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/soins-meres-nouveau-ne-lignes-directrices-nationales.html>

Bonapace, J., Gagné, G.-P., Chaillet, N., Gagnon, R., Hébert, E. et Buckley, S. (2018). «Directive clinique No 355 – Fondements physiologiques de la douleur pendant le travail et l'accouchement: approche de soulagement basée sur les données probantes». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 40(2), 246-266. Repéré à [https://www.jogc.com/article/S1701-2163\(17\)31142-8/fulltext](https://www.jogc.com/article/S1701-2163(17)31142-8/fulltext)

Gupta, J. K., Sood, A., Hofmeyr, G. J. et Vogel, J. P. (2017). «Position in the second stage of labour for women without epidural anaesthesia». *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Repéré à <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002006.pub4>

Leduc, D., Biringer, A., Lee, L. et Dy, J. (2013). «Directive clinique No 296 – Déclenchement du travail». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 35(9), 858-860.

Lee, L., Dy, J. et Azzam, H. (2016). «Prise en charge du travail spontané chez les femmes en santé, à terme. Directive clinique de la SOGC no 336». *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 38(9), 866-890.

Lowdermilk, D. L., Perry, S. E. et Cashion, K. (2018). «Soins infirmiers – Périnatalité». Montréal, QC: Chenelière Éducation.

Simkin, P., Hanson, L. et Angheta, R. (2017). «The labor progress handbook—Early interventions to prevent and treat dystocia» (4^e éd.). Hoboken, NJ: Wiley & Sons.

Zwelling, E. (2010). «Overcoming the challenges: Maternal movement and positioning to facilitate labor progress». *MCN—The American Journal of Maternal Child Nursing*, 35(2), 72-78. Repéré à https://scbp.ca/assets/documents/5_5_Movement_in_labour.pdf

SURPiED

TOUT POUR LE SOIN DU PIED



Formation pour débutants en soins des pieds donnée par des infirmières

- 160 heures de cours, 7 heures par jour.
- Choix d'horaires variés.
- Enseignement en groupe restreint de 12 à 15 personnes permet un meilleur suivi.
- Clientèle fournie pour périodes de pratique supervisée.
- Cours conçus pour les infirmières et infirmiers
- Méthodes pédagogiques variées, techniques audiovisuelles, livres guides inclus
- Information et soutien pour démarrage d'entreprise

**FORMATION
COMPLÈTE
160 heures**
Reconnue par l'AIISQ

Prochains cours :

INTENSIF : 27 septembre 2021

ACCÉLÉRÉ : 7 septembre 2021

HEBDOMADAIRE : 9 septembre 2021

SURPiED.COM

514.990.8688

SANS FRAIS :

1.888.224.4197

SURPiED est un membre institutionnel de la SOFEDUC. Les formations de SURPiED peuvent donner droit à des Unités d'Éducation Continue (UEC).



Nouvelles activités professionnelles de l'IPS

Les défis du diagnostic de l'hypertension artérielle

En vigueur depuis le 25 janvier 2021, les modifications et ajouts à la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* constituent un avancement de premier plan pour les infirmières praticiennes spécialisées (IPS) du Québec. En effet, trois nouvelles activités professionnelles se sont ajoutées aux cinq existantes : diagnostiquer des maladies, déterminer des traitements médicaux et effectuer des suivis de grossesses.

par **ANDRÉ MICHAUD, inf., Ph. D., VALÉRIE HUOT, IPSPL, SARA-MARIA VIENS-VEGA, IPSPL et LYNE CLOUTIER, inf., Ph. D.**

En fonction de sa classe de spécialité, l'IPS peut désormais diagnostiquer des maladies, déterminer des traitements médicaux et effectuer le suivi de grossesses (OIIQ, 2021) (**Tableau 1**). D'autres modifications et ajouts réglementaires, en lien avec la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ), permettent entre autres à l'IPS de procéder à l'évaluation de la conduite automobile et d'évaluer les risques associés dans des cas de maladies chroniques. Enfin, certaines modifications concernent la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST). Plusieurs formations seront offertes aux IPS afin qu'elles se familiarisent avec ces changements réglementaires.

Les nouvelles conditions et modalités de pratique des IPS s'inscrivent dans une constante évolution de la profession, et ce, depuis près d'une centaine d'années. En effet, au début du 20^e siècle, les premiers jalons d'une pratique infirmière avancée ont été posés grâce au déploiement d'infirmières dans le nord du Canada. Cependant, ce n'est qu'entre 1967 et 1971 que les premiers programmes de formation universitaire pour les infirmières en rôle élargi ont été établis, d'abord en Nouvelle-Écosse et en Ontario, puis au Québec. Le rapport Boudreau, publié en 1972 par le Committee of Nurse Practitioners a donné le ton à une évolution historique du rôle de l'IPS en recommandant de façon prioritaire l'élaboration d'une formation en pratique avancée pour répondre aux besoins de santé primaires de la population du Canada (Kaasalainen et al., 2010).

En 1994, le Québec a mis sur pied son premier projet pilote en implantant un rôle d'infirmière en pratique avancée au département de néonatalogie de l'Hôpital de Montréal pour enfants ainsi qu'au CHU Sainte-Justine. Inspirées par le succès de ce projet, l'Université de Montréal et l'Université Laval ont ensuite développé des programmes de formation d'IPS pour deux spécialités, soit la cardiologie et la néphrologie. Les premières cohortes ont pris d'assaut les bancs d'école en 2002. Au même moment, le cadre législatif soutenant la pratique de l'IPS était élaboré grâce à l'adoption de la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé* (Loi 90 de 2002). La modification de l'article 36 de la *Loi sur les infirmières et les infirmiers* et l'ajout de l'article 36,1 ont marqué un point tournant en autorisant les IPS à exercer cinq actes médicaux délégués (OIIQ/CMQ, 2006). S'en est suivie en 2005 l'adoption de lignes directrices rédigées conjointement par l'OIIQ et le Collège des médecins du Québec afin d'encadrer et de préciser les modalités de pratique des IPS (cardiologie, néphrologie et néonatalogie) (Allard et Durand, 2006).

En 2007, une quatrième spécialité a été développée, celle d'IPS en soins de première ligne (IPSPL). À ce jour, cette classe d'IPS compte le plus grand nombre de membres. Des lignes directrices découlant de modifications réglementaires encadrant la pratique ont aussi été rédigées et mises à jour au fil du temps, suivies de l'élaboration de programmes d'IPS en soins aux adultes

Tableau 1

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EFFECTUÉES PAR LES IPS EN FONCTION DE LEUR CLASSE DE SPÉCIALITÉ

ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES EXISTANTES DEPUIS 2003 ¹	ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES AJOUTÉES DEPUIS LE 25 JANVIER 2021 ²
Prescrire des examens diagnostiques	Diagnostiquer des maladies
Utiliser des techniques diagnostiques invasives ou présentant des risques de préjudice	Déterminer des traitements médicaux
Prescrire des médicaments et d'autres substances	Effectuer le suivi de grossesses
Prescrire des traitements médicaux	
Utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux, invasifs ou présentant des risques de préjudice.	

1. OIIQ, 2003.

2. OIIQ, 2021.

(intégrant les spécialités d'IPS en cardiologie et en néphrologie), en santé mentale ainsi qu'en pédiatrie. La dernière décennie, marquée par le nouveau cadre législatif de 2018 (« Règlement sur les infirmières spécialisées »), a été particulièrement prolifique en matière d'autonomie professionnelle, d'élargissement du champ de compétences ainsi que de reconnaissance du rôle par les pairs.

Ces changements à la législation, notamment l'ajout de l'activité de diagnostic de certaines maladies (en fonction de la classe de spécialité d'IPS), favorisent la reconnaissance de l'expertise et du rôle de l'IPS. Ils contribuent non seulement à la mise en valeur de l'autonomie professionnelle de l'IPS, mais aussi à une plus grande accessibilité aux soins de santé pour la population québécoise.

DIAGNOSTIQUER L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

En fonction de sa classe de spécialité, l'IPS peut donc maintenant établir des diagnostics de maladies chroniques dont l'hypertension artérielle (HTA). Elle devra déterminer les traitements médicaux en fonction des critères diagnostiques et des manifestations cliniques reconnus. Or, l'HTA primaire (ou essentielle) est asymptomatique dans la plupart des cas, donc sans manifestation clinique, à moins qu'il n'y ait une atteinte des organes cibles. Les critères diagnostiques sont disponibles au Canada par le truchement des recommandations d'Hypertension Canada (Rabi et al., 2020); ces critères présentent toutefois certains défis. Le présent article vise à guider votre démarche pour établir un diagnostic d'HTA auprès des adultes.

FACTEURS DE RISQUE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

En présence de facteurs de risque d'HTA, le principal étant l'âge, une majorité d'adultes auront, au fil du temps, une pression artérielle (PA) se situant d'abord à l'intérieur des valeurs normales, qui progressera vers des valeurs correspondant à une pré-hypertension, pour finalement s'établir comme une HTA soutenue (Padwal et al., 2016). En effet, bien que la prévalence de l'HTA dans le groupe d'âge des 40-44 ans soit d'environ 10 %, elle s'élève à 45 % dans le groupe des 60-64 ans, puis à plus de 75 % dans le groupe des 80-84 ans (Padwal et al., 2016). Associé à ce continuum de PA, une atteinte aux organes cibles (AOC) comme le cœur, les reins, le cerveau, les yeux ou le réseau artériel pourra progressivement se développer. Les organes peuvent être atteints sans que des symptômes soient ressentis, notamment dans des cas d'hypertrophie ventriculaire gauche (HVG), de rétinopathie ou d'une insuffisance rénale légère. Les AOC, en l'absence de contrôle de la pression artérielle, peuvent toutefois évoluer vers l'insuffisance cardiaque, le syndrome coronarien, la maladie vasculaire périphérique, les troubles érectiles, l'AVC, la démence ou encore l'insuffisance rénale (Bakris et Sorrentino, 2018; Walker et al., 2019).

Le diabète est un facteur de risque important d'HTA. Dans une enquête populationnelle canadienne, parmi les individus ayant un diagnostic de diabète, 74,2 % ont déclaré avoir également un diagnostic d'HTA (Gee et al., 2012). L'insuffisance rénale figure également parmi les facteurs de risque (Leung et al., 2019), de même que le sexe et l'ethnicité. En effet, avec l'âge, particulièrement après 70 ans, les femmes seraient plus susceptibles de développer une HTA que les hommes (Blacher et al., 2019; Pemu et Ofili, 2008). De plus, au Canada,

CAS CLINIQUE : M^{me} DENIS

À titre d'IPSPL, vous travaillez dans un GMF et aujourd'hui, vous faites vos suivis réguliers de patients. Votre premier rendez-vous est prévu avec une femme d'origine afro-américaine, M^{me} Denis. Elle a 62 ans, présente un IMC de 28 et a été ménopausée à l'âge de 58 ans. Elle vous consulte car elle est inquiète. La mesure de sa pression artérielle en pharmacie indiquait une valeur de 155/92 mmHg. Dans votre bureau, vous effectuez une mesure de la pression artérielle à l'aide d'un appareil oscillométrique standard. Le résultat de cette mesure est de 142/87 mmHg mesurée au bras gauche. Vous êtes maintenant autorisée à poser un diagnostic de maladies chroniques, dont l'hypertension artérielle. M^{me} Denis est-elle réellement hypertendue ou non? Quelle sera votre démarche? Quels sont les pièges à éviter?

on note dans la dernière décennie une diminution de près de 40 % du contrôle de l'HTA chez les femmes (Campbell et al., 2020; Cloutier, 2020). Avant la ménopause, les œstrogènes endogènes maintiendraient une vasodilatation et contribueraient au contrôle de la PA chez les femmes. Ainsi, les femmes développent l'HTA en moyenne dix ans après les hommes; elle devient par la suite plus prévalente chez les femmes. De plus, l'HTA est souvent moins bien contrôlée chez les femmes âgées. En effet, seulement 23 % des femmes contre 38 % des hommes âgés de plus de 80 ans auraient une PA inférieure à 140/90 mmHg (Garcia et al., 2016). En ce qui a trait à l'ethnicité, la prévalence de l'HTA chez la population afro-américaine serait supérieure de 10 % par rapport à celle observée chez les Caucasiens (Bakris et Sorrentino, 2018). Enfin, l'obésité serait un des plus grands facteurs de risque de l'HTA, y contribuant dans 24 % de tous les cas (Leung et al., 2019).

L'objectif de la prise en charge de l'HTA, qui nécessite d'abord l'établissement du diagnostic, est de diminuer les risques d'apparition et de progression d'AOC et des pathologies associées. Les seuils diagnostiques de l'HTA ont été établis en fonction de l'association entre une valeur de la PA et l'apparition future d'AOC ou de mortalité cardiovasculaire (Kannel, 1996; Kannel, Schwartz et McNamara, 1969; Rapsomaniki et al., 2014). Or, pour arriver à poser un diagnostic juste, encore faut-il que la mesure effectuée représente le plus fidèlement la réelle pression artérielle de l'individu chez qui la mesure est effectuée.

LES PIÈGES DES MESURES CLINIQUES

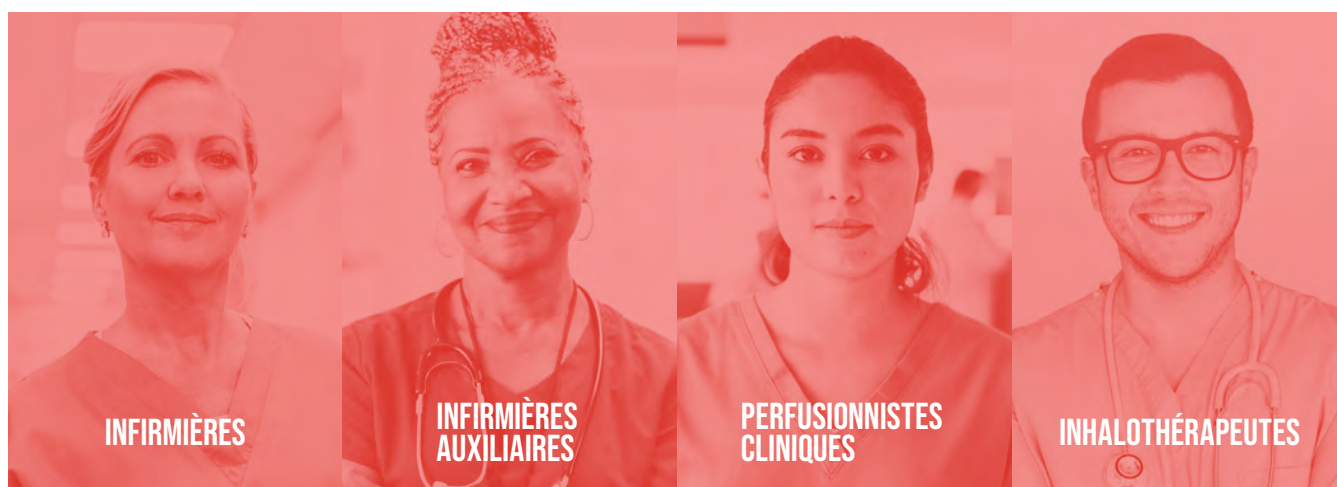
Dans un contexte de démarche diagnostique, la validité de la mesure de la PA est primordiale. Une mesure non valide pourrait mener à des erreurs diagnostiques. Une différence d'aussi peu que 10/5 mmHg peut faire la différence entre la confirmation ou non d'un diagnostic d'HTA (Fan et al., 2020). Il est donc essentiel d'exposer deux concepts permettant de mettre en lumière les limites importantes des méthodes cliniques de mesure de la PA : l'effet de sarrau blanc et l'hypertension masquée.

L'effet de sarrau blanc

L'effet de sarrau blanc peut se définir comme le fait d'avoir une PA plus élevée lorsqu'une mesure est effectuée dans un contexte clinique plutôt que dans un contexte de la vie courante. L'effet de sarrau blanc serait un réflexe neuroendocrinien conditionné, en présence de professionnels de la santé, par l'anticipation de la mesure de la PA et la crainte de ce que cette mesure pourrait indiquer relativement à une maladie future (Bloomfield et Park, 2017; Jhalani et al., 2005). Cette réaction ne changerait pas avec le temps ou malgré des visites régulières chez le médecin. L'effet de sarrau blanc, prévalent chez 30 à 40 % de la population (Williams et al., 2018), peut être présent dans tout le continuum de la prise en charge de l'HTA.

Nous parlerons spécifiquement d'HTA de sarrau blanc chez un patient présentant des valeurs normales au monitoring ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) 24 heures (< 130/80 mmHg) ou à la mesure de la pression artérielle à domicile (MPAD) (< 135/85 mmHg), mais des valeurs au-delà du seuil diagnostique lorsqu'une mesure de la pression artérielle est effectuée en clinique (MPAC) ($\geq$ 140/90 mmHg) (Franklin et al., 2013). L'effet de sarrau blanc peut mener à identifier un patient comme étant hypertendu alors qu'il ne l'est pas. Il peut également mener à considérer un individu hypertendu comme ayant une HTA non maîtrisée, alors qu'une mesure ambulatoire de la PA indiquera plutôt que l'hypertension est sous contrôle.

Bien que la méthode de mesure de la pression artérielle en clinique oscillométrique en série (MPAC-OS) soit reconnue pour atténuer l'effet de sarrau blanc (Myers, Valdivieso et Kiss, 2009), il est important de noter qu'à notre connaissance, aucune société savante dans le monde ne la considère comme étant une méthode de mesure valide pour établir un diagnostic d'HTA. Les mesures ambulatoires sur 24 h ou à domicile demeurent la clé du succès.



NOUS SOMMES LA SOLUTION.



fiqsante.qc.ca

Tableau 2

**MESURES DE LA PRESSION ARTÉRIELLE POUR LA CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE :
RÉSUMÉ DES MÉTHODES, CRITÈRES DE RÉUSSITE ET SEUILS DIAGNOSTIQUES**

	MONITORAGE AMBULATOIRE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE (MAPA)	MESURE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE À DOMICILE (MPAD)
Méthodes	• Évaluation de la présence d'une différence de la PA entre les deux bras au préalable • Utilisation d'un appareil validé et d'un brassard de la bonne grandeur • Programmation d'un appareil dédié pour effectuer des mesures de la PA aux 20 à 30 minutes (nouveau 2020 des recommandations d'Hypertension Canada*) pendant 24 heures, lors d'une journée normale du patient • Tenue d'un journal par le patient, qui y note ses activités quotidiennes, y compris les détails de la prise de médication	• Évaluation de la présence d'une différence de la PA entre les deux bras au préalable • Utilisation d'un appareil validé et d'un brassard de la bonne grandeur • Enseignement au patient du bon positionnement pour la mesure ainsi que des précautions relatives au moment de la mesure • Prise de deux mesures à environ une minute d'intervalle pendant sept jours consécutifs, matin et soir
Critères de réussite	70 % des mesures réussies, dont au moins 20 mesures en période d'éveil et sept mesures en période de sommeil	Pas de consensus sur le nombre minimal de jours de mesures
Seuils diagnostique	• $\geq 130/80$ mmHg : moyenne sur 24 heures et/ou • $\geq 135/85$ mmHg : moyenne des mesures en période d'éveil	• $\geq 135/85$ mmHg : moyenne des mesures en excluant les mesures de la première journée

Rabi et al., 2020.

L'hypertension masquée

L'autre piège des mesures cliniques est l'hypertension masquée, qui se définit par une mesure clinique de la PA inférieure à 140/90 mmHg. Effectuée en mode ambulatoire, cette PA correspond à une HTA ou à une HTA non maîtrisée (MPAD $\geq 135/85$ mmHg ou MAPA 24 heures $\geq 130/80$ mmHg) (O'Brien et al., 2013). L'HTA est donc masquée aux yeux des cliniciens, bien que la personne soit réellement hypertendue. Un patient ayant une HTA masquée présenterait le même risque cardiovasculaire qu'un patient ayant une HTA non contrôlée (Hansen et al., 2007). L'HTA masquée serait présente chez 10 à 40 % des individus selon les populations et les comorbidités associées (Hänninen et al., 2012; Ohkubo et al., 2005; Trudel et al., 2009). Ce phénomène est également observé, dans une prévalence équivalente, chez les individus dont l'hypertension est traitée (Ishikawa et al., 2012; Lima, Moriguti et Ferrioli, 2016).

LA DIFFÉRENCE INTERBRACHIALE DE LA PRESSION ARTÉRIELLE

Les guides de pratique clinique recommandent tous de réaliser une mesure de la pression artérielle aux deux bras et de retenir le bras pour lequel la valeur est la plus élevée lors des mesures subséquentes. Mais qu'en est-il au juste?

Sur le plan clinique, une différence de la valeur obtenue selon le bras utilisé peut s'expliquer par la présence de certaines pathologies, comme la coarctation de l'aorte, une cardiopathie congénitale souvent

détectée au plus jeune âge et qui peut dans certains cas se manifester par une différence de pression entre les deux bras. Dans la grande majorité des cas, l'étiologie de cette différence n'est pas correctement identifiée. Certains auteurs considèrent la présence d'athérosclérose comme une cause probable, puisqu'elle induirait un effet potentialisateur sur le risque cardiovasculaire.

D'autres causes ont été éliminées à la suite d'études cliniques. On sait par exemple que le fait d'être droitier ou gaucher n'a aucune influence. Sur le plan de la prévalence, une différence de pression artérielle systolique supérieure ou égale à 10 mmHg entre les deux bras survient chez 11 % des personnes hypertendues et chez 4 % de la population générale (Clark et al., 2016). Selon une récente méta-analyse, c'est à compter du seuil de 10 mmHg que la différence interbrachiale serait associée de façon statistiquement significative à un risque augmenté d'événements cardiovasculaires (Clark et al., 2021). Cette différence est importante puisqu'elle équivaut à la prise d'un médicament antihypertenseur. Des études transversales ont également démontré que cette condition est davantage présente chez les personnes atteintes de diabète, de maladie cardiovasculaire ou vasculaire cérébrale, ou encore de maladie artérielle périphérique (Clark et al., 2016). Il est donc essentiel d'identifier et de documenter cette différence, mais également de transmettre cette information au patient en vue de ses futures mesures de la pression artérielle.

CAS CLINIQUE : M^{ME} DENIS

Au regard des valeurs des mesures cliniques de la PA ainsi que des facteurs de risque d'HTA de M^{me} Denis et compte tenu de l'expertise en HTA de l'infirmière clinicienne de votre GMF, vous lui adressez la patiente afin qu'elle poursuive l'évaluation et contribue à la prise en charge.

Encadré 1

L'ÉTUDE SPRINT (SYSTOLIC BLOOD PRESSURE INTERVENTION TRIAL) (WRIGHT ET AL., 2015)

L'objectif principal de l'étude SPRINT était d'évaluer si un contrôle intensif de la pression artérielle systolique (PAS) était plus efficace qu'un contrôle standard afin de réduire l'incidence des événements cardiovasculaires graves.

Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé multicentrique (102 sites aux États-Unis) dont le recrutement a été effectué de 2010 à 2013. Pour être inclus, les participants devaient avoir 50 ans et plus et présenter un risque cardiovasculaire à dix ans supérieur ou égal à 15% ou être âgés de 75 ans et plus sans égard au risque cardiovasculaire. Les individus ayant un diagnostic de diabète ou avec antécédent d'AVC étaient exclus.

Au total, 9 250 participants ont été pris en compte. Ils ont été divisés en deux groupes : le groupe « traitement intensif » qui visait une PAS inférieure à 120 mmHg et le groupe « traitement standard » qui visait une PAS < 140 mmHg. Il est important de noter que la méthode de mesure de la pression artérielle en clinique oscillométrique en série (MPAC-OS) a été utilisée pour l'évaluation de l'atteinte des cibles.

Les résultats de l'étude SPRINT ont été publiés en 2015. Il y est démontré qu'un traitement intensif de la PAS, pour une valeur cible inférieure à 120 mmHg et comparativement à un traitement standard, mène à une diminution de 25 % du risque relatif d'événements cardiovasculaires graves, de 38 % des décès par causes cardiovasculaires et de 27 % des mortalités toutes causes confondues.

Dès 2016, au regard de ces résultats significatifs, Hypertension Canada a inclus dans ses lignes directrices la valeur seuil de PAS à 130 mmHg pour l'instauration d'un traitement pharmacologique et la valeur cible de 120 mmHg pour la population correspondant aux critères de l'étude SPRINT (Leung et al., 2016).

On s'assurera de toujours utiliser le bras dont la pression artérielle est la plus élevée pour les mesures subséquentes. Il faut se préoccuper de cette différence essentiellement pour deux raisons. Premièrement, parce que l'on sait maintenant qu'elle est un marqueur d'un risque cardiovasculaire augmenté. Deuxièmement, cette différence peut entraîner des erreurs à la fois dans le diagnostic et le suivi si les cliniciens n'utilisent pas le même bras pour les différentes mesures d'une rencontre à l'autre ou encore si le patient, une fois sorti du bureau, décide de mesurer sa pression artérielle au bras opposé.

Quelle est alors la conduite à tenir? Il s'agit d'évaluer au moins une fois, au début de la prise en charge, si cette différence existe. Les études sur le sujet nous montrent que ces différences sont reproductibles, mais la fréquence des évaluations qui sont nécessaires n'est pas connue. Cette évaluation peut se réaliser à l'aide d'un sphygmomanomètre électronique muni de deux brassards, qui réalisera simultanément deux mesures et conservera la plus élevée pour les mesures subséquentes. En l'absence d'un tel appareil, trois mesures au minimum seront nécessaires, car la première mesure sur le premier bras pourrait être liée au phénomène de sarrau blanc.

L'INTÉRÊT DES MESURES AMBULATOIRES

Le MAPA et la MPAD permettent donc de mettre en évidence l'effet de sarrau blanc ou l'hypertension masquée et d'en éviter les pièges. Le résumé des méthodes, critères de réussite et seuils diagnostiques est présenté au **Tableau 2**.

LE DIAGNOSTIC

Une fois l'évaluation clinique terminée et en fonction des différents facteurs de risque, le processus du diagnostic débutera par une mesure initiale de dépistage (mesure clinique : MPAC ou MPAC-OS). S'appuyant sur son jugement clinique, l'infirmière clinique ou l'IPSPL demandera une mesure ambulatoire de la PA selon le résultat obtenu.

L'atteinte d'un certain seuil de PA systolique ou de PA diastolique déterminera le diagnostic d'HTA. Ainsi, un individu pourra avoir un diagnostic d'HTA systolo-diastolique, systolique isolée ou diastolique isolée. Au Canada, l'algorithme diagnostique nous indique qu'en présence d'une MPAC supérieure ou égale à 140/90 mmHg ou d'une MPAC-OS supérieure ou égale à 135/85 mmHg, une mesure ambulatoire doit être effectuée afin de pouvoir confirmer un

Tableau 3

RECOMMANDATIONS CANADIENNES EN FONCTION DE MESURES CLINIQUES, DES SEUILS POUR L'INSTAURATION D'UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE ET DES VALEURS CIBLES DE TRAITEMENT

Populations	SEUILS POUR L'INSTAURATION D'UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE		VALEURS CIBLES DE TRAITEMENT	
	PAS mmHg	PAD mmHg	PAS mmHg	PAD mmHg
Risque cardiovasculaire élevé : population de l'étude SPRINT	≥ 130*	S.O.	≤ 120*	S.O.
Population atteinte de diabète	≥ 130	≥ 80	< 130	< 80
Population sans AOC et sans facteur de risque cardiovasculaire	≥ 160	≥ 100	< 140	< 90
Tous les autres	≥ 140	≥ 90	< 140	< 90

* Seuil et cible en fonction d'un résultat à la MPAC-OS.

PAS : pression artérielle systolique; PAD : pression artérielle diastolique; S.O : sans objet.

Source : Rabi et al., 2020.

diagnostic d'HTA. Le MAPA est la méthode privilégiée, autrement la MPAD représente la solution de rechange (Rabi et al., 2020).

Un diagnostic d'HTA sera posé si la valeur obtenue au MAPA est supérieure ou égale à 130/80 mmHg pour la moyenne des 24 heures ou supérieure ou égale à 135/85 mmHg pour la moyenne des valeurs de jour, ou encore si la moyenne des mesures à la MPAD est supérieure ou égale à 135/85 mmHg. Chez les individus atteints de diabète, les données sont encore insuffisantes pour établir une équivalence entre la valeur de la PA obtenue en clinique (MPAC 130/80 mmHg) et les valeurs recueillies lors de mesures ambulatoires. Ainsi il est suggéré qu'après trois à cinq visites cliniques où le résultat de la MPAC est supérieur ou égal à 130/80 mmHg, un diagnostic d'HTA pourrait être posé (Rabi et al., 2020). Il serait hautement souhaitable de demander une mesure ambulatoire de la PA, non seulement pour exclure un effet de sarrau blanc, mais également pour évaluer le profil nocturne de la PA chez cette population à risque cardiovasculaire élevé. Mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA). Porté lors d'une journée type de la vie quotidienne, le MAPA est programmé pour effectuer automatiquement une mesure de la PA aux 30 minutes pendant 24 heures. Cela permet d'obtenir une moyenne des PA en période d'éveil, en période de sommeil et sur 24 heures. Enfin, on ne doit pas oublier que chez la population diabétique sans HTA connue, la prévalence de l'HTA masquée est particulièrement élevée, se situant entre 26 % et plus de 45 % (Eguchi et al., 2007; Marchesi et al., 2007; Zhao et al., 2017). Seule une mesure ambulatoire peut permettre de la détecter.

LE TRAITEMENT

Une fois le diagnostic établi, s'ajoute le défi des valeurs seuils de PA pour l'instauration d'un traitement anti-hypertenseur, puis des valeurs cibles de PA suivant l'instauration du traitement. Ces valeurs varient en fonction des caractéristiques de la population (**Tableau 3**). Il est recommandé de mettre à l'avant-plan la modification des habitudes de vie dans la prise en charge de l'HTA, et ce, pour toute la population hypertendue.

En présence de diabète, un traitement pharmacologique devrait être débuté si la PA est supérieure ou égale à 130/80 mmHg. Ce traitement devrait permettre d'atteindre une cible tensionnelle inférieure à 130/80 mmHg. Pour la population correspondant aux critères de l'étude SPRINT (Wright et al., 2015) et pour qui la MPAC-OS doit être utilisée, la valeur pour l'instauration d'un traitement est une PAS supérieure ou égale à 130 mmHg, et la valeur cible correspond à une PAS inférieure à 120 mmHg (**Encadré 1**). Il est à noter que l'étude SPRINT avait exclu les personnes atteintes de diabète et qu'elles ne sont donc pas visées par cette nouvelle cible de traitement. Pour le reste de la population, le seuil d'instauration d'un traitement pharmacologique peut varier, selon que l'individu n'a aucun facteur de risque de maladie cardiovasculaire ni AOC (160/100 mmHg), ou qu'il présente un risque cardiovasculaire léger à moyen (140/90 mmHg).

EN CONCLUSION

Le diagnostic de l'HTA pose de nombreux défis et certains pièges sont à éviter. Une attention devrait être portée aux individus présentant des facteurs de risque d'HTA et de maladies cardiovasculaires, particulièrement à ceux ayant un diagnostic de diabète. Une mesure ambulatoire de la PA doit être effectuée en présence d'une valeur de dépistage élevée. Elle permet d'identifier un potentiel effet de sarrau blanc ou une HTA masquée et, ultimement, de confirmer le diagnostic. Une mesure interbrachiale de la PA devrait être effectuée au moins une fois au début de la prise en charge. Il sera également crucial d'informer le patient du résultat.

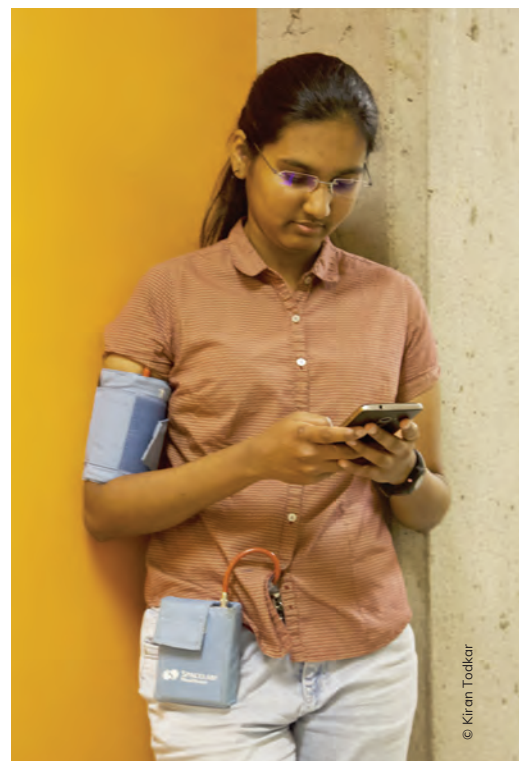
La reconnaissance de l'habilitation des IPS à poser des diagnostics représente une avancée non seulement pour la profession infirmière, mais aussi pour la population, puisque la moitié des individus ayant une HTA non maîtrisée ignorent qu'ils sont hypertendus : leur HTA n'a pas été dépistée ni diagnostiquée. Il reste donc beaucoup de travail à faire. La collaboration entre l'IPS et l'infirmière clinicienne laisse présager la mise en place de « dyades chocs » pour la prise en charge complète de l'HTA. ●

CAS CLINIQUE : M^{me} DENIS

L'infirmière clinicienne de votre GMF a poursuivi l'évaluation de M^{me} Denis. Elle a entre autres effectué une mesure de la PA aux deux bras ainsi qu'une évaluation complète de ses habitudes de vie. Elle a demandé un MAPA en précisant d'installer le brassard sur le bras droit, ce dernier présentant une PA systolique de 8 mmHg supérieure au bras gauche. Trois semaines plus tard, vous obtenez le rapport du MAPA qui indique une moyenne de la PA sur 24 heures de 137/87 mmHg. Vous confirmez donc le diagnostic d'HTA pour M^{me} Denis. Vous terminez votre évaluation par un examen clinique et la demande d'examen paracliniques à la recherche systématique d'AOC, ce qui permettra de préciser le risque cardiovasculaire de votre patiente.

En discutant avec l'infirmière clinicienne, celle-ci propose également qu'un enseignement sur la mesure de la pression à domicile soit fait pour que M^{me} Denis puisse suivre son état de santé.

Mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA). Porté lors d'une journée type de la vie quotidienne, le MAPA est programmé pour effectuer automatiquement une mesure de la PA aux 30 minutes pendant 24 heures. Cela permet d'obtenir une moyenne des PA en période d'éveil, en période de sommeil et sur 24 heures.



LES AUTEURS

ANDRÉ MICHAUD
Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à l'École des sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke, campus Longueuil.

VALÉRIE HUOT
IPSPL

Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides.

SARA-MARIA VIENS-VEGA
IPSPL

Centre intégré de santé et de services sociaux de Laval – CLSC et GMF-U du Marigot.

LYNE CLOUTIER
Inf., Ph. D.

Professeure titulaire au Département des sciences infirmières de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

RÉFÉRENCES

- Allard, M. et Durand, S. (2006). «L'infirmière praticienne spécialisée: un nouveau rôle de pratique infirmière avancée au Québec». *Perspective infirmière*, 3(5), 10-16.
- Bakris, G. L. et Sorrentino, M. J. (2018). «Hypertension: A companion to Braunwald's heart disease» (3^e éd.). Philadelphia: Elsevier.
- Blacher, J., Kretz, S., Sorbets, E., Lelong, H., Vallée, A. et Lopez-Sublet, M. (2019). «Épidémiologie de l'HTA: différences femme/homme». *La Presse Médicale*, 48(11), 1240-1243. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2019.04.010>
- Bloomfield, D. A. et Park, A. (2017). «Decoding white coat hypertension». *World Journal of Clinical Cases*, 5(3), 82-92. Repéré à <https://doi.org/10.12998/wjcc.v5.i3.82>
- Campbell, N., Dattani, S., Bell, A., Gelfer, M., Cloutier, L., Petrella, R., ... Tsuyuki, R. T. (2020). «Urgent need to increase the rates of diagnosing, treating and controlling hypertension in older women: A call for action». *Canadian Pharmacists Journal*, 153(5), 264-269. Repéré à <https://doi.org/10.1177/1715163520947006>
- Clark, C. E., Taylor, R. S., Shore, A. C. et Campbell, J. L. (2016). «Prevalence of systolic inter-arm differences in blood pressure for different primary care populations: Systematic review and meta-analysis». *British Journal of General Practice*, 66(652), e838-e847.
- Clark, C. E., Warren, F. C., Boddy, K., McDonagh, S. T. J., Moore, S. F., Goddard, J., ... Campbell, J. L. (2021). «Associations between systolic interarm differences in blood pressure and cardiovascular disease outcomes and mortality—Individual participant data meta-analysis, development and validation of a prognostic algorithm: The INTERPRESS-IPD collaboration». *Hypertension*, 77(2), 650-661. Repéré à <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15997>
- Cloutier, L. (2020). «Pourquoi mieux dépister et traiter l'hypertension chez les femmes âgées». *Infirmière canadienne*. Repéré à <https://canadian-nurse.com/fr/articles/issues/2020/novembre-2020/pourquoi-mieux-dépister-et-traiter-l'hypertension-chez-les-femmes-âgées>
- Eguchi, K., Ishikawa, J., Hoshida, S., Pickering, T. G., Shimada, K. et Kario, K. (2007). «Masked hypertension in diabetes mellitus: A potential risk». *Journal of Clinical Hypertension*, 9(8), 601-607. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1524-6175.2007.00610.x>
- Fan, W., Xie, F., Wan, Y., Campbell, N. R. C. et Su, H. (2020). «The impact of changes in population blood pressure on hypertension prevalence and control in China». *Journal of Clinical Hypertension*, 22(2), 150-156. Repéré à <https://doi.org/10.1111/jch.13820>
- Franklin, S. S., Thijs, L., Hansen, T. W., O'Brien, E. et Staessen, J. A. (2013). «White-coat hypertension—New insights from recent studies». *Hypertension*, 62(6), 982-987. Repéré à <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.01275>
- Garcia, M., Mulvagh, S. L., Merz, C. N. B., Buring, J. E. et Manson, J. E. (2016). «Cardiovascular disease in women—Clinical perspectives». *Circulation Research*, 118(8), 1273-1293. Repéré à <https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.116.307547>
- Gee, M. E., Janssen, I., Pickett, W., McAlister, F. A., Bancej, C. M., Joffres, M., ... Campbell, N. R. C. (2012). «Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension among Canadian adults with diabetes, 2007 to 2009». *Canadian Journal of Cardiology*, 28(3), 367-374. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2011.08.111>
- Hänninen, M.-R. A., Niiranen, T. J., Puukka, P. J., Johansson, J. et Jula, A. M. (2012). «Prognostic significance of masked and white-coat hypertension in the general population—The Finn-Home study». *Journal of Hypertension*, 30(4), 705-712. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328350a69b>
- Hansen, T. W., Kikuya, M., Thijs, L., Björklund-Bodegård, K., Kuznetsova, T., Ohkubo, T., ... Staessen, J. A. (2007). «Prognostic superiority of daytime ambulatory over conventional blood pressure in four populations: A meta-analysis of 7030 individuals». *Journal of Hypertension*, 25(8), 1554-1564. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e3281c49da5>
- Ishikawa, J., Hoshida, S., Eguchi, K., Ishikawa, S., Shimada, K. et Kario, K. (2012). «Nighttime home blood pressure and the risk of hypertensive target organ damage». *Hypertension*, 60(4), 921-928. Repéré à <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.112.198101>
- Jhalani, J., Goyal, T., Clemow, L., Schwartz, J. E., Pickering, T. G. et Gerin, W. (2005). «Anxiety and outcome expectations predict the white-coat effect». *Blood Pressure Monitoring*, 10(6), 317-319. Repéré à <https://doi.org/10.1097/00126097-200512000-00006>
- Kaasalainen, S., Martin-Misener, R., Kilpatrick, K., Harbman, P., Bryant-Lukosius, D., Donald, F., ... DiCenso, A. (2010). «A historical overview of the development of advanced practice nursing roles in Canada». *Nursing Leadership*, 23(SP), 35-60. Repéré à <https://doi.org/10.12927/cjnl.2010.22268>
- Kannel, W. B. (1996). «Blood pressure as a cardiovascular risk factor—Prevention and treatment». *Journal of the American Medical Association*, 275(20), 1571-1576. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jama.1996.03530440051036>
- Kannel, W. B., Schwartz, M. J. et McNamara, P. M. (1969). «Blood pressure and risk of coronary heart disease: The Framingham study». *Diseases of the Chest*, 56(1), 43-52. Repéré à <https://doi.org/10.1378/chest.56.1.43>
- Leung, A. A., Bushnik, T., Hennessy, D., McAlister, F. A. et Manuel, D. G. (2019). «Risk factors for hypertension in Canada». *Health Reports*, 30(2), 3-13.
- Leung, A. A., Nerenberg, K., Daskalopoulou, S., McBrien, K., Zarnke, K. B., Dasgupta, K., ... Rabi, D. M. (2016). «Hypertension Canada's 2016 Canadian Hypertension Education Program guidelines for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension». *Canadian Journal of Cardiology*, 32(5), 569-588. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2016.02.066>
- Lima, N. K., Moriguti, J. C. et Ferrioli, E. (2016). «Uncontrolled hypertension in older patients: Markers and associated factors to masked and white-coat effect». *Journal of Geriatric Cardiology*, 13(8), 672-678.
- Marchesi, C., Maresca, A. M., Solbiati, F., Franzetti, I., Laurita, E., Nicolini, E., ... Grandi, A. M. (2007). «Masked hypertension in type 2 diabetes mellitus. Relationship with left-ventricular structure and function». *American Journal of Hypertension*, 20(10), 1079-1084.
- Myers, M. G., Valdivieso, M. et Kiss, A. (2009). «Use of automated office blood pressure measurement to reduce the white coat response». *Journal of Hypertension*, 27(2), 280-286. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32831b9e6b>
- O'Brien, E., Parati, G., Stergiou, G., Asmar, R., Beilin, L., Bilo, G., ... Zhang, Y. (2013). «European Society of Hypertension position paper on ambulatory blood pressure monitoring». *Journal of Hypertension*, 31(9), 1731-1768. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e328363e964>
- Ohkubo, T., Kikuya, M., Metoki, H., Asayama, K., Obara, T., Hashimoto, J., ... Imai, Y. (2005). «Prognosis of "masked" hypertension and "white-coat" hypertension detected by 24-h ambulatory blood pressure monitoring: 10-year follow-up from the Ohasama study». *Journal of the American College of Cardiology*, 46(3), 508-515. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2005.03.070>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2003). «Guide d'application de la nouvelle "Loi sur les infirmières et les infirmiers" et de la "Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé"». Montréal: OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/uploads/publications/autres_publications/Guide_application_loi90.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec/Collège des médecins du Québec (OIIQ/CMQ). (2006). «Lignes directrices sur les modalités de la pratique de l'infirmière praticienne spécialisée». Montréal: OIIQ. Repéré à <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1564611?docref=a1n1ETpaZ4tZSZM63gkLfW>

- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2021). «Sommaire des nouveautés et modifications découlant de la "Loi modifiant la Loi sur les infirmières et les infirmiers et d'autres dispositions afin de favoriser l'accès aux services de santé"». Montréal: OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/9863346/annexe-reglement-ips.pdf?5e2c682f-dd4d-35ba-8cd8-82c50c36b906>
- Padwal, R. S., Bienek, A., McAlister, F. A. et Campbell, N. R. C. (2016). «Epidemiology of hypertension in Canada: An update». *Canadian Journal of Cardiology*, 32(5), 687-694. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2015.07.734>
- Pemu, P. I. et Ofili, E. (2008). «Hypertension in women: Part I». *Journal of Clinical Hypertension*, 10(5), 406-410. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1751-7176.2008.06552.x>
- Rabi, D. M., McBrien, K. A., Sapir-Pichhadze, R., Nakhla, M., Ahmed, S. B., Dumanski, S. M., ... Daskalopoulou, S. S. (2020). «Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children». *Canadian Journal of Cardiology*, 36(5), 596-624. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cjca.2020.02.086>
- Rapsomaniki, E., Timmis, A., George, J., Pujades-Rodriguez, M., Shah, A. D., Denaxas, S., ... Hemingway, H. (2014). «Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: Lifetime risks, healthy life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people». *The Lancet*, 383(9932), 1899-1911. Repéré à [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60685-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60685-1)
- «Règlement sur les infirmières spécialisées (IPS) – Loi médicale», RLRQ, c. M-9, r. 23.1.
- Trudel, X., Brisson, C., Larocque, B. et Milot, A. (2009). «Masked hypertension: Different blood pressure measurement methodology and risk factors in a working population». *Journal of Hypertension*, 27(8), 1560-1567. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HJH.0b013e32832cb036>
- Walker, K. A., Sharrett, A. R. et Wu, A. (2019). «Association of midlife to late-life blood pressure patterns with incident dementia». *Journal of the American Medical Association*, 322(6), 535-545. Repéré à <https://doi.org/10.1001/jama.2019.10575>
- Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., ... Desormais, I. (2018). «2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension». *Journal of Hypertension*, 36(10), 1953-2041. Repéré à <https://doi.org/10.1097/HJH.0000000000001940>
- Wright Jr., J. T., Williamson, J. D., Whelton, P. K., Snyder, J. K., Sink, K. M., Rocco, M. V., ... Ambrosius, W. T. (2015). «A randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control». *New England Journal of Medicine*, 373(22), 2103-2116. Repéré à <https://doi.org/10.1056/NEJMoa151939>
- Zhao, H., Zeng, F., Wang, X. et Wang, L. (2017). «Prevalence, risk factors, and prognostic significance of masked hypertension in diabetic patients». *Medicine*, 96(43), e8363. Repéré à <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000008363>



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

FORMATION EN SOINS PODOLOGIQUES

Les + de notre formation

- La réputation de la formation dans le milieu
- La variété des cas traités
- L'encadrement par des formateurs d'expérience
- L'évolution de la formation selon les données probantes

160 h | Reconnue par l'AIISQP

Formule régulière : dès le 14 septembre 2021

Formule intensive : dès le 22 novembre 2021



16 UEC

Pour des renseignements supplémentaires, prenez une photo du code QR



514 278-3535, poste 5221 | sdp@collegemv.qc.ca

Medicus

Savard

OXYBEC

ORTHO service

Nouveau
partenaire
OIIQ

ORTHÈSES

| COMPRESSION

| APNÉE DU SOMMEIL

| ÉQUIPEMENTS MÉDICAUX

OFFRE EXCLUSIVE

OBTENEZ 15% DE RABAIS

sur les bas de compression
et les chaussures*

Tout pour votre confort au quotidien



BAS DE COMPRESSION

Conçus pour
prévenir ou traiter
l'inconfort et la
douleur dus à
une mauvaise
circulation
sanguine



CHAUSSURES SPÉCIALISÉES

Une bonne paire
de chaussures
est essentielle,
pour des
pieds actifs, bien
soutenus et
en tout confort

© Sigvaris Group

*L'offre de 15% de rabais offert aux membres de l'OIIQ est valide sur les bas de compression légers (15-20 mmHg) et les chaussures orthopédiques à prix régulier, excluant les produits sur-mesure et ceux nécessitant une prescription médicale. Sur présentation d'une carte de membre valide, au moment de l'achat.

1 888 448-4248
medicus.ca/sante

Cas clinique

Vous êtes une infirmière de l'unité de maternité. Votre chef de service vous informe qu'un protocole de transfusion massive vient d'être mis en place. Vous avez déjà rencontré des situations qui ont nécessité l'administration rapide de plusieurs transfusions. Cette intervention n'étant utilisée que lors d'événements rares et à haut risque, vous proposez d'organiser des simulations.

Pour offrir des soins sécuritaires, le personnel soignant devra maîtriser ce protocole et en comprendre les étapes. Vous voulez aussi vérifier s'il se prête bien à votre milieu clinique. Vous obtenez le mandat de développer, avec l'aide d'un obstétricien, des simulations en vue de la formation des équipes de soins.

Simulation *in situ* : méthode pédagogique efficace pour rehausser les compétences professionnelles

OBJECTIFS D'APPRENTISSAGE

01 DÉCRIRE

les principales caractéristiques de la simulation *in situ* et la distinguer de la simulation en laboratoire.

02 EXPLIQUER

toutes les étapes d'une activité de simulation *in situ* et résumer leur valeur ajoutée en matière d'apprentissage.

03 ÉNUMÉRER

les principaux obstacles à la tenue d'une simulation *in situ* ainsi que ses principales retombées positives sur les plans individuel, collectif et organisationnel.

par SARA LEMIEUX-DOUTRELOUX, inf., B. Sc., SABRINA BLAIS, inf., B. Sc., ÉMILIE GOSSELIN, inf., Ph. D., MÉLANIE MARCEAU, inf., Ph. D., PATRICK LAVOIE, inf., Ph. D., ALEXANDRA LAPIERRE, inf., M. Sc., Ph. D. (c.), JOSIANE PROVOST, inf., B. Sc., CARINE COUTURIER, inf., B. Sc. et ISABELLE LEDOUX, inf., Ph. D.

Au Canada, 400 000 personnes subissent annuellement des préjudices en utilisant les services de santé et 28 000 d'entre elles y laissent leur vie. Après le cancer et les cardiopathies, les incidents évitables liés à la sécurité des patients sont la troisième cause de décès au Canada (ICIS/ICSP, 2016).

Au nombre de ceux-ci, notons les infections nosocomiales, les erreurs médicamenteuses et les chutes. Le rehaussement des compétences professionnelles comme le jugement clinique, le travail d'équipe et la communication augmente la sécurité des soins. À cet effet, la simulation *in situ* s'avère une méthode pédagogique efficace et pertinente qui améliore la qualité et la sécurité des soins (Fent et al., 2015; Kurup et al., 2017; Rosen et al., 2012).

L'évolution rapide des pratiques issue des nouvelles connaissances et technologies pose un défi aux professionnels de la santé. Ainsi, les infirmières doivent, de manière continue, intégrer des apprentissages, adapter leurs pratiques et maintenir à jour leurs connaissances (OIIQ, 2011). Efficace et facile d'accès, la simulation *in situ* est devenue une option privilégiée pour répondre aux besoins de formation des professionnels (Fent et al., 2015; Kurup et al., 2017; Rosen et al. 2012).

LES CARACTÉRISTIQUES

La simulation permet aux professionnels de la santé de développer et de maintenir non seulement leurs compétences professionnelles, mais également celles nécessaires à la communication et à la collaboration (Villemure et al., 2016). Elle est aujourd'hui une méthode d'apprentissage reconnue par les infirmières, autant dans le cadre de leur pratique clinique que dans celui de leur parcours de formation (Rosen et al., 2012).

La simulation est une méthode pédagogique qui vise à remplacer ou à amplifier une expérience réelle par une expérience guidée, immersive et interactive (Boët et al., 2013). Elle peut être offerte à des professionnels de la santé détenant des degrés divers d'expérience et d'expertise, de novice à expert, puisque l'apprentissage se fait sur les plans tant individuel que collectif, et que le contexte et la tâche proposés peuvent être adaptés aux caractéristiques de chaque groupe d'apprenants. Il existe plusieurs modèles de simulation, allant de la simulation écrite à la simulation clinique complexe de haute fidélité à l'aide d'un mannequin robotisé (Pilote et Chiniara, 2019).

Même si la simulation *in situ* gagne en popularité, elle reste peu utilisée dans les milieux cliniques (Rosen et al., 2012). Comparativement à la simulation en laboratoire réalisée dans une salle dédiée à la formation, la simulation *in situ* s'effectue en milieu clinique. Elle utilise le matériel et l'équipement disponibles sur place et est produite par l'équipe soignante (Patterson et al., 2013) (Tableau 1).

La tenue d'une simulation *in situ* est annoncée ou non. Ainsi, les personnes qui y participent ont été préalablement avisées ou plutôt invitées spontanément à y participer (Posner et al., 2017). Bien que la simulation non annoncée soit perçue comme étant plus réaliste par certains professionnels de la santé, d'autres font valoir qu'elle est plus stressante, ce qui affecte négativement le processus d'apprentissage (Sørensen et Broome, 2016). Par ailleurs, le peu de données actuellement accessibles ne permet pas d'émettre de conclusions à ce sujet (Freund et al., 2019). Conséquemment, les formateurs devraient donc valider la perception des équipes de soins avant de planifier une simulation et tenir compte de leurs expériences.

Comparativement à une simulation en laboratoire, celle en milieu clinique offre une plus grande facilité d'accès puisqu'elle se déroule généralement pendant le temps de travail et dans le milieu de soins (Chiniara, 2019; Kurup et al., 2017). Elle peut avoir lieu à différents moments, lors de périodes moins achalandées de manière à ne pas nuire aux soins courants (Miller et al., 2012).

L'accès à ce type de simulation facilite la participation d'un plus grand nombre de personnes et d'une plus grande diversité de professionnels de la santé tels des inhalothérapeutes, des préposés aux bénéficiaires et des médecins (Chiniara, 2019). Le fait d'effectuer la simulation *in situ* plutôt qu'à l'extérieur du milieu de soins en facilite l'accès et diminue les ressources nécessaires (Shapiro et al., 2014; Walker et al., 2013). Les coûts liés aux déplacements et à la rémunération du personnel s'en trouvent donc réduits (Chiniara, 2019; Kurup et al., 2017; Rosen et al., 2012).

La simulation *in situ* permet aussi de repérer les risques, potentiels ou avérés, liés à l'environnement, aux procédures ou au matériel employé dans un milieu clinique (Chiniara, 2019; Patterson et al., 2013; Villemure et al., 2016). Elle peut reproduire des situations qui comportent des risques et des enjeux cliniques importants. Réaliste et sécuritaire, elle offre un contexte d'apprentissage idéal. Elle donne aux professionnels l'occasion d'expérimenter de nouvelles pratiques ou d'effectuer des interventions inhabituelles sans risquer de commettre des erreurs préjudiciables à la sécurité des patients. Ce type de simulation permet de mettre à l'épreuve non seulement les systèmes, mais également les connaissances et les comportements grâce auxquels les individus, les équipes de soins ou les organisations pourront ensuite remédier aux risques identifiés et aux écarts constatés entre les compétences réelles et souhaitées (Patterson et al., 2008; Sherbino et Frank, 2011).

L'accès facile à la simulation *in situ* et ses coûts abordables en font une option intéressante pour les milieux de soins ayant des ressources limitées ou ne disposant pas d'installation leur permettant de recréer des environnements réalistes en laboratoire (Chiniara, 2019). Ces organisations peuvent réaliser des économies considérables en recourant à ce procédé pédagogique. Ainsi, l'étude de faisabilité de Calhoun et collaborateurs (2011) montre que les coûts associés au démarrage d'un programme de simulation *in situ* sont 3,5 fois moins élevés que ceux d'un programme de simulation en laboratoire.

Tableau 1
SIMULATION EN LABORATOIRE ET SIMULATION *IN SITU* COMPARÉES

CARACTÉRISTIQUES	SIMULATION EN LABORATOIRE	SIMULATION <i>IN SITU</i>
LIEU	Laboratoire de simulation clinique	Milieu clinique
MATÉRIEL	Matériel dédié à la formation	Matériel de l'unité ou matériel dédié à la formation
MOMENT	Période dédiée, généralement en dehors des activités courantes	Souvent pendant les activités courantes (courtes interruptions)
PARTICIPANTS	Différents professionnels selon les objectifs et les intentions pédagogiques	Différents professionnels de l'équipe soignante d'un milieu clinique selon les objectifs et les intentions pédagogiques

LES DÉFIS

Paradoxalement, l'un des défis d'une simulation *in situ* est d'avoir lieu en milieu clinique, l'achalandage pouvant restreindre l'espace et le matériel requis (Patterson et al., 2008). Le taux d'occupation, souvent imprévisible, affecte également la disponibilité des professionnels et leur disposition à participer aux simulations (Patterson et al., 2013). Les activités de simulation *in situ* sont donc susceptibles d'être annulées à la dernière minute, ce qui ne constitue pas un enjeu dans le cas de simulations en laboratoire (Chiniara, 2019; Kurup et al., 2017).

Le matériel utilisé dans une simulation *in situ* est une autre contrainte. En raison d'une gestion très stricte des ressources en milieux de soins, le matériel employé pour ce genre de simulation peut être périmé ou non conforme. Advenant que l'espace dans lequel a eu lieu cette simulation soit rapidement réquisitionné pour servir aux soins de la clientèle, il faudra s'assurer que le matériel a été remplacé par du matériel conforme (Chiniara, 2019; Guise et Mladenovic, 2013).

Dernier défi et non le moindre : celui lié à l'anxiété de performance des participants. En effet, leur expérience doit être agréable et bénéfique (Chiniara, 2019; Patterson et al., 2013). La gestion de l'anxiété et la sécurité psychologique des professionnels sont des préoccupations pour les organisateurs. Ainsi, il est préférable d'éviter que des personnes non participantes, professionnels ou patients, soient témoins d'une simulation *in situ*, leur présence pouvant générer de l'anxiété de performance chez certains participants. Les notions de confidentialité, d'anonymat, de respect et de non-jugement doivent être considérées lors de la préparation de l'activité. Les personnes susceptibles d'être témoins devraient préalablement être informées de la tenue d'une simulation et de l'interdiction d'y assister. Des affiches peuvent servir à cette fin.

LE DÉROULEMENT

La simulation *in situ* offre de nombreux avantages. Pour en optimiser les retombées, il importe d'en comprendre les conditions gagnantes. Tout d'abord, une bonne préparation est essentielle à un bon déroulement. Les organisateurs doivent concevoir l'activité ainsi qu'un breffage qui lui servira d'introduction. Le but, les objectifs d'apprentissage et le scénario de la simulation sont élaborés durant la conception. Des gabarits facilitant la création de scénarios sont disponibles. Les objectifs d'apprentissage – individuels, collectifs ou organisationnels – doivent être cohérents et clairement formulés en utilisant par exemple la méthode SMART afin de répondre aux besoins réels du milieu clinique tout en tenant compte des ressources disponibles (INACSL Standards Committee, 2016). L'acronyme SMART signifie Spécifique, Mesurable, Atteignable, Réaliste et définis dans le Temps.

Le breffage prépare les participants pour qu'ils retirent de la simulation un apprentissage maximal. Il présente le but de l'activité et ses objectifs pédagogiques. Il instaure un climat de confiance favorable à la sécurité psychologique des participants. Il explique, en plus du scénario et des retombées visées, les consignes de sécurité liées à l'utilisation du matériel, les aspects relatifs à l'intégrité professionnelle comme la confidentialité, le rôle de chacun des participants, le déroulement de la simulation et, s'il y a lieu, une description du mannequin et de ses fonctionnalités (Chiniara, 2019; INACSL Standards Committee, 2016). Une vidéo préparatoire peut aussi servir au breffage (Ledoux et al., 2019).

Pendant la simulation, le scénario progresse et les formateurs observent activement les participants (Chiniara, 2019; INACSL Standards Committee, 2016). Les formateurs ou d'autres professionnels peuvent être appelés à occuper plusieurs rôles : acteurs, observateur et facilitateur. L'acteur joue le rôle prévu pour lui dans le scénario. L'observateur n'intervient pas, mais note les actions, les réactions et les décisions des participants. Il devra décrire les faits et émettre des observations lors du débriefage. Le facilitateur guide les participants en leur offrant parfois des indices qui contribuent au bon déroulement du scénario et à l'atteinte des objectifs. Il favorise un climat sécuritaire. Pour ces raisons, le facilitateur devrait idéalement détenir une formation en pédagogie ou en simulation. Une ou plusieurs personnes sont désignées pour jouer le rôle de facilitateur (Cowperthwait, 2020; INACSL Standards Committee, 2016).

Une simulation est immédiatement suivie par un débriefage avec tous les participants : acteurs, facilitateurs et observateurs. Il doit être bref et concis, puisqu'il a lieu en milieu clinique, généralement durant les activités de soins (Patterson et al., 2008). Parce qu'il sert à consolider les apprentissages, le débriefage est l'un des éléments les plus importants de la simulation (Burns, 2015). Durant cette période, les participants explorent leurs réactions et partagent leurs réflexions, ce qui leur donne une meilleure compréhension des apprentissages effectués par l'entremise de la simulation (Aebersold et Titler, 2014; Lee et al., 2019). Ainsi, le débriefage leur permet d'analyser et de synthétiser leurs réactions et leurs émotions afin qu'ils améliorent leur performance lors de situations futures (Cheng et al., 2016).

Plusieurs modèles de débriefage existent, comme le modèle PEARLS de Eppich et Cheng (2015). Pour atteindre les objectifs d'apprentissage et créer un environnement sécuritaire, il importe que l'animateur maîtrise le modèle choisi (Chiniara, 2019; INACSL Standards Committee, 2016). Un débriefage mal réalisé peut nuire aux apprentissages et entraîner des retombées négatives (Cheng et al., 2016).

Figure 1
DÉROULEMENT D'UNE SIMULATION *IN SITU*

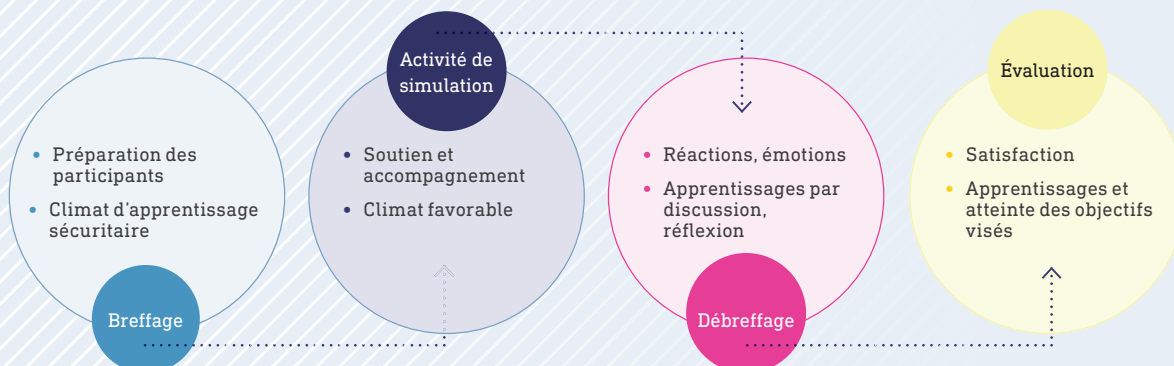
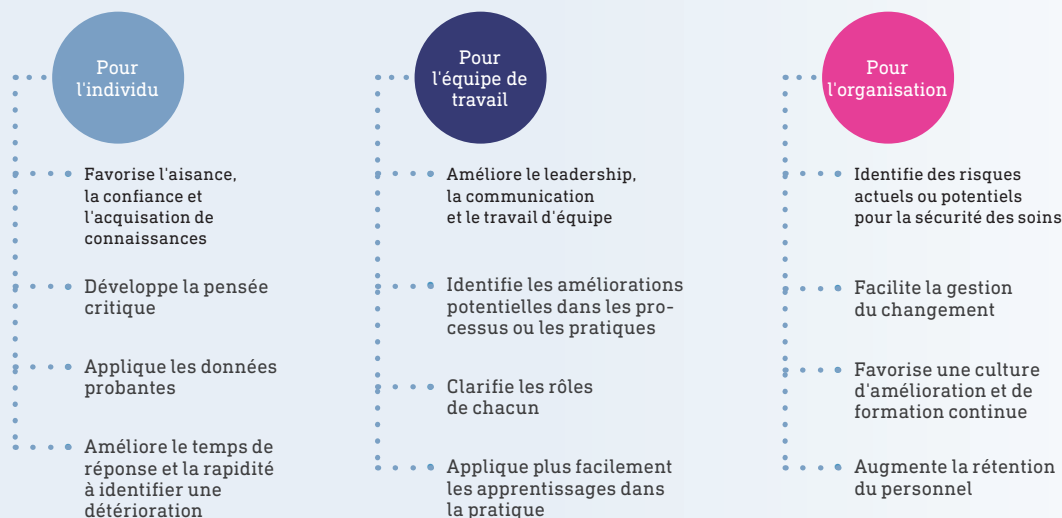


Figure 2
RETOMBÉES CLINIQUES ASSOCIÉES À LA SIMULATION *IN SITU*



Sources : Guise et Mladenovic, 2013; Rosen et al., 2012.

Une fois la séquence breffage – activité de simulation – débriefage terminée, il reste à évaluer la simulation dans un processus d'amélioration continue (INACSL Standards Committee, 2016). Idéalement, cette évaluation devrait vérifier l'atteinte des objectifs d'apprentissage et la satisfaction des participants (Figure 1).

LES RETOMBÉES

Nombreux sont les travaux de recherche démontrant les retombées positives d'une simulation *in situ*. Elles se manifestent sur trois plans : individuel, collectif (équipe de travail) et organisationnel. Elles se cristallisent lors du débriefage, un moment crucial du transfert des apprentissages (Chiniara, 2019; Kurup et al., 2017; Rosen et al., 2012) (Figure 2).

Sur le plan individuel, l'environnement familial dans lequel se déroule une simulation *in situ* favorise l'acquisition de connaissances et d'habiletés, ainsi que l'aisance et la confiance en soi des participants (Kurup et al., 2017; Lee et al., 2019; Patterson et al., 2013). Cet apprentissage contribue au développement de la pensée critique des infirmières de même qu'à l'intégration de données probantes dans leur pratique et lors de la prise de décisions cliniques (Aebbersold et Titler, 2014). La littérature montre aussi que la simulation *in situ* améliore le temps de réponse en situations critiques et le délai de reconnaissance de la détérioration de l'état d'un patient (Disher et al., 2014). La simulation *in situ* ayant lieu dans le milieu clinique des apprenants,



Gabrielle Desjardins,
infirmière clinicienne
CLSC Saint-Hubert

Droit au cœur de vos préoccupations!

Vous cherchez un employeur qui vous offre différents modèles d'horaires?

Au CISSS de la Montérégie-Centre, nous avons un éventail de possibilités. Optez pour l'horaire de travail qui s'agence à votre mode de vie.

**Pour un emploi qui va droit au cœur :
nousrecrutons.ca**

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

Québec

leur participation active et la confiance qu'ils ont à l'égard de la valeur pédagogique de la formation favorisent le transfert des apprentissages dans la pratique.

Sur le plan de l'équipe de travail, la simulation *in situ*, tout comme celle en laboratoire, développe plusieurs compétences professionnelles : le leadership, la communication, le travail d'équipe, le jugement clinique de même que la gestion des ressources humaines, matérielles et financières (Chiniara, 2019; Kurup et al., 2017; Patterson et al., 2013; Villemure et al., 2016). Dans le contexte d'une simulation, les équipes peuvent identifier des problèmes et ensuite, réviser leurs pratiques et leurs processus de travail (Kurup et al., 2017; Patterson et al., 2013). La simulation *in situ* favorise particulièrement le développement d'habiletés, de connaissances ou d'attitudes individuelles qui se transfèrent ensuite dans la pratique des équipes. De plus, en offrant un environnement réaliste où chaque professionnel agit selon son champ d'exercice, la simulation *in situ* se distingue de celle en laboratoire en favorisant la reconnaissance des rôles de chacun (Miller et al., 2012). Le fait de pratiquer dans un contexte familier avec des collègues de travail facilite l'application des connaissances, l'acquisition d'habiletés et la création d'un sentiment de confiance au sein de l'équipe (IOM, 2011; Lee et al., 2019).

Sur le plan organisationnel, la simulation *in situ* donne l'occasion aux milieux cliniques d'identifier les risques, avérés ou potentiels, associés à un environnement, au matériel ou aux processus (Chiniara, 2019; Patterson et al., 2013; Villemure et al., 2016). Elle soutient la mise en œuvre de changements et de nouvelles pratiques (Chiniara, 2019; Patterson et al., 2013; Villemure et al., 2016). La simulation *in situ* suscite une plus grande implication des professionnels de la santé, non seulement dans la formation, mais également dans un processus d'amélioration continue et de développement d'une culture de travail positive. Ces éléments contribuent à la rétention du personnel (Chiniara, 2019; Rosen et al., 2012).

POUR LA PRATIQUE INFIRMIÈRE

En plus de ses retombées cliniques, la simulation *in situ* a d'autres conséquences sur la pratique infirmière. Dans le cadre de la formation continue, elle peut contribuer au développement des compétences liées aux 17 activités réservées de la profession et plus particulièrement, aux trois suivantes : 1) évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique; 2) exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier; et 3) effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes (OIIQ, 2016).

La simulation *in situ* s'avère une méthode très efficace pour soutenir la formation continue des professionnels de la santé en les aidant à développer et à consolider plusieurs compétences importantes (Villemure et al., 2016). En plaçant les apprenants à la fois dans l'action et dans la réflexion, la simulation leur demande de faire des liens entre les principes théoriques et la pratique clinique. De plus, elle les responsabilise quant à leurs apprentissages, suscitant chez eux de la motivation et de la rétention (Chamberland et al., 1995).

La simulation *in situ* est un outil pédagogique pertinent pour promouvoir la pleine occupation du champ d'exercice infirmier – un objectif bénéfique autant pour les professionnels que pour les organisations et les usagers. La littérature recense plusieurs stratégies pour soutenir le développement d'une pratique professionnelle et le plein déploiement de son étendue (D'Amour et al., 2012; Roy, 2015). Parmi elles, plusieurs visent à créer les mêmes opportunités et retombées que celles de la simulation *in situ*. Ainsi, ces stratégies visent un développement professionnel optimal en soutenant un rehaussement continu des compétences, une pratique réflexive, une mise à jour des connaissances, un meilleur travail d'équipe et une culture de formation continue (Roy, 2015). « La formation continue permet non seulement la mise à jour des connaissances et le maintien des compétences, mais elle est aussi intimement liée à l'évolution de la pratique infirmière, au développement de la profession, et à l'amélioration de la qualité des soins » (OIIQ, 2011, p. 4). Nul doute que la simulation *in situ* est une stratégie de formation continue qui peut contribuer à l'atteinte de ces objectifs.

La simulation *in situ* permet également aux infirmières d'exercer leur leadership infirmier, que l'auteure Francine Ducharme (2018) définit comme faisant « appel à trois attributs principaux : 1) la capacité d'influencer autrui pour des fins que l'on juge importantes; 2) la capacité de modifier une situation et de produire des changements et; 3) le pouvoir de transformer. En somme, avoir du leadership consiste tout simplement à influencer, à modifier et à transformer. » En réalisant une simulation *in situ* ou en y participant, l'infirmière exerce son leadership en influençant et transformant la culture et la pratique. Elle prend part à l'innovation et à la gestion du changement face à l'évolution rapide des soins de santé.

EN CONCLUSION

La charge de travail des équipes soignantes est très importante en raison de la complexité de plus en plus grande de la condition de santé de la clientèle et des soins qui lui sont prodigués. Afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins, les professionnels doivent développer et actualiser leurs compétences professionnelles dans un contexte en constante évolution. La simulation *in situ* fait partie de la solution (Fent et al., 2015; Kurup et al., 2017; Rosen et al., 2013). Elle offre à la fois un apprentissage individuel, collectif (équipe de travail) et organisationnel. Il en résulte une amélioration de la qualité des soins et de la sécurité des patients ainsi qu'une plus grande ouverture aux changements dans le système de la santé (Guisse et Mladenovic, 2013; Rosen et al., 2012).

D'autres études devront être faites pour mieux comprendre la simulation *in situ* et en optimiser les retombées pédagogiques en milieu clinique. Les organisations devraient soutenir le déploiement et la pérennité de cette méthode et encourager ces initiatives et en y consacrant plus de ressources. Les infirmières ont assurément un rôle important à jouer dans le développement et le déploiement de cette approche de formation ainsi que dans l'avancement de la recherche à ce sujet. ●

Après avoir analysé les besoins des individus, de l'équipe de travail et de l'organisation, vous jugez que la simulation de type *in situ* serait idéale, d'autant plus qu'elle se ferait durant le quart de travail des professionnels. Au moyen du matériel, des lieux et du personnel de l'unité, elle permettrait de repérer des difficultés éventuelles dans l'opérationnalisation du protocole de transfusion massive.

La simulation *in situ* faciliterait également la gestion du changement en favorisant l'aisance et la confiance du personnel ainsi que l'intégration de nouvelles connaissances à sa pratique. Vous constatez que vous devrez faire appel à des collaborateurs, par exemple à la banque de sang pour obtenir les produits sanguins nécessaires au protocole de transfusion massive. En travaillant avec votre collègue obstétricien, vous procédez à l'élaboration du scénario de la simulation *in situ* et identifiez les ressources dont vous aurez besoin.



Cas clinique (suite et fin)



COUP D'ŒIL SUR LES ACTIVITÉS RÉSERVÉES

Activités réservées prédominantes en lien avec cet article

Évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique

Effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes

Exercer une surveillance clinique de la condition des personnes dont l'état de santé présente des risques y compris le monitoring et les ajustements du plan thérapeutique infirmier

Cadre réglementaire

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

Balises déontologiques

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

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

LES AUTEURS

SARA LEMIEUX-DOUTRELOUX
Inf., B. Sc.

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières, profil clinique à l'Université de Sherbrooke et conseillère cadre clinicienne au CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

SABRINA BLAIS
Inf., B. Sc.

Étudiante à la maîtrise au programme de recherche en sciences de la santé, profil sciences infirmières à l'Université de Sherbrooke.

ÉMILIE GOSSSELIN
Inf., Ph. D.

Professeure adjointe à l'École des sciences infirmières, de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

MÉLANIE MARCEAU
Inf., Ph. D.

Professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

PATRICK LAVOIE
Inf., Ph. D.

Professeur adjoint à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et chercheur au Centre de recherche de l'Institut de cardiologie de Montréal.

ALEXANDRA LAPIERRE
Inf., M. Sc., Ph. D. (c.)

Candidate au doctorat à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

JOSIANE PROVOST
Inf., B. Sc.

Étudiante à la maîtrise au programme de recherche en sciences de la santé, profil sciences infirmières de l'Université de Sherbrooke.

CARINE COUTURIER
Inf., B. Sc.

Étudiante au DESS en pédagogie universitaire des sciences de la santé à l'Université Laval et conseillère en soins infirmiers au CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

ISABELLE LEDOUX
Inf., Ph. D.

Professeure adjointe à l'École des sciences infirmières de la Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts lié à la rédaction de cet article.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les membres du groupe de pédagogie en simulation : Pr Stéphane Lavoie, M^{me} Véronique Lisée, Dr Hector Quiroz-Martinez, Dr^e Céline Catelin, Dr^e Kim Pion et M. Benoît Martel.



QUESTIONNAIRE EN LIGNE

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

RÉFÉRENCES

- Aebersold, M. et Tittler, M. G. (2014). «A simulation model for improving learner and health outcomes». *Nursing Clinics of North America*, 49(3), 431-439. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2014.05.011>
- Boët, S., Savodelli, G. et Granry, J.-C. (2013). «La simulation en santé – De la théorie à la pratique», Paris: Springer-Verlag.
- Burns, C. L. (2015). «Using debriefing and feedback in simulation to improve participant performance: An educator's perspective». *International Journal of Medical Education*, 6, 118-120. Repéré à <https://doi.org/10.5116/ijme.55fb.3d3a>
- Calhoun, A. W., Boone, M. C., Peterson, E. B., Boland, K. A. et Montgomery, V. L. (2011). «Integrated in-situ simulation using redirected faculty educational time to minimize costs: A feasibility study». *Simulation in Healthcare*, 6(6), 337-344.
- Chamberland, G., Lavoie, L. et Marquis, D. (1995). «20 formules pédagogiques». Québec: Presses de l'Université du Québec.
- Cheng, A., Morse, K. J., Rudolph, J., Arab, A. A., Runnacles, J. et Eppich, W. (2016). «Learner-centered debriefing for health care simulation education: Lessons for faculty development». *Simulation in Healthcare*, 11(1), 32-40. Repéré à <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000136>
- Chiniara, G. (2019). «Clinical simulation: Education, operations and engineering» (2^e éd.). Academic Press/Elsevier.
- Cowperthwait, A. (2020). «NLN/effries simulation framework for simulated participant methodology». *Clinical Simulation in Nursing*, 42, 12-21. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2019.12.009>
- D'Amour, D., Dubois, C.-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012). «Measuring actual scope of nursing practice—A new tool for nurse leaders». *Journal of Nursing Administration*, 42(5), 248-255. Repéré à <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31824337f4>
- Disher, J., Burgum, A., Desai, A., Fallon, C., Hart, P. L. et Aduddell, K. (2014). «The effect of unit-based simulation on nurses' identification of deteriorating patients». *Journal for Nurses in Professional Development*, 30(1), 21-28. Repéré à <https://doi.org/10.1097/NND.0b013e31829e6c83>
- Ducharme, F. (2018). «Vers un leadership politique des infirmières, ou comment changer les choses». *Perspective infirmière*, 15(5), 51-55. Repéré à <https://www.oiiq.org/documents/20147/1516102/perspective-infirmiere-vol-15-no-5-2018.pdf/#page=51>
- Eppich, W. et Cheng, A. (2015). «Promoting Excellence and Reflective Learning in Simulation (PEARLS): Development and rationale for a blended approach to health care simulation debriefing». *Simulation in Healthcare*, 10(2), 106-115. Repéré à <https://doi.org/10.1097/SIH.0000000000000072>
- Fent, G., Blythe, J., Farooq, O. et Purva, M. (2015). «In situ simulation as a tool for patient safety: A systematic review identifying how it is used and its effectiveness». *BMJ Simulation & Technology Enhanced Learning*, 1(3), 103-110. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2015-000065>
- Freund, D., Andersen, P. O., Svane, C., Meyhoff, C. S. et Sørensen, J. L. (2019). «Unannounced vs announced in situ simulation of emergency teams: Feasibility and staff perception of stress and learning». *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 63(5), 684-692. Repéré à <https://doi.org/10.1111/aas.13321>
- Guise, J.-M. et Mladenovic, J. (2013). «In situ simulation: Identification of systems issues». *Seminars in Perinatology*, 37(3), 161-165. Repéré à <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2013.02.007>
- INACSL Standards Committee. (2016). «INACSL standards of best practice: Simulation™ participant evaluation». *Clinical Simulation in Nursing*, 12, 526-529. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2016.09.009>
- Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)/Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) (2016). «Mesure des préjugés subis par les patients dans les hôpitaux canadiens». Ottawa, ON: ICIS. Repéré à https://secure.cihi.ca/free_products/cihi_cpsi_hospital_harm_fr.pdf
- Institute of Medicine (IOM). (2011). «The future of nursing: Leading change, advancing health». Washington, DC: The National Academies Press. Repéré à <https://doi.org/10.17226/12956>
- Kurup, V., Matei, V. et Ray, J. (2017). «Role of in-situ simulation for training in healthcare: Opportunities and challenges». *Current Opinion in Anesthesiology*, 30(6), 755-760. Repéré à <https://doi.org/10.1097/ACO.0000000000000514>
- Ledoux, I., Vincelette, C., Lavoie, S., Marceau, M., Bilodeau, C. et Gosselin, E. (2019). «Intégration d'une capsule pédagogique au briefing d'étudiants en sciences infirmières en contexte de simulation de soins d'urgence: acceptabilité et effets sur l'anxiété situationnelle et le travail d'équipe». *Science of Nursing and Health Practices/Science infirmière et pratiques en santé*, 2(2). Repéré à <https://doi.org/10.31770/2561-7516.1052>
- Lee, C., Mowry, J. L., Maycock, S. E., Colaianne-Wolfer, M. E., Knight, S. W. et Wyse, D. M. (2019). «The impact of hospital-based in situ simulation on nurses' recognition and intervention of patient deterioration». *Journal for Nurses in Professional Development*, 35(1), 18-24. Repéré à <https://doi.org/10.1097/NND.0000000000000507>
- Miller, D., Crandall, C., Washington, C. et McLaughlin, S. (2012). «Improving teamwork and communication in trauma care through in situ simulations». *Academic Emergency Medicine*, 19(5), 608-612. Repéré à <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.2012.01354.x>
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2011). «Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec – Document d'orientation». Montréal: OIIQ. Repéré à https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270GCO_doc.pdf
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2016). «Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers». Montréal: OIIQ. Repéré à <https://www.oiiq.org/en/pratique-professionnelle/exercice-infirmier/infirmieres-et-infirmiers>
- Patterson, M. D., Blike, G. T. et Nadkarni, V. M. (2008). «In situ simulation: Challenges and results». *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 3, 18.
- Patterson, M. D., Geis, G. L., Falcone, R. A., LeMaster, T. et Wears, R. L. (2013). «In situ simulation: Detection of safety threats and teamwork training in a high risk emergency department». *BMJ Quality & Safety*, 22(6), 468-477. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000942>
- Pilote, B. et Chiniara, G. (2019). «The many faces of simulation». Dans G. Chiniara (dir.), *Clinical simulation: Education, operations and engineering* (2^e éd.). Londres: Academic Press, p. 17-22.
- Posner, G. D., Clark, M. L. et Grant, V. J. (2017). «Simulation in the clinical setting: Towards a standard lexicon». *Advances in Simulation*, 2(15). Repéré à <https://doi.org/10.1186/s41077-017-0050-5>
- Rosen, M. A., Hunt, E. A., Pronovost, P. J., Federowicz, M. A. et Weaver, S. J. (2012). «In situ simulation in continuing education for the health care professions: A systematic review». *Journal of Continuing Education in the Health Professions*, 32(4), 243-254. Repéré à <https://doi.org/10.1002/chp.21152>
- Roy, C. (2015). «Stratégies à privilégier pour permettre aux infirmières et infirmiers de déployer pleinement leur étendue de pratique» [Travail dirigé de Maîtrise ès sciences (M. Sc.) en sciences infirmières]. Montréal: Université de Montréal.
- Shapiro, F. E., Pawlowski, J. B., Rosenberg, N. M., Liu, X., Feinstein, D. M. et Urman, R. D. (2014). «The use of in-situ simulation to improve safety in the plastic surgery office: A feasibility study». *Eplasty*, 14.
- Sherbino, J. et Frank, J. R. (2011). «Conception des programmes d'études – Un guide CanMEDS pour les professions de la santé». Ottawa, ON: Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada.
- Sørensen, M. D. et Broome, M. E. (2016). «Transformational leadership in nursing: From expert clinician to influential leader» (2^e éd.). New York: Springer Publishing Company.
- Villemure, C., Tanoubi, I., Georgescu, L. M., Dubé, J. N. et Houle, J. (2016). «An integrative review of in situ simulation training: Implications for critical care nurses». *The Canadian Journal of Critical Care Nursing*, 27(1), 22-31.
- Walker, S. T., Sevdalis, N., McKay, A., Lambden, S., Gautama, S., Aggarwal, R. et Vincent, C. (2013). «Unannounced in situ simulations: Integrating training and clinical practice». *BMJ Quality & Safety*, 22(6), 453-458. Repéré à <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000986>

Un prix attribué à des équipes de professionnels de la santé et des services sociaux.

Le prix Hippocrate vise à reconnaître l'excellence des projets novateurs et créateurs de valeur, menés en interdisciplinarité, au bénéfice des patients, de la population, des ressources humaines et des institutions.

11^e
ÉDITION

 **HIPPOCRATE**

— 2021 —



- ▶ **GRAND PRIX HIPPOCRATE**
- ▶ **MÉDAILLE MENTION HONORABLE PRIX HIPPOCRATE**
- ▶ **MÉDAILLE JEAN-PAUL MARSAN POUR L'INNOVATION EN INTERDISCIPLINARITÉ**
- ▶ **PRIX DU PATIENT**
- ▶ **PRIX INNOVATION EN SANTÉ PUBLIQUE**
- ▶ **PRIX INNOVATION PAR LA RELÈVE UNIVERSITAIRE**

Appel de candidatures

Vous êtes infirmière ou infirmier dans différents milieux d'intervention et avez été en mesure d'innover en interdisciplinarité pour améliorer les soins et services auprès de clientèles cibles ?

Vous avez favorisé la création de valeur pour les patients, les proches aidants, les groupes de populations cibles et les intervenants du réseau ? Vous êtes invités à postuler pour ce prestigieux prix.

Tous les détails et le formulaire d'inscription sont disponibles à cette adresse :

www.bit.ly/prix_hippocrate

La remise du Prix Hippocrate aura lieu le **16 novembre 2021** au Sofitel de Montréal à l'occasion d'un dîner-gala.

Présentez votre candidature avant le 13 septembre 2021!



Colite ulcéreuse et maladie de Crohn

Une armada de médicaments pour contrôler les symptômes et combattre l'inflammation

Les maladies inflammatoires de l'intestin (MII) désignent un ensemble d'affections pouvant causer l'inflammation et l'ulcération d'une partie du tube gastro-intestinal. La colite ulcéreuse et la maladie de Crohn en sont les principales formes. Ce sont des maladies auto-immunes caractérisées par des périodes d'exacerbation et de rémission, dont les causes demeurent inconnues (INESSS, 2017c). Ces maladies sont chroniques et aucun traitement curatif n'existe actuellement. Le présent article propose une introduction aux médicaments utilisés pour traiter et soulager les patients atteints de la colite ulcéreuse ou de la maladie de Crohn.

par **MONIQUE MATHIEU, inf., B. Sc.**

Douleurs abdominales, saignements rectaux, fièvres, pertes de poids, anémies, diarrhées, fatigue, abcès, fissures, fistules : des symptômes qui affectent la qualité de vie des personnes atteintes sur les plans personnel, social et émotionnel (Loftus Jr., 2017).

La nature chronique de la maladie et ses traitements provoquent un lot de bouleversements, que ce soit au travail ou dans les activités récréatives ou familiales. Les MII sont fréquemment source d'une grande détresse psychologique à cause de l'anxiété qu'elles suscitent, principalement durant les périodes où la maladie est active (Lopez-Cortes et al. 2018).

Les MII peuvent entraîner des manifestations cliniques autres qu'intestinales (arthrite, uvéite, malabsorption, etc.). Les personnes atteintes ont des risques accrus de complications pouvant toucher d'autres systèmes (**Figure 1**).

ÉPIDÉMIOLOGIE

Produit par un groupe d'experts, le rapport 2018 de Crohn et Colite Canada (CCC) indique que la prévalence et l'incidence des MII au Canada sont parmi les plus élevées dans le monde. Ainsi, 270 000 Canadiens vivent avec une MII. Parmi eux, 135 000 sont atteints de la maladie de Crohn et 120 000, de la colite ulcéreuse.

Les MII apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Leur prévalence chez les enfants a cependant augmenté de 50 % au cours des 15 dernières années, notamment chez ceux âgés de moins de cinq ans. Par ailleurs, les personnes âgées sont dans le groupe qui affiche la prévalence croissante la plus importante. Une personne âgée sur 160 est atteinte d'une MII et 15 % d'entre elles ont reçu leur diagnostic après 65 ans (CCC, 2018).

SOUTIEN

Les MII imposent des défis au patient et à son équipe soignante. Toutefois, grâce à son expertise, l'infirmière peut apporter une réelle contribution en améliorant la qualité des soins et la qualité de vie des gens touchés (Moortgat, 2018). Par son rôle dans une équipe multidisciplinaire, elle offre au patient et à ses proches de l'enseignement et assure au patient un accès à des soins cliniques avancés et un suivi continu (Morvillo et al., 2020; Knowles et al., 2018).

La condition de santé des personnes atteintes de MII est complexe. Elle requiert une étroite collaboration interprofessionnelle entre le gastroentérologue, le chirurgien, le radiologiste, la stomatothérapeute, l'infirmière, le pharmacien, le nutritionniste et d'autres (FCSD, 2013).

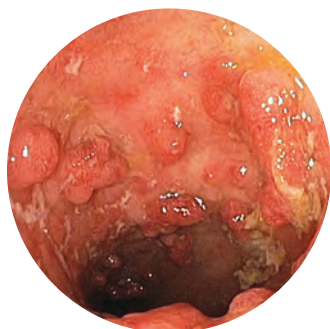
Parmi ses responsabilités, l'infirmière en clinique ou en établissement évalue la condition de santé physique et mentale du patient, soit en consultation ou lors d'un soutien téléphonique (Squires, Boal et McCluskey, 2018). Elle évalue l'exacerbation de la maladie, coordonne les examens diagnostiques et applique les ordonnances collectives pertinentes. L'infirmière autorisée à prescrire dans le domaine des soins de plaies peut en outre prescrire certaines analyses de laboratoire et certains produits, médicaments et pansements liés au traitement des plaies et aux altérations de la peau et des téguments.

Ces infirmières jouent un rôle important dans la gestion des médicaments administrés à cette clientèle. Elles assurent un suivi constant et proactif des patients sous traitements immunomodulateurs ou biologiques (Morvillo et al., 2020).

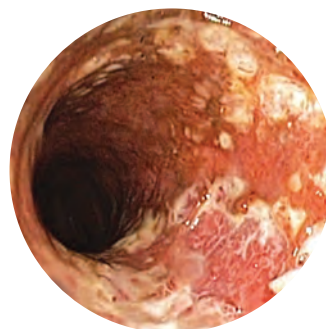
Figure 1

MALADIE DE CROHN ET COLITE ULCÉREUSE

© Gastrolab / Science Photo Library



Vue endoscopique de l'intérieur du côlon transverse d'un patient atteint de la maladie de Crohn, montrant des polypes inflammatoires (gonflements rouges).



Vue endoscopique d'une inflammation sévère et d'une ulcération du côlon sigmoïde chez un patient atteint de colite ulcéreuse.

CAUSES

Les causes de la colite ulcéreuse et de la maladie de Crohn demeurent inconnues. L'inflammation de l'intestin résulte d'une réponse immunitaire inappropriée qui implique la libération de plusieurs médiateurs inflammatoires, dont le $\text{TNF-}\alpha$ (INESSS, 2017a).

« Les données actuelles suggèrent que la flore intestinale normale déclenche une réaction immunitaire inappropriée chez des patients qui ont une prédisposition génétique multifactorielle [...]. Aucune cause environnementale, alimentaire ou infectieuse spécifique n'a été identifiée. La réaction immunitaire implique la libération des médiateurs inflammatoires, dont des cytokines, des interleukines et le TNF (*Tumor Necrosis Factor*) » (Walfish et Companioni, 2020).

TRAITEMENT DES MII

Le traitement des MII vise la disparition des symptômes, la prévention des poussées actives de l'affection et le maintien d'un statut de rémission afin de permettre aux patients d'atteindre une qualité de vie et de retrouver un mode de vie normal.

Pour la plupart des patients, les médicaments parviennent à contrôler les symptômes. Lorsque la médication est non tolérée, contre indiquée, inefficace, de même que dans les cas où des complications graves ou des signes précancéreux sont présents, il faudra recourir à la chirurgie pour réséquer les parties touchées de l'intestin. Les solutions thérapeutiques sont nombreuses et dépendent de plusieurs facteurs, dont l'âge des personnes atteintes.

Soulager les symptômes

Plusieurs médicaments servant à soulager les symptômes des MII sont en vente libre, d'autres sont prescrits par le gastroentérologue. Aucun médicament ne doit être pris sans l'accord de l'équipe médicale car en masquant les symptômes de MII, ils peuvent aussi les exacerber.

Voici quelques exemples des classes de médicaments utilisés pour soulager des symptômes : antidiarrhéiques, antispasmodiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens, agents volumiques, analgésiques et antiacides.

ENCADRÉ 1

CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS ANTI-INFLAMMATOIRES

- 1 L'acide 5-aminosalicylique (5-ASA), (mésalamine [Asacol^{MD}, Salofalk^{MD}, Mezavant^{MD}, Pentasa^{MD}]) diminue l'inflammation gastro-intestinale lors des poussées actives des MII de gravité légère à modérée, il sert à prolonger les périodes de rémission et à réduire le risque de rechutes de la colite ulcéreuse. Il est moins efficace pour traiter la maladie de Crohn que la colite ulcéreuse. Il se présente sous forme de comprimés, de suppositoires et de suspension. Le gastroentérologue peut en prescrire deux formes à prendre de manière concomitante selon la partie gastro-intestinale atteinte, par exemple comprimé et suppositoire ou comprimé et suspension.
- 2 Les corticostéroïdes, (prednisone, hydrocortisone) sont de puissants anti-inflammatoires. Ils agissent rapidement. Ils sont administrés oralement ou par voie intraveineuse. Ils constituent le pivot du traitement lors des périodes d'exacerbation de la maladie. En raison de leurs nombreux effets secondaires et de leur peu d'efficacité dans le maintien de la rémission, ils ne sont pas prescrits pendant de longues périodes ou renouvelés de façon successive.
- 3 Les immunomodulateurs (mercaptopurine [Purinethol^{MD}], azathioprine [Imuran^{MD}], méthotrexate) modifient la réponse immunitaire de l'organisme (Shakespeare et Hawthorne, 2018). Ils contrôlent ainsi la réaction inflammatoire et permettent de maintenir la rémission à long terme et de réduire la prise de stéroïdes (CCC, 2017). Ils se présentent sous la forme de comprimés. Le méthotrexate peut aussi être administré par injection sous-cutanée.
- 4 Les traitements biologiques offrent une option lorsque les autres médicaments s'avèrent inefficaces. Ces produits sont conçus à partir de cellules vivantes. Ils ont une structure moléculaire sophistiquée. À cause de leur procédé de fabrication, ils sont dispendieux et difficiles à reproduire comparativement aux médicaments classiques. Cette classe de médicaments cible des molécules du système immunitaire responsables du processus inflammatoire et contribue à réparer les tissus endommagés. Plusieurs chercheurs prônent d'intégrer rapidement les produits biologiques dans le traitement de patients ciblés, ce qui, selon eux, pourrait changer l'évolution de la maladie, en plus de réduire les dommages à l'intestin et le recours à la chirurgie (CCC, 2018).
- 5 Les antibiotiques peuvent aussi agir contre l'inflammation en présence d'une infection.

Combattre l'inflammation

Quatre catégories de médicaments anti-inflammatoires combattent l'inflammation gastro-intestinale. Dans certains cas, les antibiotiques sont combinés aux anti-inflammatoires (Encadré 1).

PRODUITS BIOLOGIQUES

Avant de commencer le traitement d'une MII avec un produit biologique, les patients doivent subir plusieurs tests dont un dépistage de la tuberculose et des examens sérologiques de l'hépatite A, B, C, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), du virus d'Epstein-Barr et du virus varicelle-zona.

Anti-TNF α

Les produits biologiques font partie de la nouvelle génération de médicaments contre la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn (Wakefield et Stansfield, 2018). Les anti-TNF α sont des médicaments sur ordonnance, utilisés par des adultes, adolescents et enfants atteints d'une forme modérée à grave de la colite ulcéreuse ou de la maladie de Crohn (Bhattacharya et Osterman, 2020). Le gastroentérologue prescripteur choisit le produit en tenant compte de la maladie, de l'atteinte du système digestif ainsi que des besoins et des préoccupations de la personne atteinte.

Les tout premiers produits biologiques pour le traitement des MII, dont l'infliximab (Remicade^{MD}), ont commencé à être utilisés en 1999. L'infliximab est un anticorps monoclonal partiellement humanisé qui inhibe l'activité d'une cytokine appelée facteur de nécrose tumorale alpha (TNF α). Cette cytokine naturelle est impliquée dans la progression des maladies inflammatoires, infectieuses ou auto-immunes (INESSS, 2017a).

En neutralisant les TNF α , l'infliximab bloque la réaction inflammatoire. Ce produit est administré par voie intraveineuse. La dose est calculée en fonction du poids du patient, à raison de 5 mg/kg. La phase d'induction du médicament consiste en une administration aux semaines 0, 2 et 6. Par la suite, le traitement de maintien se donne toutes les huit semaines. Les perfusions sont effectuées dans des cliniques spécialisées où des infirmières supervisent le traitement. Le médicament peut également être administré par les infirmières dans les centres hospitaliers.

L'adalimumab (Humira^{MD}) est un autre anti-TNF α . À la différence du Remicade^{MD} fabriqué à partir de cellules humaines et animales, Humira^{MD} provient de sources entièrement humaines. Il se donne par injection sous-cutanée avec un stylo-injecteur ou une seringue, que peut s'auto-administrer le patient ayant reçu un enseignement. Au début du traitement, une dose de 160 mg est donnée. Comme le stylo-injecteur ou la seringue contient 40 mg du médicament, la dose nécessite quatre injections. Deux semaines plus tard, le patient recevra 80 mg, c'est-à-dire deux injections. Une fois la phase d'induction complétée, le traitement se donne à raison d'une injection toutes les deux semaines.

Parmi les anti-TNF α , des produits biosimilaires sont aussi disponibles. L'Inflectra^{MD}, par exemple, est un produit biologique ultérieur (PBU) au produit biologique novateur, l'infliximab (Remicade^{MD}). Sa structure, sa composition moléculaire et son mode d'action doivent être semblables à ceux de l'infliximab. La mise en marché d'un PBU vise principalement à réduire le fardeau économique des patients et des tiers payeurs, publics ou privés (INESSS, 2017b).

Le processus d'approbation des produits biosimilaires diffère de celui des médicaments génériques et en aucun cas le médicament original ne peut être remplacé sans autorisation médicale.

Toujours dans la catégorie des anti-TNF α , le golimumab (Simponi^{MD}) est un médicament employé pour le traitement des adultes atteints de colite ulcéreuse modérée à grave. Il s'administre par injection sous-cutanée à l'aide d'un stylo-injecteur. La dose initiale est de 200 mg, suivie d'une dose de 100 mg deux semaines plus tard. Une dose de 50 mg ou de 100 mg est ensuite donnée toutes les quatre semaines.

Il faut savoir que seulement les deux tiers des patients répondent aux anti-TNF α et que, de ceux-ci, le tiers n'obtiendra plus de bénéfice clinique satisfaisant après cinq ans (Shivashankar et Pardi, 2017).

Autres agents biologiques

Les nouveaux médicaments comme les anti-TNF α et les nouveaux modèles de traitements ont permis de mieux comprendre les réponses auto-immunes, notamment la réaction inflammatoire. La recherche vise à identifier les molécules qui interviennent dans le mécanisme inflammatoire afin de permettre le développement de nouvelles thérapies biologiques.

Ainsi, l'ustekinumab (Stelara^{MD}) est un autre anticorps monoclonal humain. Il inhibe la bioactivité de l'interleukine 12 (IL-12) et de l'interleukine 23 (IL-23) (Deepak et Sandborn, 2017). Ces cytokines ont un large spectre d'activités qui peuvent entre autres entraîner des lésions aux tissus. Le médicament est homologué pour traiter les adultes atteints de maladie de Crohn lorsque les anti-TNF α se sont révélés inefficaces ou n'apportent plus de bénéfices cliniques. La première dose dépend du poids du patient et est administrée par voie intraveineuse sous supervision clinique. Les doses suivantes sont de 90 mg et administrées par injection sous-cutanée toutes les huit semaines. Le patient peut s'auto-injecter la médication (INESSS, 2017a).

Le vedolizumab (Entyvio^{MD}) est conçu à partir d'organismes vivants. Il se lie aux molécules d'adhésion cellulaire alpha-4- β -7 exprimées sur les lymphocytes. Le vedolizumab prévient la migration des globules blancs dans la muqueuse gastro-intestinale. Il peut être prescrit aux patients souffrant de colite ulcéreuse modérée à grave et à ceux atteints de la maladie



Envie d'une
sortie en raquettes
durant ta pause?

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

LA GASPÉSIE RECRUTE
DES INFIRMIÈRES ET
DES INFIRMIERS

Joins-toi à notre équipe!

www.cisss-gaspesie.gouv.qc.ca/emplois-et-stages

de Crohn qui n'ont pas toléré les anti-TNF α . Il est administré par perfusion intraveineuse en l'espace de trente minutes sous la surveillance d'un professionnel de la santé en mesure de prendre en charge au besoin les réactions d'hypersensibilité, y compris l'anaphylaxie. Les autres produits biologiques perfusés nécessitent une administration en une à trois heures. La dose est fixe, soit de 300 mg, et est administrée aux semaines 0, 2 et 6, puis toutes les huit semaines.

Récemment, le tofacitinib (Xeljanz^{MD}) s'est ajouté aux thérapies existantes. Il bloque un inhibiteur sélectif des kinases de la famille Janus kinase (JAK) impliqué dans la réponse immunitaire (Sandborn et al., 2017). Il est indiqué pour les patients qui ont eu une réponse insatisfaisante, une perte de réponse ou une intolérance

au traitement classique de la colite ulcéreuse ou à un inhibiteur du TNF α (INESSS, 2018). Il est administré par voie orale, ce qui offre une moins grande variabilité pharmacocinétique, mais augmente la satisfaction du patient et son observance thérapeutique.

D'autres traitements font l'objet de recherches et seront prochainement disponibles. L'évolution des traitements biologiques augure des nouvelles encourageantes pour les patients atteints de MII. ●

Note : Les médicaments et les noms commerciaux mentionnés dans cet article ne constituent pas une liste exhaustive de tous les médicaments utilisés dans le traitement des MII.

L'AUTEURE

MONIQUE MATHIEU
Inf., B. Sc.

Infirmière clinicienne en gastroentérologie à la Clinique des maladies inflammatoires de l'intestin du CHU de Québec (Hôtel-Dieu de Québec).

RÉFÉRENCES

Bhattacharya, A. et Osterman, M. T. (2020). «Biologic therapy for ulcerative colitis». *Gastroenterology Clinics of North America*, 49(4), 717-729. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2020.08.002>

Crohn et Colite Canada (CCC). (2017). «Santé sur ordonnance – Médication, maladie de Crohn et colite ulcéreuse» [Dépliant]. 16 p. Repéré à : https://crohnnetcolite.ca/Crohnns_and_Colitis/documents/french-brochures/2017-Prescription-Health-FR-LR.pdf

Crohn et Colite Canada (CCC). (2018). «2018 – Impact des maladies inflammatoires de l'intestin au Canada». 244 p. Repéré à : https://crohnnetcolite.ca/Crohnns_and_Colitis/documents/reports/2018-Impact-Report-FRENCH-FINAL-LR.PDF?text=pdf

Deepak, P. et Sandborn, W. J. (2017). «Ustekinumab and anti-interleukin-23 agents in Crohn's disease». *Gastroenterology Clinics of North America*, 46(3), 603-626. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.05.013>

Fondation canadienne de la santé digestive (FCSD). (2013). «Pratiques exemplaires pour les soins des MII – Prendre des mesures pour introduire un modèle de soins multidisciplinaires axés sur le patient». 38 p. Oakville, ON: FCSD/CDHF. Repéré à : <http://docplayer.fr/1416409-Pratiques-exemplaires-pour-les-soins-des-mii-prendre-des-mesures-pour-introduire-un-modele-integre-de-soins-multidisciplinaires-axes-sur-le-patient.html>

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017a). «Inflectra^{MC} – Colite ulcéreuse et maladie de Crohn». Québec: INESSS. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Fevrier_2017/Inflectra_Crohn_et_CU_2017_02.pdf?sword_list%5B0%5D=inflectra&no_cache=1

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017b). «Elisa^{MC} – Détection de l'adalimumab et des anticorps anti-adalimumab par Elisa. (Référence 2015.04.01R)». Québec: INESSS. Repéré à : www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Analyse_biomedicale/Octobre_2017/02-INESSS_Detection_adalimumab_anticorps_anti-adalimumab_elisa.pdf?sword_list%5B0%5D=Maladies&sword_list%5B1%5D=intestin&no_cache=1

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017c). «Stelara^{MC} – Recommandation d'ajout de nouvelles indications reconnues pour des médicaments d'exception déjà inscrits». Québec: INESSS. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/Octobre_2017/_AvisMinistre_Web_2017_10.pdf?sword_list%5B0%5D=simponi&sword_list%5B1%5D=crohn&no_cache=1

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2018). «Xeljanz^{MC} – Colite ulcéreuse. Avis transmis à la ministre en décembre 2018». Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Inscription_medicaments/Avis_au_ministre/janvier_2019/Xeljanz_CU_2018_12.pdf?sword_list%5B0%5D=renflexis&no_cache=1

Knowles, S., Andrews, J. A. et Porter, A. (2018). «Predictors of impaired mental health and support seeking in adults with inflammatory bowel disease». *Gastroenterology Nursing*, 41(1), 38-46.

Loftus Jr., V. E. (2017). «Crohn's disease: Etiology, complications, assessment, therapy, and management». *Gastroenterology Clinics of North America*, 46(3), xiii-xv. Repéré à : <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.06.001>

Lopez-Cortes, R., Montoro, C. H., García-Caro, M. P., Montoya-Juarez, R., Schmidt-RioValle, J., Martí-García, C. et Martín-Fernández, B. (2018). «Factors influencing the life experiences of individuals with inflammatory bowel disease». *Gastroenterology Nursing*, 41(2), 120-130. Repéré à : <http://dx.doi.org/10.1097/SGA.0000000000000301>

Moortgat, L. (2018). «Defining nursing roles in inflammatory bowel disease». *Gastrointestinal Nursing*, 16(4). Repéré à : <https://www.magonlineibrary.com/doi/abs/10.12968/gasn.2018.16.4.22>

Morvillo, C., Vinci, K., Hedenschong, L., Mancini, L., Mize, C., Tugg, K. et Stein, S. (2020). «Risks and safety of advanced therapies and biologics in inflammatory bowel disease: A review for nurses». *Gastroenterology Nursing*, 43(4), E159-E171. Repéré à <https://doi.org/10.1097/sga.0000000000000523>

Sandborn, W. J., Su, C., Sands, B. E., D'Haens, G. R., Vermeire, S., Schreiber, S., ... Panés, J. (2017). «Tofacitinib as induction and maintenance therapy for ulcerative colitis». *The New England Journal of Medicine*, 376(18), 1723-1736. Repéré à : <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1606910>

Shakespeare, R. et Hawthorne, A. B. (2018). «Gut-selective immuno suppression to treat inflammatory bowel disease». *Gastrointestinal Nursing*, 16(3). Repéré à : <https://www.magonlineibrary.com/doi/full/10.12968/gasn.2018.16.3.40>

Shivashankar, R. et Pardi, D. S. (2017). «Use of anti-tumor necrosis factors and anti-integrins in the treatment of Crohn's disease». *Gastroenterology Clinics*, 46(3), 589-601. Repéré à <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2017.05.012>

Squires, S., Boal, A. et McCluskey, F. (2018). «A ward nurse's guide to inflammatory bowel disease (part 1): Screening, observation and investigation». *Gastrointestinal Nursing*, 16(6), 32-37. Repéré à : <https://doi.org/10.12968/gasn.2018.16.6.32>

Walfish, A. E. et Companioni, R. A. C. (2020). «Revue générale des maladies intestinales inflammatoires chroniques». Dans Le Manuel Merck – Version pour professionnels de la santé. Kenilworth, NJ: Merck & Co. Repéré à : www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/troubles-gastro-intestinaux/maladie-intestinale-inflammatoire/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-maladies-intestinales-inflammatoires-chroniques

Wakefield, B. et Stansfield, C. (2018). «Biologic therapies in ulcerative colitis». *Gastrointestinal Nursing*, 16(3), 24-26. Repéré à : <https://doi.org/10.12968/gasn.2018.16.3.24>

ÉTUDIER EN SCIENCES INFIRMIÈRES À L'UDES

DU BACCALAURÉAT AU DOCTORAT EN PASSANT PAR LA FORMATION CONTINUE

USherbrooke.ca/carriere-infirmiere

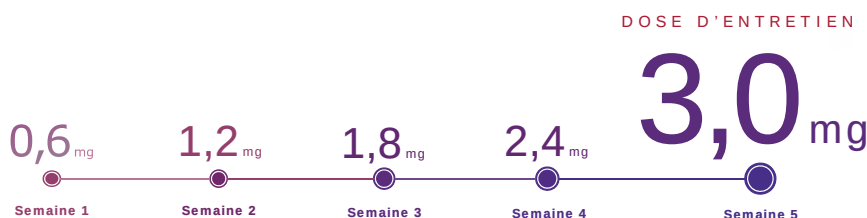
 UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Aidez vos patients à commencer avec Saxenda[®]

SOFIA, consultante, âge : 40; IMC : 33
Cas fictif. Ce cas peut ne pas être représentatif de tous les patients.

Posologie simple une fois par jour à tout moment de la journée, indépendamment des repas

Les patients doivent augmenter progressivement la dose pour atteindre la dose d'entretien de 3,0 mg/jour



1 f.p.j. = une fois par jour.

- Saxenda[®] peut être pris à tout moment de la journée, indépendamment des repas.
- Le traitement par Saxenda[®] doit être interrompu après 12 semaines à la dose de 3,0 mg/jour si le patient n'a pas perdu au moins 5 % de son poids initial.
- Le calendrier d'augmentation de la dose doit être utilisé pour réduire la probabilité de symptômes gastro-intestinaux.

Veuillez consulter la monographie de produit pour obtenir les renseignements complets sur la posologie et l'administration du produit.



Pour en savoir plus sur Saxenda[®], y compris la posologie, l'administration, et pour obtenir des conseils sur la prise en charge des effets secondaires, **visitez SaxendaHCP.ca/fr**.

Saxenda[®] (liraglutide) est indiqué comme adjuvant à un régime alimentaire réduit en calories et à une activité physique accrue pour la prise en charge du poids à long terme chez les patients adultes ayant un indice de masse corporelle (IMC) initial de¹ :

- 30 kg/m² ou plus (obèse), ou
- 27 kg/m² ou plus (surpoids) en présence d'au moins une maladie liée au poids (comme l'hypertension, le diabète de type 2 ou la dyslipidémie) et après l'échec d'une intervention de gestion du poids.

Consulter la monographie de produit au https://caf.novonordisk.ca/content/dam/Canada/AFFILIATE/caf-novonordisk-ca/OurProducts/documents/Saxenda_PM_French.pdf pour obtenir plus de renseignements sur les conditions d'utilisation clinique, les

contre-indications, les mises en garde et précautions, les réactions indésirables, les interactions médicamenteuses et les renseignements sur la posologie.

Vous pouvez aussi vous procurer la monographie de produit en appelant Novo Nordisk au 1 800 465-4334.

Référence :

1. Monographie de produit de Saxenda[®]. Novo Nordisk Canada Inc. 12 juillet 2017.

Reste en place

Conçu pour épouser
les formes

Gestion contrôlée de
l'exsudat

Moins de douleur et
moins de lésions

Conformable de manière unique



Technologie Flex – Reste en place plus longtemps et épouse bien les formes

Jusqu'à **92 %**

Flexibilité
supérieure aux
autres pansements
mousse¹

Jusqu'à **125 %**

Capacité de gestion
de l'exsudat
supérieure aux autres
pansements mousse²

93 %

Des patients ont
préféré les pansements
avec la technologie Safetac®
aux autres pansements³

Notre technologie
Flex assure une
grande
conformabilité
360°

Mepilex® Border Flex

La combinaison unique de la technologie Flex et Safetac®

Mölnlycke®



www.molnlycke.ca/education

Références: 1. Mölnlycke Health Care. Mepilex® Border Flex Product Manual – Conformability PD-528870. Data on file. 2. Mölnlycke Health Care. Mepilex® Border Flex – Fluid handling capacity compared to Urgotul Foam Absorb Border, Aquacel Foam, Allewyn Classic Gentle Border, Allewyn Life, Optifoam Gentle, KerFoam Gentle Border. Report no. PD-527642. Data on file. 3. White, R. A multinational survey of the assessment of pain when removing dressings. Wounds UK 2008;4(1):14-22.

À PROPOS DU développement des vaccins

par GENEVIÈVE BOILY,
inf., B. Sc. inf., M. Sc.

Le développement d'un vaccin est un processus coûteux qui dure souvent plusieurs années. Les scientifiques doivent d'abord être en mesure de comprendre la maladie. Ils doivent également étudier l'agent infectieux qui en est responsable, puis procéder aux différentes études précliniques et cliniques. Le processus très rigoureux permet de garantir le développement de vaccins efficaces et sécuritaires.

Questions en page 18

L'AUTEURE

GENEVIÈVE BOILY
inf., B. Sc. inf., M. Sc.

Infirmière, conseillère scientifique et coordonnatrice professionnelle à la Direction des risques biologiques et de la santé au travail de l'Institut national de santé publique du Québec.

RÉFÉRENCES

Gouvernement du Canada. (2020). «Aperçu du processus de développement et d'approbation de vaccins au Canada». Repéré à <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/medicaments-produits-sante/covid19-industrie/medicaments-vaccins-traitements-vaccins/developpement-approbation-infographie.html>

Gouvernement du Québec. (2021). «Processus de développement d'un vaccin». Repéré à <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/vaccination/processus-de-developpement-d-un-vaccin/>

Institut national de santé publique (INSPQ). (2021). «Formation sur la vaccination contre la COVID-19 : réponse aux questions fréquentes – Développement des vaccins». Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/formations/vaccination>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021a). «Protocole d'immunisation du Québec – Surveillance des manifestations cliniques». Repéré à <https://msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-manifestations-cliniques-apres-la-vaccination/surveillance-des-manifestations-cliniques/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2021b). «Vaccination contre la COVID-19». Repéré à <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/covid-19/vaccination-contre-la-covid-19/autorisation-des-vaccins-par-sante-canada/>

SAUREZ-VOUS DISCERNER LE VRAI DU FAUX?



01. Les vaccins peuvent être testés sur différentes espèces animales.

Réponse : Vrai

Avant même de commencer les études précliniques, lors de la phase exploratoire, les scientifiques étudient l'agent infectieux responsable de la maladie. Parmi les éléments auxquels ils s'intéressent, mentionnons les propriétés biochimiques de l'agent infectieux, sa capacité de reproduction de façon artificielle, son matériel génétique de même que les mécanismes de défense immunitaire du corps humain contre cet agent infectieux. L'ensemble de ces renseignements permettent aux scientifiques de déterminer l'espèce animale à utiliser pour tester le vaccin. L'espèce animale choisie aura une réaction immunitaire à l'agent infectieux la plus près possible de la réaction immunitaire chez l'humain (Gouvernement du Québec, 2021).

02. Les effets indésirables des vaccins sont uniquement identifiés lors de la vaccination de la population.

Réponse : Faux

Lors des études précliniques effectuées sur des animaux, plusieurs dosages et compositions d'un vaccin sont testés. Il est ainsi possible d'évaluer la production d'anticorps chez l'animal, mais aussi de documenter les réactions indésirables au vaccin. Tout au long des études cliniques chez l'humain (phases 1, 2, 3), les scientifiques recueillent des données sur la réponse immunitaire au vaccin, mais également sur sa sécurité. Les réactions indésirables sont identifiées et quantifiées. Au cours du processus d'homologation du vaccin, ces données sont transmises à Santé Canada, qui doit évaluer à la fois l'efficacité et la sécurité du vaccin avant de l'homologuer au pays.

Des manifestations cliniques plus rares sont décelées au moment de la vaccination de la population, au fur et à mesure que le nombre de personnes vaccinées augmente. Un système de surveillance passive des effets secondaires possiblement reliés à l'immunisation (ESPRI) existe pour l'ensemble des vaccins au Québec. La déclaration des manifestations cliniques inhabituelles liées à la vaccination est obligatoire pour les professionnels de la santé, dont les infirmières et infirmiers. Les directions de santé publique effectuent des enquêtes à la réception de ces déclarations. Les autorités de santé publique peuvent émettre des recommandations en fonction des résultats de ces enquêtes (Gouvernement du Québec, 2021; MSSS, 2021a).

03. Les vaccins ne sont pas testés sur suffisamment de personnes pour que l'on puisse déterminer leur efficacité.

Réponse : Faux

Il y a trois phases d'étude clinique permettant d'évaluer l'efficacité et la sécurité des vaccins. La phase 1 et la phase 2 sont effectuées sur de plus petits nombres d'individus (soit 10 à 100 personnes pour la phase 1 et 50 à 500 pour la phase 2). Toutefois, la phase 3 permet de tester le vaccin auprès de plusieurs milliers de personnes dans le but de déterminer son efficacité. Ces personnes sont issues des populations visées par le vaccin à l'étude. Les études sont ensuite poursuivies après l'homologation des vaccins, de sorte que leur efficacité soit testée dans la population en général; c'est ce qu'on appelle les études de phase 4 ou postcommercialisation (Gouvernement du Québec, 2021).



formation continue

04. Seuls les vaccins démontrés sécuritaires et efficaces sont homologués par Santé Canada.

Réponse: ☒ Vrai

L'homologation, effectuée ici par Santé Canada, est le processus par lequel un vaccin, ou un médicament, doit passer pour vérifier s'il répond aux normes et aux recommandations du pays. Le vaccin est évalué par une équipe d'experts de Santé Canada, qui examinent de manière indépendante les données scientifiques relatives au vaccin. Santé Canada approuve un vaccin seulement si les données scientifiques démontrent que les avantages du vaccin sont clairement supérieurs aux risques qu'il pourrait occasionner (Gouvernement du Canada, 2020; MSSS, 2021b).

05. Les vaccins contre la COVID-19 ont suivi les mêmes étapes de développement que les autres vaccins.

Réponse: ☒ Vrai

Le développement des vaccins contre la COVID-19 a suivi les mêmes étapes précliniques, cliniques et d'homologation que les autres vaccins. C'est une collaboration internationale sans précédent qui a permis d'obtenir des vaccins en grande quantité et dans les meilleurs délais.

À l'échelle internationale, la compétition entre les équipes scientifiques était moins marquée; on a assisté en revanche à davantage de collaboration pour le financement des recherches et le partage des données scientifiques. De plus, un chevauchement de certaines étapes a été permis. Mentionnons la possibilité de présenter une demande d'homologation à Santé Canada avant la complétion de la phase 3 et de transmettre ensuite les données lorsque disponibles. Évidemment, Santé Canada a terminé son évaluation du vaccin uniquement après que l'ensemble des données ont été présentées et menaient à une conclusion convaincante sur son efficacité et son innocuité, mais cette amorce d'analyse de données a permis d'accélérer le processus. Un élément qui a également accéléré les délais usuels est le fait que la maladie était fréquente et qu'un grand nombre de personnes acceptaient de participer aux études cliniques, ce qui prend souvent plusieurs années dans le cadre d'autres études vaccinales (INSPQ, 2021; MSSS, 2021b).



Lisez l'article

- **Simulation *in situ* : méthode pédagogique efficace pour rehausser les compétences professionnelles**

2-ACFA par article

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

Visitez
oiiq.org/formation



Consentement aux soins

Quelles sont les obligations déontologiques de l'infirmière ou de l'infirmier?

Est-ce qu'une infirmière ou un infirmier a l'obligation d'obtenir le consentement du client avant chaque soin ou traitement prodigué ? L'aide-conseil téléphonique de la Direction, Bureau du syndic offre du soutien aux infirmières et infirmiers afin de clarifier les situations pour lesquelles elles ou ils doivent obtenir le consentement des clients dans l'exercice de leur profession. Afin de bien cerner la responsabilité professionnelle de l'infirmière ou de l'infirmier à cet égard, cette chronique circonscrit l'aspect légal et l'accompagnement attendu de la part de l'infirmière ou de l'infirmier envers son client.

par JOANNE LÉTOURNEAU, inf., M. Sc., syndique, YANNICKE BOUCHER, inf., M. Sc., syndique adjointe, MYRIAM BRISSON, inf., M. Sc., directrice adjointe – déontologie et syndique adjointe, MARIE-EVE CÔTÉ, inf., B. Sc. inf., syndique adjointe, MARTINE GAGNÉ, inf., M. Sc. adm., syndique adjointe, et SANDRA MORETTI, inf., M. Sc. inf., conseillère à la consultation déontologique

Rappelons tout d'abord la notion générale du consentement aux soins : le client détient le pouvoir décisionnel et la professionnelle ou le professionnel l'accompagne dans ce processus.

Dans notre société, l'autonomie de la personne est un principe reconnu et toute personne est présumée apte. « Le respect de la personne » (OIIQ, 2014) est une des valeurs de la profession. Elle englobe à la fois l'établissement et le maintien d'une relation de confiance, ainsi que la reconnaissance de son unicité, de son droit à la vie privée et de son autonomie décisionnelle, laquelle s'exprime par son droit d'être informée et de faire des choix.

Le *Code civil du Québec* (a. 11) énonce clairement le devoir d'obtenir le consentement du client avant de lui prodiguer des soins. En effet, une personne ne peut être soumise à des soins, qu'il s'agisse d'examens, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention, sans son consentement, sauf dans les cas d'exceptions prévues par la loi.

QU'EST-CE QU'UN CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ AU SENS LÉGAL ?

Tout d'abord, rappelons que le consentement est la manifestation de la volonté expresse* ou tacite** par laquelle une personne accepte un acte que doit accomplir une autre personne.

Pour être valide, le consentement aux soins doit répondre à deux exigences :

- être libre;
- être éclairé.

Un consentement est **libre** lorsqu'il est donné de plein gré sans contrainte. Il ne l'est pas lorsque la décision résulte d'une pression exercée sur la personne sous forme de contrainte morale ou physique ou encore de violence.

Un consentement est **éclairé** lorsqu'il est donné en connaissance de cause. Cette deuxième exigence impose à l'infirmière ou à l'infirmier un devoir d'information tel que mentionné précédemment. En principe, il doit porter sur ce que le client a besoin de savoir pour prendre une décision éclairée. Cela signifie non pas de dire absolument tout, mais de fournir toutes les informations nécessaires pour lui permettre de comprendre les enjeux le concernant dans un langage accessible.

L'information donnée doit porter sur six éléments essentiels. L'infirmière ou l'infirmier doit renseigner le client sur :

1. le soin proposé;
2. les autres solutions possibles;
3. les avantages prévus;
4. les risques;
5. les effets secondaires;
6. les répercussions prévues en cas de refus.

Ce processus est, en fait, un dialogue entre le professionnel et le client pour l'aider à déterminer et à comprendre ses options afin de choisir celle qui lui convient. L'infirmière ou l'infirmier doit posséder les connaissances pour répondre aux questions du client. Autrement dit, dans le cas contraire, elle ou il doit consulter une ou un collègue ou encore diriger le client vers le professionnel approprié. Enfin, la décision et les motifs qui entourent cette décision doivent être documentés dans le dossier médical du client.

OBLIGATIONS DÉONTOLOGIQUES DE L'INFIRMIÈRE OU DE L'INFIRMIER

En tout temps, l'infirmière ou l'infirmier a l'obligation de fournir à son client toutes les informations nécessaires à la compréhension des soins, traitements ou autres services professionnels qu'elle ou il lui prodigue, tel que prévu à l'article 40 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers*. Cet article stipule que l'infirmière ou l'infirmier doit, par exemple, prendre le temps d'expliquer au client le médicament ou traitement qu'elle ou il s'apprête à lui administrer avant même de le faire. Ce consentement aux soins, traitements ou autres services professionnels peut être implicite (tacite) ou explicite (exprès) et, selon le contexte ou les règles organisationnelles en vigueur, être exprimé de façon verbale ou écrite.

À cela s'ajoutent les obligations prévues à l'article 41 du *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* dans les situations où l'obtention du consentement libre et éclairé incombe à l'infirmière ou l'infirmier. Plus spécifiquement :

- « [...] 1° fournir au client toutes les informations requises;
2° s'assurer que le consentement du client demeure libre et éclairé pendant la période où il prodigue les soins, traitements ou autres services professionnels;
3° respecter le droit du client de retirer en tout temps son consentement. »

Cette obligation incombe à l'infirmière ou à l'infirmier notamment au moment de proposer un soin, traitement ou autre service professionnel s'inscrivant dans son champ d'exercice. À titre d'exemples, elle ou il doit obtenir le consentement libre et éclairé lors des activités liées à la vaccination ou encore aux soins de plaies.

En terminant, il faut se souvenir que le consentement doit régulièrement être revu. Le client est maître de ses soins et l'infirmière ou l'infirmier doit respecter sa décision d'accepter ou de refuser le soin ou le traitement. Aussi, le refus de consentir à un soin ne signifie pas le refus de consentir à tous les soins. De ce fait, il est attendu de l'infirmière ou de l'infirmier qu'elle ou il s'assure d'offrir les autres soins requis par l'état de santé du client. ●

* Autorisation non équivoque exprimée de manière explicite, généralement sous forme verbale ou écrite, et donnée volontairement par une personne compétente. OLF.

** Autorisation qui, sans avoir été formellement exprimée, est présumée avoir été accordée en raison des circonstances. OLF

COLLABORATRICE

M^{re} MARIE-EVE GIGUÈRE
Directrice adjointe, Soutien juridique,
Direction, Bureau du syndic, OIIQ

RÉFÉRENCES

«Code civil du Québec», RLRQ., c. CCQ-1991, a. 11.

«Code de déontologie des infirmières et infirmiers», RLRQ, ch. I-8, r. 9, a. 40-41.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). (2014). «Valeurs de la profession infirmière». Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-professionnelle/deontologie/valeurs-de-la-profession-infirmiere>

Être au travail à la "Maison". Là où le RESPECT et la BIENVEILLANCE prennent tout leur sens!

- Ratio maximal de 1 infirmière/infirmière auxiliaire pour 6 patients
- Aucun temps supplémentaire obligatoire (TSO)
- Pouvoir prendre le temps auprès des patients et pour vous

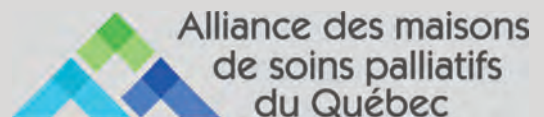


37 MAISONS À TRAVERS LE QUÉBEC

Il y en a une dans votre région qui a besoin de VOUS!

Trouvez-là : alliancemspq.com

Postulez maintenant sur le site de la maison de votre région.



CEPI et externes en soins infirmiers

Rappel des modifications aux conditions d'exercice en période de pandémie

Le service de consultation professionnelle de l'OIIQ reçoit régulièrement des questions concernant ce que peuvent faire ou ne pas faire les candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) ainsi que les externes en soins infirmiers, et ce, particulièrement pendant l'été, alors que ces ressources sont présentes en plus grand nombre dans les établissements de santé publics et privés conventionnés. Des modifications ont été apportées à leurs conditions d'exercice pour la durée de l'état d'urgence sanitaire. En voici un rappel.

par JULIE GÉLINAS, inf., B. Sc. inf., M. Éd., conseillère à la qualité de la pratique

En cette période de pandémie de COVID-19 qui sévit au Québec, le ministre de la Santé et des Services sociaux a publié plusieurs arrêtés ministériels venant modifier certaines conditions prévues au règlement qui encadre l'exercice des CEPI et des externes en soins infirmiers, soit le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des infirmières et des infirmiers* (« Règlement »).

CEPI : ACTIVITÉS PERMISES

Les CEPI peuvent exercer les mêmes activités professionnelles que les infirmières, à l'exception de celles identifiées à l'article 10 du Règlement. Elles sont notamment autorisées à réaliser l'activité qui consiste à effectuer des examens et des tests diagnostiques invasifs, selon une ordonnance.

Toutefois, pour la durée de l'état d'urgence sanitaire :

Les CEPI et les personnes détentrices d'une autorisation spéciale d'exercer les activités de CEPI peuvent effectuer, sans ordonnance, la technique de prélèvement nasopharyngé/oropharyngé pour le test de dépistage de la COVID-19, pour la durée de l'état d'urgence sanitaire.

Les conditions pour l'effectuer sont les suivantes :

- être à l'emploi d'un établissement de santé et de services sociaux;
- avoir suivi une formation à cet effet, dispensée sous l'autorité de la directrice des soins infirmiers d'un tel établissement;
- être sous la supervision de l'un des professionnels suivants, présent sur les lieux où est effectué le prélèvement : infirmière, médecin, inhalothérapeute, infirmière auxiliaire ou technologiste médical.

EXTERNE EN SOINS INFIRMIERS

Plusieurs changements ont été apportés aux conditions d'exercice des externes pour la durée de l'état d'urgence sanitaire. Ceux-ci touchent l'admissibilité à l'externat, les endroits où elles peuvent exercer les activités permises, les activités professionnelles et la période d'externat. Voyons ces changements plus en détail.

Admissibilité à l'externat

Pour être admissible à l'externat, l'étudiante doit avoir complété avec succès, depuis 12 mois et moins, les deux premières années du programme d'études collégiales ou le nombre de crédits universitaires identifié au Règlement.

Toutefois, pour la durée de l'état d'urgence sanitaire :

En plus des étudiantes déjà admissibles à l'externat, les personnes ayant complété au moins 37 crédits du programme d'études de l'Université McGill pourront également présenter une demande pour obtenir un statut d'externe en soins infirmiers.

Aussi, pour l'ensemble des personnes visées par les conditions d'admissibilité à l'externat, la condition « depuis 12 mois et moins » a été remplacée par la condition de détenir une inscription à un programme d'études en soins infirmiers ou en sciences infirmières au moment de la demande.

LES ENDROITS OÙ LES EXTERNES PEUVENT EXERCER

Les externes en soins infirmiers peuvent exercer dans un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée et dans un centre de réadaptation pour les personnes ayant une déficience physique, exploités par un établissement public ou privé conventionné au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones* (chapitre S-5).

Toutefois, pour la durée de l'état d'urgence sanitaire :

Les externes en soins infirmiers pourront exercer dans un centre local de services communautaires exploité par un établissement public ou privé conventionné au sens de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (chapitre S-4.2) ou de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones* (chapitre S-5).

Cet ajout signifie que les externes en soins infirmiers pourront participer à l'offre de services en mission CLSC, ce qui comprend les activités de santé publique dans la communauté et dans les centres de vaccination massive, selon les conditions prévues au Règlement, notamment d'exercer sous la supervision d'une infirmière en vue d'une intervention rapide.

Les activités professionnelles

Les activités professionnelles pouvant être exercées par les externes en soins infirmiers sont présentées à l'annexe 1 du Règlement.

Toutefois, pour la durée de l'état d'urgence sanitaire :

Les externes en soins infirmiers et les personnes détentrices d'une autorisation spéciale d'exercer les activités d'externes en soins infirmiers peuvent effectuer, sans ordonnance, la technique de prélèvement nasopharyngé/oropharyngé pour le test de dépistage de la COVID-19.

Les conditions pour l'effectuer sont les suivantes :

- être à l'emploi d'un établissement de santé et de services sociaux;
- avoir suivi une formation à cet effet, dispensée sous l'autorité de la directrice des soins infirmiers d'un tel établissement;
- être sous la supervision de l'un des professionnels suivants, présent sur les lieux où est effectué le prélèvement : infirmière, médecin, inhalothérapeute, infirmière auxiliaire, ou technologiste médical.

Cette activité concerne l'**ajout** spécifique de ce test aux activités permises aux externes et **exclut tout autre type de test nasopharyngé/oropharyngé**.

La période d'externat

Selon le Règlement, l'externat débute le 15 mai et se termine le 31 août. Il peut aussi se prolonger du 15 décembre au 20 janvier suivant, aux mêmes conditions et dans le même établissement de santé.

Toutefois, pour la durée de l'état d'urgence sanitaire :

Les externes en soins infirmiers ainsi que les personnes détentrices d'une autorisation spéciale d'exercer les activités d'externes sont désormais autorisées à exercer en dehors des dates prévues au Règlement.

Toutes les confirmations d'admissibilité au programme d'externat déjà émises depuis le début de l'urgence sanitaire de même que les autorisations spéciales demeurent valides pendant toute la durée de celle-ci. Le statut de ces personnes se poursuit sans qu'aucune action soit requise de la part de l'établissement de santé ou de l'étudiante. Aucune nouvelle autorisation spéciale d'exercer les activités d'externes ne sera délivrée.

EN CONCLUSION

Bien que ces changements découlant d'arrêtés ministériels aient été apportés dans le but de favoriser la contribution des CEPI et des externes en soins infirmiers aux activités entourant la prévention et le contrôle de la COVID-19, il est important de préciser que les autres conditions du Règlement continuent de s'appliquer, notamment la condition d'exercer sous la supervision d'une infirmière en vue d'une intervention rapide. ●



POUR EN SAVOIR PLUS

Consultez oiiq.org/depistage-covid-19 et oiiq.org/vaccination-influenza-covid-19 pour en connaître davantage sur les conditions d'exercice en période de pandémie.

Épargne à 40 ans : six bons coups financiers à adopter dès aujourd'hui

Vous approchez les 40 ans, votre compte d'épargne n'est pas aussi garni que celui de vos amis et ça vous préoccupe ? Pour Ravy Pung, planificatrice financière à la Banque Nationale, il n'y a pas de recette miracle pour avoir de bonnes habitudes financières. « Évitez de vous comparer aux autres générations, ou à vos pairs. Vous avez votre propre manière de dépenser et d'épargner, tout dépendant de vos priorités et de vos objectifs. Ce qui importe, c'est de le faire stratégiquement. »

Voici six stratégies d'épargne simples à mettre en branle dès aujourd'hui.

1. Établissez vos objectifs

Savouter le moment présent, c'est important. Mais financièrement, c'est mieux de voir un peu plus loin. Avant 40 ans, il est souvent question de rembourser ses dettes d'études, d'amasser une mise de fonds, puis d'avoir des enfants. Bien sûr, il faut toujours avoir des économies pour profiter de la vie ! Et pour avoir l'esprit tranquille, ça vous prend aussi un fonds d'urgence. Plus vos objectifs sont ambitieux, plus ils nécessitent une préparation financière béton.

2. Commencez à épargner

Privilégiez l'épargne systématique et fixez-vous un montant réaliste, à la hauteur de vos moyens. Chaque paie, cette somme sera prélevée puis transférée de votre compte chèques vers votre compte d'épargne, ou encore votre REER ou votre CELI. Si vous avez des dettes avec un haut taux d'intérêt (comme votre carte de crédit), c'est important de commencer à les rembourser. Mais n'attendez pas d'avoir fini de rembourser toutes vos dettes pour épargner !

3. Vérifiez votre dossier de crédit

Le crédit est important et ne se résume pas qu'au solde actuel de votre carte. Une mauvaise cote de crédit pourrait nuire à vos objectifs. Ce sera beaucoup plus facile de vous acheter une maison avec une cote qui avoisine les 760. Consultez votre dossier, c'est gratuit et

cela n'affectera pas votre cote de crédit. Voyez quels sont les facteurs qui influencent votre pointage et corrigez le tir au besoin.

4. Faites-vous un budget

Plus on vieillit, plus nos priorités changent. Et avec ces priorités viennent de nouvelles dépenses. Détaillez toutes vos entrées d'argent et vos dépenses dans un budget mensuel. Révisez-le annuellement ou à la suite de tout changement important à votre train de vie. Allouez une partie de votre budget à la mise en place d'un fonds d'urgence et à l'épargne.

5. Pensez-y bien avant d'acheter maintenant et de payer plus tard

C'est facile de se créer des besoins. Parfois, les ententes « achetez maintenant, payez plus tard » semblent rendre tout plus accessible. Par contre, si votre revenu venait à changer, ces paiements monopoliseraient votre fonds d'urgence et vous risqueriez de vous endetter encore plus.

6. Trouvez un conseiller

Il suffit d'être sur le marché du travail pour que ça en vaille le coup. Un conseiller est là pour vous aider à maximiser votre argent. Voyez-le comme un allié pour tous vos projets de vie. Rencontrez-le annuellement ou à la suite de tout changement majeur à votre situation financière.

L'offre de la Banque Nationale pour les infirmières et infirmiers devient encore plus avantageuse.

Découvrez vos nouveaux privilèges à bnc.ca/infirmier.

Découvrez aussi l'offre pour les étudiants immatriculés en visitant le bnc.ca/etudiant-infirmier.



Ordre
des infirmières
et infirmiers
du Québec

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



Watchiya • Bonjour



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

Bienvenue chez nous

Infirmier(ère)

Emplois disponibles et avantages sociaux

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

Profil recherché

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



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



*Centre de Miyupimaatisiun (santé) Communautaire

www.santeterrescree.org/carrières

À la recherche de nouveaux défis?

Ils vous attendent
au CISSS de Lanaudière.

Nous offrons :

- Des milieux de travail stimulants;
- Un cheminement professionnel à la mesure de vos intérêts et de vos projets de vie;
- Des installations dans une région qui offre une qualité de vie exceptionnelle;
- Du soutien et de l'accompagnement lors de votre arrivée.

Rejoignez
nos équipes
dès maintenant!

ciss-lanaudiere.gouv.qc.ca

Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de Lanaudière

Québec 