

Pour la diffusion des savoirs, le partage des pratiques et le respect de la personne

Le mardi 7 mai

ASSEMBLÉE ANNUELLE 2013

Libreville

GABON



Sommaire

Le SIDIEF en bref

Assemblée annuelle 2013 – Avis de convocation	2
Journées annuelles d'étude du SIDIEF	3
Visioconférence internationale en santé mentale – Édition 2013	4

Les VOIX du monde

La formation infirmière en Europe mise à l'épreuve	5
Participation du SIDIEF au Symposium francophone de médecine 2012 – Une réalisation de Médecins francophones du Canada (MFC)	6
Présentation du Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec (RRISIQ)	8

Soins INFIRMIERS 2.0

Application Ipansement	10
Connecting Nurses	11

ASSEMBLÉE ANNUELLE 2013 AVIS DE CONVOCATION

Le mardi 7 mai 2013
De 9 h à 12 h 30

Hôtel Okoume Palace
Salle « Libreville »
5, boulevard de Nice
Libreville (GABON)

Libreville

GABON



Madame,
Monsieur,

La secrétaire générale du SIDIEF a le plaisir de vous convoquer à l'assemblée annuelle 2013 qui aura lieu au Gabon.

Cette année, l'Association nationale gabonaise d'infirmiers diplômés et infirmiers étudiants (ANGIDE) et l'Institut national de formation d'action sanitaire et sociale (INFASS), respectivement membre associatif et institutionnel, seront les hôtes de cette assemblée.

Tous les membres du SIDIEF ainsi que toutes les personnes qui s'intéressent aux activités de l'organisme sont cordialement invités à y assister.

L'inscription est gratuite et doit se faire de préférence à l'avance en communiquant avec Irène Le Mouël, responsable Web et médias sociaux, à lemouel@sidiief.org.

La documentation relative à l'assemblée sera remise sur place, mais également accessible sur le site Web du SIDIEF (www.sidiief.org) en avril 2013, à la rubrique *Événements*.

Projet d'ordre du jour

1. Cérémonie solennelle d'ouverture en présence de dignitaires
2. Adoption de l'ordre du jour
3. Adoption du procès-verbal de l'assemblée générale du 22 mai 2012, tenue à Genève, en Suisse
4. Présentation sommaire du Rapport annuel 2012
5. Présentation des états financiers vérifiés de 2012
6. Élection de la firme d'auditeur externe pour l'exercice 2013
7. Autres sujets
8. Clôture de l'assemblée

La secrétaire générale,

Hélène Salette
Hélène Salette, inf., M. Sc.

JOURNÉES ANNUELLES D'ÉTUDE DU SIDIIEF

GABON



En collaboration avec :



Association Nationale
Gabonaise des Infirmiers
Diplômés et Étudiants
ANGIDE

En partenariat avec :



L'assemblée annuelle sera suivie d'une journée et demie d'étude, les 7 et 8 mai 2013,
à Libreville (Gabon) sous le thème :

Optimiser les compétences professionnelles des infirmières et infirmiers.

Consultez le programme sur le site Web du SIDIIEF (www.sidiief.org) à la rubrique *Événements*.

Note importante

Dans le cadre de ses activités annuelles, le SIDIIEF n'accorde aucune bourse de participation (l'assemblée annuelle et les journées d'étude). De plus, les participants doivent voir eux-mêmes à l'organisation de leur déplacement et de leur hébergement.

VISIOCONFÉRENCES FRANCOPHONES
Soins infirmiers Santé Mentale

PLACE DE LA FAMILLE
DANS LES SOINS INFIRMIERS
EN SANTÉ MENTALE

MARDI 26 MARS 2013

Organisé en Collaboration avec



SIDIIEF
SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

FRANCE	BURKINA FASO	QUÉBEC	LIBAN
Paris	Ouagadougou	Montréal	Beyrouth
15:00 - 17:00 (heure locale)	14:00 - 16:00 (heure locale)	10:00 - 12:00 (heure locale)	16:00 - 18:00 (heure locale)
Accompagnement Infirmier au Domicile des Aidants Naturels de Patients Schizophrènes (AIDANPS)	La famille, un maillon important des soins auprès des patients atteints de schizophrénie	Fardeau des proches d'une personne atteinte d'une maladie mentale et programme de gestion du stress	Programme d'éducation thérapeutique auprès des familles dont un membre est atteint de schizophrénie
Aurélia Rolland* , Infirmière Cadre de Santé et Johanna Siboni* Infirmière Thérapie Familiale (*Service Hospitalo Universitaire – Centre Hospitalier Sainte-Anne - Paris – France)	Adiza Tankoano , sage-femme spécialisée en santé mentale, surveillante de l'unité d'urgence psychiatrique CHU Ouagadougou.	Nicole Ricard , professeure émérite Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal et Janique Beauchamp , conseillère clinicienne en soins infirmiers spécialisés, volet recherche et évaluation de la qualité. Hôpital Louis-H. Lafontaine	Doris Choueifaty , infirmière, cadre de soins, Service de psychiatrie, Hôtel-Dieu de France et chargée d'enseignement, Faculté des sciences infirmières, Université St-Joseph de Beyrouth
Modératrice : Typhaine Guernion	Modérateur : Palé Koffi	Modératrice : Lucie Thibault	Modératrice : Eliana Homsieh
Salle Polyvalente SHU Centre Hospitalier Sainte-Anne 108, rue de la Santé, 75014 Paris	Bureau régional de l'Agence universitaire de la Francophonie 2 ^{ème} étage du bâtiment belge de l'UFR/Sciences Juridiques et politiques Université de Ouagadougou	Centre d'enseignement Grunberg Pavillon Bédard - 3 ^e étage Salle BE-3284 Hôpital Louis-H. Lafontaine 7401, rue Hochelaga Montréal (Québec) H1N 3H5	Faculté des Sciences Infirmières, Campus des sciences médicales et infirmières Université St-Joseph de Beyrouth Salle E5
inscriptions : Jean-Yves Masquelier, jy.masquelier@ch-sainte-anne.fr Tél : +331 45 65 81 61 fax : +331 45 65 84 53	inscriptions : Robert Ouedraogo boboued1@yahoo.fr Tél : +226 70 28 33 02	inscriptions : Jeannine Dubé jdube.hlhl@sss.gouv.qc.ca Tél : +514 251-4000 poste 4026	inscriptions : Denise Bou Eid fsi@usj.edu.lb Tél : +961 1 421 240 Fax : +961 1 421 025

visioconférence animée par Typhaine Guernion avec la participation de Jean-Yves Masquelier (CHSA) et Hélène Salette (SIDIIEF)

infographie : Bruno Berchenko

LA FORMATION INFIRMIÈRE EN EUROPE MISE À L'ÉPREUVE

Informé en décembre 2012 que la Communauté européenne, par l'intermédiaire de sa commission permanente ENVI, reconsidérerait sa position sur la formation infirmière au grade de licence, le SIDIEF a immédiatement fait part de ses inquiétudes à la Commission européenne. Le principe d'ouvrir l'accès à la formation en sciences infirmières après 10 années de scolarité représente un retour en arrière particulièrement préoccupant pour la qualité des soins et la sécurité des patients.

Le SIDIEF se réjouit que la communauté infirmière européenne, notamment le Comité d'entente des formations infirmières et cadres (CEFIEC), la Fédération nationale des étudiants en soins infirmiers (FNESI), l'Ordre national des infirmiers de France et la Fédération nationale des infirmiers (FNI), se soit mobilisée à son tour pour défendre l'exigence de 12 années d'enseignement général préalable comme prérequis pour la formation infirmière.

Le 23 janvier 2013 se tenait le vote de la Commission européenne *Marché intérieur et protection des consommateurs (IMCO)*.

Sur la question très délicate de la formation initiale des infirmières, l'accessibilité à une filière de formation

infirmière par apprentissage après 10 années de scolarité n'a pas pu être retirée malgré une mobilisation massive. L'Allemagne, où l'on peut entrer en IFSI (institut de formation en soins infirmiers) après la seconde (10 ans de scolarité) alors que dans la majorité des pays d'Europe, il faut avoir le niveau bacc (12 ans de scolarité), cherche donc à faire baisser le niveau d'entrée du reste de l'Europe.

La majorité des eurodéputés a opté pour un compromis obtenu à l'arraché la veille du vote qui souligne l'intérêt du socle minimum de 12 années de scolarité. Ce compromis, élaboré sur les propositions du rapporteur, l'eurodéputée française Bernadette Vergnaud, souligne l'importance, pour l'enseignement des infirmières responsables des soins généraux, d'un prérequis de 12 années de scolarité, mais insiste aussi sur le nombre d'années d'études universitaires (3 ans), sur le nombre d'heures (4600) réparties en un tiers de théorie et une moitié de pratique. Cependant, ce compromis autorise toujours l'accès à la formation infirmière par alternance (formation partagée entre école et expérience professionnelle) après 10 années de scolarité, à la condition qu'elle corresponde aux compétences listées, inscrites et spécifiques, communes aux deux types de programmes d'études. En effet, il a été introduit à

l'intérieur de l'article 31 de la directive un ensemble de compétences comportant des notions d'autonomie, de travail pluridisciplinaire, d'éducation thérapeutique.

Ce compromis adopté sera-t-il jugé acceptable? Un dossier à suivre, assurément.

Consultez la rubrique *Salle de presse* sur le site du SIDIEF pour connaître les démarches d'associations et d'organismes ainsi que la suite de ce dossier.

Consultez le mémoire du SIDIEF : *La formation universitaire des infirmières et infirmiers : une réponse aux défis des systèmes de santé*, disponible sur le site Web du SIDIEF (www.sidiief.org) à la rubrique *Publications du SIDIEF*. ☺

PARTICIPATION DU SIDIEF AU SYMPOSIUM FRANCOPHONE DE MÉDECINE 2012

Une réalisation de Médecins francophones du Canada

Le SIDIEF a collaboré de nouveau à l'organisation de deux ateliers dans le cadre du Symposium francophone de médecine qui s'est tenu du 17 au 19 octobre 2012, au Palais des Congrès de Montréal (Canada). Le SIDIEF a délégué des représentants de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont (Canada), membre promoteur, pour présenter les ateliers suivants :

Atelier sur les enjeux éthiques en fin de vie : prévenir les malentendus

Christine Lapointe,
infirmière praticienne spécialisée en néphrologie (IPSN)

Secteur pré dialyse, Hôpital
Maisonneuve-Rosemont

IPS associée à la Faculté des sciences
infirmières, Université de Montréal
En collaboration avec la
D^{re} Marie-Françoise Mégie

Plusieurs principes éthiques sont impliqués dans les situations cliniques en soins palliatifs. Premièrement, l'autonomie, qui se définit par la capacité du malade à faire des choix éclairés, s'exprime en soins palliatifs par l'importance de transmettre la vérité à la personne soignée (une vérité qui doit être accompagnée de la part des professionnels de la santé), sur la nature des informations à transmettre à la famille et sur la nécessité d'une prise de décision quant au niveau de soins et au lieu du décès. Déterminer le niveau d'intensité thérapeutique d'un malade, c'est beaucoup plus que de seulement déterminer si la réanimation est désirée ou non, c'est de s'assurer que la personne soignée reçoit les soins qu'elle désire et qui sont

appropriés à son état, ni plus ni moins. En effet, selon Béland (2002), c'est un moyen d'éviter les deux grands dangers de la thérapeutique, c'est-à-dire l'abandon et l'acharnement. Le principe de bienfaisance est, en général, l'obligation de faire du bien au malade, de ne pas lui nuire et d'agir en fonction du plus grand bénéfice pour lui. En soins de fin de vie, ce principe s'illustre par l'importance de veiller à ce que la personne soignée reçoive les soins que nécessite son état, de contrôler de façon optimale la douleur et les autres symptômes, et finalement de maintenir son intégrité physique et psychologique. Le principe de non-malfaisance est quant à lui l'obligation de ne pas faire de tort au malade. Il est donc impliqué dans la proportionnalité des traitements, dans l'information à transmettre au malade et à ses proches ainsi que dans le principe de l'acte à double effet. Le quatrième et dernier principe éthique important est celui de la justice et de l'équité qui reconnaît que chaque vie humaine a la même valeur.

En soins de fin de vie, il s'agit de s'assurer d'une juste utilisation des ressources disponibles, de savoir gérer les demandes parfois disproportionnées du malade ou de sa famille concernant la mobilisation des ressources hospitalières et communautaires (ex. : un patient qui souffre d'un cancer de la prostate avec métastases osseuses généralisées et qui désire obtenir un scan pour savoir où en sont rendues ses métastases) (Mégie et Foucault, 2009).

Lorsque nous traitons du dialogue éthique avec la personne en fin de vie et avec ses proches, nous souhai-



MÉDECINS
FRANCOPHONES
DU CANADA

tons aussi savoir comment les inclure dans le plan d'intervention tout en les préservant de l'épuisement. Pour accompagner une personne et sa famille du curatif au palliatif, Morrison (2004) et Wright (2008) traitent de l'importance de combler les besoins les plus prévalents en fin de vie, soit : le souhait de voir la douleur et les autres symptômes s'estomper, le souhait du respect de la qualité de vie, le souhait d'être informé et de recevoir du soutien, le souhait de respecter l'intégrité de la famille et le souhait de maintenir un sentiment de contrôle. L'utilisation en soins palliatifs du modèle de Chochinov (2002) est aussi une stratégie gagnante non seulement pour bien saisir la situation éthique vécue, mais aussi pour donner des stratégies d'intervention utiles en accord avec les valeurs de la personne soignée et de sa famille. En effet, le modèle de dignité de Chochinov (2002) est un modèle empirique issu d'études qualitatives qui cherchent à nommer certains facteurs qui peuvent influencer le sens de la dignité chez une personne en fin de vie. Il comprend trois grandes catégories qui déterminent comment l'individu peut percevoir le respect de sa dignité à l'approche de la mort. Chacune de ces catégories se divise en sous-catégories qui procurent un fil conducteur à l'équipe de soins des avenues thérapeutiques à explorer qui peuvent influencer la perception de l'individu quant au respect de sa dignité. »

Références

- Béland, G., Bergeron, R. (2002). Les niveaux de soins et l'ordonnance de ne pas réanimer. *Le Médecin du Québec*, 37(4), 105-111.
- Chochinov, H. M. (2002). Dignity-Conserving care – A new model for palliative care. *JAMA*, 287(17), 2253-2260.
- Chochinov, H. M. (2008). Dignity. Dignity? Dignity! *Journal of Palliative Medicine*, 11(5), 674-675.
- Durand, G. (1989). *La bioéthique*. Canada : Éditions du Cerf.
- Ladouceur, R. (2004). L'intensité des soins et la réanimation en fin de vie. *MedActuel FMC*, janvier 2004. p. 3-11.
- Mégie, M.-F. (2001). Questions de fin de vie... questions d'éthique. *Le Médecin du Québec*, 36(6), 35-39.
- Mégie, M.-F., Foucault, C. (2009). Quelques problèmes éthiques en fin de vie. PowerPoint/Conférence Québec Canada, juin 2009.
- Morrison, R. S., Meier, D. E. (2004). *Clinical Practice : Palliative Care*. *NEJM*, 350, 2582-2590.
- Wright, A. A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J. W., Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S. L., Jackson, V. A., Block, S. D., Maciejewski, P. K., Prigerson, H. G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*, 300(14), 1665-1673.

Atelier sur le traitement du diabète en insuffisance rénale

Chantal Fortin,
infirmière praticienne spécialisée en
néphrologie (IPSN)

Hôpital Maisonneuve-Rosemont
En collaboration avec le
Dr Michel Vallée, néphrologue

Plus de deux millions de Canadiens (6,1 % de la population) sont diabétiques¹, et plus encore ne sont pas diagnostiqués. Le développement du diabète est associé au vieillissement, à l'historique familial, à la sédentarité et au surpoids². Une des complications qui lui est attribuable est la néphropathie diabétique (ND).

En 2006, le diabète (DM) était la cause la plus fréquente d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), et cette dernière connaît l'augmentation la plus marquée³. Au Canada, entre 1995 et 2004, 40 % des patients atteints d'IRCT qui ont amorcé un traitement de suppléance rénale souffraient de diabète. Qui plus est, une revue exhaustive de la littérature faite en 2007⁴ a mis en évidence la combinaison délétère concomitante de l'IRC et du DM sur les maladies cardiovasculaires.

Dans ce contexte, il devient très judicieux de se questionner sur les signes cliniques et l'histoire naturelle de la ND, les objectifs thérapeutiques, le traitement approprié, la réduction du risque d'événements cardiovasculaires.

Il n'y a pas de manifestation clinique de la ND avant perte de 70-90 % de la fonction rénale. Au premier stade de la ND, défini par une micro albuminurie

binasion IECA et diurétique de type thiazidique. Quant aux études de cibles tensionnelles (UKPDS, 1998; ABCD, 2002; ADVANCE, 2007; ACCORD, 2010; MDRD, 1994; AASK, 2002 & 2010; REIN-2, 2005), elles nous ont démontré qu'il n'y avait pas d'avantages à viser une tension artérielle inférieure à 140 / 90, sauf en présence de micro ou de macro-albuminurie où une cible de 130 / 80 serait préférable, chez les patients



Crédit photo : Médecins francophones du Canada

> 30 mg/jour ou un ratio micro albuminurie / créatinine urinaire > 2 mg/mmol chez l'homme ou > 2,8 mg/mmol chez la femme^{5,6}, l'hypertension artérielle est fréquente, mais souvent asymptomatique. L'augmentation de la filtration glomérulaire, l'apparition d'une micro albuminurie puis d'une protéinurie et d'hypertension feront progresser la ND sur une période de 10 à 20 ans avant l'IRCT⁷.

Les études^{8,9} sur le traitement de l'hypertension nous démontrent que la maîtrise rigoureuse de la tension artérielle réduit les manifestations cardiovasculaires chez les patients diabétiques. Le traitement combiné d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) avec un inhibiteur calcique est supérieur à la com-

diabétiques ou insuffisants rénaux.

Selon Ritz et Reinhold¹⁰, le risque de développer une IRCT est le même pour les DM de type 1 et de type 2. La bonne nouvelle est que le bon contrôle prévient l'IRCT¹¹. Néanmoins, en présence d'IRC, des précautions supplémentaires doivent être prises. La véritable cible d'hémoglobine glycosylée (HbA1C) est inconnue en IRCT en raison de la demi-vie diminuée des globules rouges en milieu urémique. Nous croyons qu'il serait judicieux de cibler une HbA1C < 7 % pour tous, 6 % pour les patients dialysés et 6,5 % au stade 5 de l'IRCT. De plus, l'IRC est un sérieux adversaire au contrôle du DM. La plupart des médicaments antihyperglycémiants doivent être ajustés à partir d'un débit de filtration glomérulaire

>>>

laire estimée à 50 ml/min et deviennent même contre-indiqués à partir de 30 ml/min.

Nous ne pouvons donc que nous rabattre sur l'insuline qui elle aussi doit être utilisée avec prudence, car les besoins en insuline diminuent en fonction de la clairance de la créatinine¹².

La prévention de la ND, grâce à une prise en charge efficace du DM par une synergie d'interventions continues de tous les membres de l'équipe de soins⁵, repose sur un bon contrôle de la glycémie et de la tension artérielle. Interventions ne pouvant être efficaces qu'en formant un partenariat avec le patient et sa famille.

Références

1. *Statistique Canada* (2011). Enquête canadienne sur les mesures de la santé. Consulté en août 2012. Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2012001/article/11659-fra.htm>.
2. Millar, W. J., & Young, T. K. (2003). Tracking Diabetes: Prevalence, Incidence, and Risk Factors. *Health Report*, vol. 14(3), p. 35-47.
3. Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2006). *Traitement du stade terminal de l'insuffisance organique au Canada de 1995 à 2004 : (Rapport annuel de 2006)*. Registre canadien des insuffisances et des transplantations d'organes. ICIS : Ottawa.
4. National Kidney Foundation (2007). Clinical Practice Guidelines and Clinical Practice Recommendations for DIABETES AND CHRONIC KIDNEY DISEASE. *American Journal of Kidney Diseases*, vol. 49(2), suppl. 2, p. S1-S182.
5. Association canadienne du diabète (2008). Lignes directrices de pratique clinique 2008 de l'Association canadienne du diabète pour la prévention et le traitement du diabète au Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 32, suppl. 1, p. S1-S225.
6. John Feehally, J., Floege, J., & Johnson, J. R. (2008). *Comprehensive Clinical Nephrology* (3e éd.). Elsevier éditeur : É.-U.
7. Hannedouche, T. (2007). *Néphropathie diabétique : Signes et diagnostic*. Consulté en août 2012. Internet : http://www.nephrohus.org/s/spip.php?article100&var_recherche=diab5C3%A8te.
8. Weber, M. A., Bakris, G. L., Jamerson, K., Weir, M., Kjeldsen, S. E., Devereux, R. B., Velazquez, E. J., Dahlöf, B., Kelly, R., Hua, T. A., Hester, A., & Pitt, B. (2010). Cardiovascular Events During Differing Hypertension Therapies in Patients With Diabetes. *Journal of American College of Cardiology*, 56(1), p. 77-85.
9. UK Prospective Diabetes Study Group (1998). Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDS 38. *British Medical Journal*, 317, p. 703-713.
10. Ritz, E., & Reinhold Orth, S. (1999). Nephropathy in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *New England Journal of Medicine*, 341, p. 1127-1133.
11. DCCT/EDIC Research Group (2011). Intensive Diabetes Therapy and Glomerular Filtration Rate in Type 1 Diabetes. *New England Journal of Medicine*, 365, p. 2366-2376.
12. Biesenbach, G., Raml, A., Schmekal, B., & Eichbauer-Sturm, G. (2003). Decreased insulin requirement in relation to GFR in nephropathic Type 1 and insulin-treated Type 2 diabetic patients. *Diabetic Medicine*, 80(8), p. 642-645. ☺

PRÉSENTATION DU RÉSEAU DE RECHERCHE EN INTERVENTIONS EN SCIENCES INFIRMIÈRES DU QUÉBEC

par **Sylvie Cossette** et **Nancy Feeley**, codirectrices du RRISQ
Jacinthe Pepin et **Carl-Ardy Dubois**, directeurs associés du RRISQ

Le « Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec » (RRISQ), subventionné par le Fonds de recherche du Québec – Santé (FRQ-S) a pour but de créer les synergies nécessaires en recherche infirmière qui permettront de faire face aux priorités de soins de santé au Québec et partout dans le monde. Mentionnons la gestion des problèmes de santé aigus et chroniques, jusqu'aux soins de fin de vie, les soins aux populations vulnérables, âgées, en contexte de pauvreté et les nouveaux immigrants, les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles

mentaux et leurs aidants familiaux, et celles atteintes du VIH. Ces clientèles requièrent des soins de qualité accessibles et sécuritaires.

Le RRISQ a pour mission de stimuler et de soutenir le développement et l'application des connaissances sur les interventions en sciences infirmières pour améliorer la santé et les soins de santé en intégrant trois domaines de recherche qui déterminent la qualité des soins : la compétence clinique, l'organisation des services infirmiers et une formation infirmière de qualité. Le développement des connaissances

sur des interventions qui interpellent plus d'un domaine et leur application auprès des patients sont des conditions essentielles pour assurer cette qualité. La mise en application de ces résultats de recherche permet d'améliorer la santé de la population grâce aux 70 000 infirmières du Québec qui jouent des rôles clés dans le système de santé. >>>

Réseau de recherche en interventions en sciences infirmières du Québec



Quebec Nursing Intervention Research Network

Les trois axes ou regroupements stratégiques (RS) sont le cœur scientifique du Réseau :

- Un premier regroupement stratégique (RS) mène des travaux de recherche qui portent sur la gestion des maladies chroniques et des soins de fin de vie, avec l'utilisation de nouvelles technologies de l'information et des communications en soins (TIC) ou d'interventions novatrices auprès de la personne et de la famille.
- Un deuxième RS mène des travaux portant sur l'accessibilité, la continuité et la sécurité des soins autant en soins de première ligne que lors de transitions et dans les autres secteurs de soins (secondaires, tertiaires, réadaptation, autres).

- Un troisième RS se concentre sur les interventions personnalisées reflétées par des soins humanistes et ciblant les personnes vulnérables, ainsi que sur l'évaluation et la gestion des symptômes.

En soutien aux chercheurs des trois RS, trois plateformes ont été créées :

- une plateforme qui offre des ressources à la communauté du Réseau;
- une plateforme qui se spécialise dans le transfert de connaissances;
- une plateforme qui porte sur le développement international.

Avec l'aide financière des quatre universités partenaires (Université de Montréal, Université McGill, Université de Sherbrooke et Université Laval) et de la Fondation de l'Ordre des

infirmières et infirmiers du Québec (FRESIQ), le soutien à la formation de la relève en recherche en interventions fait partie de la mission du RRISIQ.

Le RRISIQ offre une communauté de recherche qui permet les échanges menant à un enrichissement des questions étudiées par ses membres. Il sert de levier pour créer des opportunités de création, de cohésion et d'intégration des domaines de recherche pour contribuer à des soins de qualité. ☺

Pour plus de renseignements, consultez le site du Réseau :

www.rrisiq.com/



Jacinthe Pepin, Sylvie Cossette, Nancy Feeley et Carl-Ardy Dubois.

APPLICATION « iPansement® »

par

Laurent Klein

Infirmier diplômé d'État

Diplôme universitaire « Plaies, Brûlures et Cicatrisation »

Membre de la Société Française et Francophone des Plaies et Cicatrisations (SFFPC)

Membre de l'European Wounds Management Association

contact@ipansement.fr

En tant qu'infirmier libéral, je suis confronté dans mon quotidien de soignant à la prise en charge des plaies et au suivi de la cicatrisation de celles-ci. Étant donné la multiplicité des dispositifs existants, il n'est jamais simple d'associer le bon pansement au bon stade de la plaie. Aujourd'hui, l'avènement des téléphones intelligents permet la création d'outils d'aide à la décision, notamment pour les personnels de santé.

Dans le domaine des plaies et de la cicatrisation, j'ai imaginé, élaboré puis créé une application destinée aux professionnels de la santé : infirmiers, médecins, pharmaciens et étudiants. »»



Cette application se devait de répondre aux critères suivants :

- Une utilisation pratique, des solutions concrètes, pour une activité libérale ou hospitalière.
- Une réflexion basée sur les différents **stades des plaies**.
- Des guides référentiels, des scores d'évaluation et les dernières recommandations d'experts (**H.A.S**, European Wound Management Association...).
- Les dispositifs et pansements distribués par les laboratoires, et ce, en toute **indépendance**.
- Un flux d'actualité intégré spécifique.
- La possibilité d'utiliser l'application en **mode hors-ligne**, partout, en tout temps.



Aujourd'hui, j'ai le plaisir de vous annoncer que l'application « **iPansement®** » est accessible sur l'**App Store** et sur **Android**.

En parallèle à l'application, j'ai mis en place un forum Internet entièrement dédié au sujet « Plaies et Cicatrisation » accessible à l'adresse suivante : www.ipansement.fr.

Les professionnels de la santé médicaux et paramédicaux y échantent d'ores et déjà à propos de leurs cas cliniques, des dispositifs ou encore de l'actualité spécialisée.

L'association de l'application « iPansement® », de son forum, de sa page Facebook® et de son compte Twitter® (@ipansement) est fédératrice d'une communauté de

soignants soucieux de partager et d'optimiser leur prise en charge au quotidien dans le domaine spécialisé « Plaies et Cicatrisation ».

Souhaitant relayer cette information à l'ensemble de la communauté soignante médicale et paramédicale, je vous serais extrêmement reconnaissant de bien vouloir diffuser ce communiqué. ☺

CONNECTING NURSES



La plateforme Connecting Nurses, une initiative de Sanofi, développée en collaboration avec des organisations infirmières, dont le SIDIEF, a pour mission d'offrir aux infirmières et infirmiers du monde entier un forum qui leur permet de partager leurs idées, conseils et innovations. Ce réseau de partage de connaissances et de ressources offre aux infirmières et infirmiers de nouveaux outils pour enrichir et valoriser leur pratique et renforcer leurs rôles de première ligne dans la santé et l'amélioration des soins :

- **Volet Care Challenge** : Affichez vos projets novateurs. Dans la section réservée aux soins généraux, vous pouvez publier vos projets de manière permanente afin de faire connaître vos innovations dans les domaines

suivants : éducation, pratique, recherche. Dans la section qui concerne les maladies chroniques, l'année 2012 est consacrée au diabète. Découvrez les innovations de vos collègues de l'édition de 2011, une centaine de projets publiés. <http://www.care-challenge.com/fr>

- **Volet Shareapy** : Inscrivez-vous et partagez des articles, sites Web, événements ou autres documents d'intérêt pour la profession avec l'ensemble de la communauté infirmière. Plus il y aura d'infirmières et d'infirmiers francophones qui afficheront des liens, plus la plateforme sera dynamique et riche. N'hésitez pas à publier des références sur la plateforme. <http://fr.connecting-nurses.com/web/> ☺



SIDIIEF

SECRÉTARIAT INTERNATIONAL DES INFIRMIÈRES
ET INFIRMIERS DE L'ESPACE FRANCOPHONE

4200, boul. Dorchester Ouest, Westmount (Québec), Canada H3Z 1V4
Téléphone : (++) 1.514.849.60.60 • Télécopieur (++) 1.514.849.78.70
www.sidiief.org

Le SIDIIEF est doté du statut consultatif auprès de l'Organisation internationale de la Francophonie.

© Secrétariat international des infirmières et infirmiers de l'espace francophone, 2013

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada, 2013
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2013
ISSN : 1606-9447