SOINS D'URGENCE

PRINTEMPS 2021
Vol. 2, No 1

AIIUQ — LA REVUE DE L'ASSOCIATION DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS D'URGENCE DU QUÉBEC

LE TRANSFERT DES AÎNÉS DES RÉSIDENCES POUR PERSONNES ÂGÉES VERS L'URGENCE : L'ÉTAT ACTUEL DES CONNAISSANCES

PRATIQUE CLINIQUE
Comment assurer une prise en charge optimale d'un patient en salle de réanimation?

FORMATION
La formation continue sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique pour les infirmières de l'urgence générale

PRATIQUE CLINIQUE
Les 10 choses à savoir sur la ventilation par ballon-masque!

DÉPÔT LÉGAL 2021
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Rédacteur en chef
Guillaume Fontaine, inf., Ph. D.

Éditeurs associés
Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Nathalie Cloutier, inf, M. Sc., MBA (cand.)
Gabriela Peguero Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)
William Tessier, inf., B.Sc., Ét. M.Sc.
Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc.

Comité de révision
Caroline Renaud, inf., M. Sc., IPSPL
Catherine Desmarais, inf., M. Sc., IPSPL
Claudie Roussy, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Eva Romano, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Geneviève Robert, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Jessie Carrier, inf., B. Sc., Ét. M. Sc., IPSPL
Kim Laflamme, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Stéphan Lavoie, inf., Ph. D.
Ugo Desjardins, MD, Urgentologue
Valérie Dionne, inf., M. Sc., IPSSA (cardiologie)
Andréane Lavallée, inf., Ph. D.
Marc-André Maheu-Cadotte, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)

Chargée de projet
Virginie Streuli

Conception graphique
L'ASSOCIÉ, inc.

Publicité
Sonia Molina, Responsable des partenariats
gestion@aiiuq.qc.ca

Conseil d'administration de l'AIIUQ
Nathalie Cloutier, inf., M. Sc. – Présidente
Joannie St-Pierre, inf., M. Sc. – Vice-Présidente
Guillaume Fontaine, inf., Ph. D. – Secrétaire
Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.) – Trésorière
Geneviève Simard, inf., B. Sc. – Administratrice
Josée Desrochers, inf., B. Sc. – Administratrice
Marianne Leblond, inf., B. Sc. – Administratrice
Josiane Arsenault, inf., B. Sc. – Administratrice
Gabriela Peguero Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.) – Administratrice

Comité développement de l'AIIUQ
William Tessier, inf., B.Sc., Ét. M.Sc. – Président
Carol-Anne Joncas, inf. – Vice-Présidente
Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.) – Représentente du CA
Alexandre Arsenault, inf., B. Sc. – Conseiller
Claudia Hébert-Beaudoin, inf., B. Sc. – Conseillère
Gabriel Rivard, inf., B. Sc. – Conseiller
Tania Jessica Caron, inf., B. Sc. – Conseillère
Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc. – Conseillère

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

C.P. 89022 CSP Malec, Montréal (Québec) H9C 2Z3
T. 1 833 33-AIIUQ / info@aiiuq.qc.ca
AIIUQ.QC.CA

POLITIQUE ÉDITORIALE

Soins d'urgence est publiée deux fois par année par l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ). Les opinions et points de vue qui y sont exprimés n'engagent que leurs auteurs. Les annonces qui y sont présentées n'engagent que les annonceurs. Aucune reproduction n'est permise sans autorisation. Le terme « infirmière » est généralement employé afin de faciliter la lecture, mais cela inclut également les infirmiers.

SOMMAIRE

PRINTEMPS 2021 - Vol. 2, No 1

04 ÉDITORIAL
Un nouveau numéro et du nouveau dans l'équipe!
par l'équipe éditoriale de la revue *Soins d'urgence*

06 ÉDITORIAL
L'AIIC : la voix politique des infirmières et infirmiers au Canada
par Sylvain Brousseau

08 ÉDITORIAL
L'AIIUQ : ce que nous sommes, ce que nous faisons et où nous allons
par Nathalie Cloutier

11 PRATIQUE CLINIQUE
Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : l'état actuel des connaissances

21 EN BREF
Les Prix Reconnaissance de l'AIIUQ

22 PRATIQUE CLINIQUE
Comment assurer une prise en charge optimale d'un patient en salle de réanimation?

27 PRATIQUE CLINIQUE
Les 10 choses à savoir sur la ventilation par ballon-masque!

34 FORMATION
L'intégration des infirmières nouvellement diplômées à l'urgence : analyse et recommandations

41 FORMATION
La formation continue sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique pour les infirmières de l'urgence générale

51 EN BREF
Le mémoire de l'AIIUQ pour les États généraux 2021 de l'OIIQ

ÉDITORIAL

Un nouveau numéro et du nouveau dans l'équipe!

Le comité éditorial est très heureux de vous présenter la troisième édition de la revue *Soins d'urgence*. Chaque nouveau numéro est pour nous source de fierté, puisque cela nous permet de mettre en lumière des articles de haute qualité écrits par des cliniciens et des chercheurs passionnés provenant de partout à travers le Québec. Ce numéro ne fait donc pas exception. En ce sens, nous tenons à remercier sincèrement tous ceux et celles qui y ont contribué en partageant leur expertise et leur savoir.

Par le biais de la revue *Soins d'urgence*, nous désirons mettre de l'avant des articles qui touchent la pratique clinique directe ainsi que des articles qui abordent d'autres aspects de la profession infirmière, comme la collaboration, le leadership, la formation et la gestion. Dans ce numéro, vous serez en mesure d'enrichir vos connaissances sur les différentes sphères de la pratique clinique d'urgence, mais aussi sur le domaine de la formation infirmière en salle d'urgence.

Pour débuter ce numéro, nous avons le plaisir de vous présenter un éditorial écrit par Sylvain Brousseau, président-désigné de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC). Cet éditorial nous permet de comprendre davantage le mandat et les objectifs de l'AIIC. Puis, l'éditorial de Nathalie Cloutier, présidente de l'Association des infirmières et infirmiers du Québec (AIIUQ), nous présente le parcours de l'AIIUQ ainsi que son bilan en tant que présidente depuis les trois dernières années.

Le premier article clinique de ce numéro, écrit par Dominique Labbée, touche la prise en charge des patients en salle de réanimation. Elle présente des principes-clés du *Crisis Resource Management*, dont ceux relatifs à la communication au sein d'une équipe pour optimiser la prise en charge des patients en situation critique. Plusieurs stratégies décrites dans cet article peuvent être facilement intégrées en pratique clinique pour améliorer la communication, dont les « 3 C » : appeler la personne par son nom (*call by name*); être clair et concis (*clear and concise*); et boucler la boucle (*close de loop*). L'article en page de couverture, rédigé par Gabriela Peguero-Rodriguez et collaborateurs, traite du transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers la salle d'urgence. L'article soulève plusieurs dimensions de cette problématique, ainsi que des pistes d'amélioration potentielles pour la prise en charge de cette clientèle à l'urgence. Enfin, le troisième article clinique, également rédigé par Gabriela Peguero-Rodriguez et collaborateurs, porte sur les éléments essentiels à savoir sur la ventilation par ballon-masque. Même si d'autres professionnels sont spécialisés dans l'exécution de cette technique, il n'en demeure pas moins que l'infirmière d'urgence doit être en mesure de l'utiliser dans des situations cliniques le requérant.

Le mois de mai est généralement caractérisé par l'accueil des candidates à l'exercice de la profession infirmière (CEPI) dans les milieux cliniques. À ce titre, l'article rédigé par William Tessier et collaborateurs soulève l'importance de l'accompagnement des infirmières nouvellement diplômés (IND) à la salle d'urgence lors de leur première année de pratique. En raison du contexte pandémique actuel, l'intégration des IND à l'urgence est particulièrement complexe. D'ailleurs, le vieillissement de la population, la complexification des soins, l'adaptation des procédures cliniques et la réorganisation des lieux physiques des salles d'urgence compliquent l'accompagnement des IND en début de carrière. Cet article fait donc état de stratégies très pertinentes pour favoriser l'intégration et la rétention des IND à l'urgence. Enfin, le dernier article de ce numéro, rédigé par Mathilde Blanchette et collaborateurs, discute d'une formation continue offerte à des infirmières au sein d'urgences générales à propos de la prise en charge de la clientèle pédiatrique. Cet article présente des pistes intéressantes pour améliorer les connaissances des infirmières sur les soins pédiatriques à l'urgence.

En conclusion, c'est avec grand plaisir que nous vous annonçons qu'Alexandra Lapierre, infirmière clinicienne et candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université de Montréal, occupera le poste de rédactrice en chef de la revue *Soins d'urgence* à partir du 15 mai 2021. De plus, Gabriela Peguero-Rodriguez, infirmière clinicienne, candidate au doctorat en sciences infirmières à l'Université d'Ottawa et professeure adjointe à l'Université du Québec en Outaouais, occupera le poste de rédactrice en chef adjointe à partir de la même date. Elles seront épaulées dans la gestion de la revue par William Tessier et Mirelle Gagnon-Gervais, membres actifs du comité développement de l'AIIUQ.

Merci à nos partenaires, le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava, Solutions Nursing et le Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), pour leur soutien. Nous tenons à vous rappeler

que si vous avez de l'intérêt à rédiger un article pour la revue *Soins d'urgence*, nous sommes disponibles pour vous guider et vous accompagner dans ce processus. Pour discuter d'un projet d'article ou poser une question, nous vous invitons ainsi à écrire à alexandra.lapierre@umontreal.ca. Il nous fera grand plaisir de discuter avec vous. ■

Guillaume Fontaine, inf., Ph. D.
Rédacteur en chef

Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B. Sc. Ph. D. (cand.)
Éditrice associée

Alexandra Lapierre, inf., M. Sc., Ph. D. (cand.)
Éditrice associée

Nathalie Cloutier, inf., M. Sc.
Éditrice associée

William Tessier, inf., B. Sc., Ét. M. Sc.
Éditeur associé

Mirelle Gagnon-Gervais, inf., B. Sc.
Éditrice associée

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

Être membre de l'AIIUQ vous apportera plusieurs avantages professionnels ainsi qu'une mise à jour des connaissances en soins d'urgence et vous permettra de participer au développement de celles-ci.

RABAIS AVANTAGEUX

- Prix réduit sur les formations de l'AIIUQ (CTAS, toxicologie, ACLS, EPICC, EPICC PÉDIATRIQUE, Cardiologie, Atelier Intra-Osseuse, RCR, TNCC)
- Prix réduit sur le congrès annuel de l'AIIUQ et les Symposiums

SOUTIEN EN TOUT TEMPS

Soutien via courriel ou téléphone pour répondre à vos questions sur les soins d'urgence.

ACCÈS PRIVILÉGIÉS

- Accès gratuit à la plateforme de formation en ligne en médecine d'urgence TopSI ;
- Accès en ligne à tous les numéros de la revue *Soins d'urgence* et envoi de la revue par courriel ;
- Revue Soins d'urgence ;
- Accès à des annonces spécialisées en soins d'urgence sur la section membres du site Internet.
- Accès aux Prix Reconnaissance remis lors du Congrès annuel (Prix Excellence, Prix Relève et deux bourses de 500 $ et de 1 000 $).
- Accès gratuit pendant un an à l'application mobile EZDrips.

Sylvain Brousseau, Ph. D., inf., M. Sc. (administration des services infirmiers)
Président désigné de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada
Professeur agrégé au département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

ÉDITORIAL

L'AIIC : la voix politique des infirmières et infirmiers au Canada

Depuis sa création en 1908, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIC) est la seule organisation pancanadienne représentant la profession infirmière tant sur le plan national qu'international. L'AIIC a comme objectif d'accroître la notoriété de la profession et de contribuer à l'avancement de la pratique de façon à faire reconnaître le rôle majeur de ses professionnels tout en visant l'amélioration des soins de santé de toute la population, et ce, d'est en ouest et du nord au sud. L'AIIC poursuit ses objectifs en concentrant ses actions via trois piliers principaux :

1. La pratique professionnelle – Une priorité majeure pour l'AIIC. Nous nous engageons à fournir tout le soutien possible et offrir des opportunités de développement professionnel, du matériel pédagogique et des outils adaptés aux infirmiers-ères en leur offrant divers programmes de certification comprenant 19 spécialités de la pratique infirmière, notamment en soins d'urgence et soins intensifs pour la clientèle adulte et pédiatrique.
2. Plaidoyer et politique – L'AIIC, en se basant sur la perspective infirmière et l'expertise de ses membres, joue un rôle prioritaire dans l'influence des politiques de santé tant au niveau fédéral qu'en collégialité avec les provinces et territoires, et ce, toujours dans le but d'améliorer la santé des Canadiens avec un souci constant de veiller au mieux-être de ses professionnels.
3. Le leadership – Depuis maintenant 113 ans, l'AIIC promeut le leadership des infirmiers-ères tant au Canada qu'à l'étranger. L'AIIC croit fermement que tous les infirmiers-ères sont des chefs de file dans leur milieu, et c'est grâce à l'unification de nos voix et à nos actions collectives que nous pouvons et ferons une différence dans les soins de santé au Canada et dans le monde.

LA CONTRIBUTION DE L'AIIC FACE À LA COVID-19

Depuis que la COVID-19 a été déclarée pandémie mondiale en mars 2020, les infirmiers-ères ont été à l'avant-garde, jouant un rôle essentiel contre ce virus mortel au Canada. Bien que l'année dernière n'a certainement pas été « l'année internationale de l'infirmière et sage-femme » que nous avions imaginée, elle a démontré le leadership de premier plan, la résilience et l'engagement de tous ces professionnels, et tout particulièrement des infirmiers-ères. Depuis le début de la pandémie, l'AIIC surveille de près l'évolution de la situation et travaille avec tous les paliers gouvernementaux pour s'assurer que les infirmiers-ères continuent d'avoir un accès adéquat à l'équipement de protection individuelle, ainsi qu'à des lignes directrices claires, cohérentes et fondées sur des résultats probants. Depuis le début de la pandémie, l'AIIC a également organisé de nombreuses réunions avec des décideurs de tous les niveaux, y compris la ministre fédérale de la santé, en plaidant pour la mise en place de normes nationales de soins de longue durée ainsi que son financement, l'ajout d'un montant supplémentaire en fonction des facteurs démographiques au transfert canadien en matière de santé et la promotion des soins virtuels au Canada.

Alors que cette pandémie se poursuit et que les urgences et les soins intensifs des hôpitaux du pays font face à des débordements, l'AIIC reconnaît que les infirmiers-ères, notamment en soins d'urgence, font face à une surcharge de travail inégalée. L'AIIC est préoccupée par l'épuisement professionnel et le bien-être physique et mental des infirmiers-ères ainsi que de tous les travailleurs de la santé. C'est pourquoi nous demandons au gouvernement fédéral, en collaboration avec les provinces et territoires, de tout mettre en œuvre pour s'assurer qu'un soutien en santé mentale durable, accessible et à long terme soit mis à la disposition de ces professionnels, pendant et après

la pandémie. Bien évidemment, l'approbation des différents vaccins contre la COVID-19 par Santé Canada, est un élément clé dans ce combat et plus que bienvenue par l'AIIC. Cependant, nous reconnaissons que de nombreux défis y sont associés, tels que les pénuries ou retards d'approvisionnement en plus de la méfiance de certains à l'égard des vaccins, l'AIIC sera toujours en faveur d'une distribution efficace et sans discrimination de ceux-ci à travers tout le pays.

À la mi-décembre, l'AIIC a d'ailleurs publié une déclaration nationale de soutien à la vaccination. L'AIIC considère qu'il y a des preuves significatives basées sur la science que les vaccins sont sécuritaires, efficaces et qu'ils constituent le meilleur moyen de se protéger contre les maladies infectieuses. *L'AIIC appuie les recommandations du Comité consultatif national de l'immunisation et recommande à toutes les personnes vivant au Canada de se faire vacciner dès que le vaccin devient disponible.* En 2021, notre objectif est de passer de la réponse à la COVID-19 au rétablissement de la population et à la reprise des activités post-pandémiques au pays. L'AIIC collabore aussi activement avec le gouvernement fédéral pour veiller à ce que les lacunes du système de santé qui ont été mises en évidence par la COVID-19 soient comblées, de concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux.

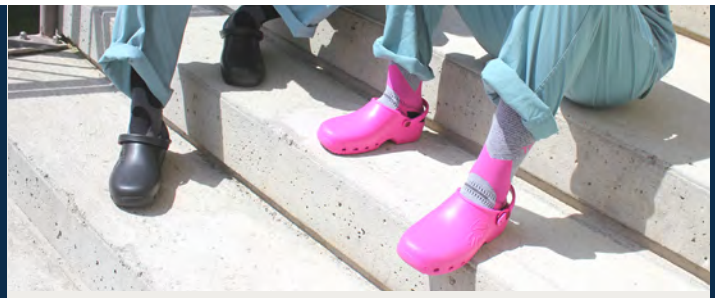
LES AUTRES CHANTIERS DE L'AIIC

En plus de notre travail lié à la COVID-19, nous avons été très actifs contre le racisme dans le système de santé. Nous reconnaissons que le racisme provoque des inégalités sociales, économiques et sanitaires qui sont inacceptables. L'AIIC a d'ailleurs réuni un groupe d'experts canadiens et internationaux sur les mouvements sociaux et le changement pour éclairer son travail envers le racisme à l'égard des personnes noires dans les soins infirmiers et les services de santé. Dans un autre volet de nos activités, nous travaillons activement, depuis les trois dernières années, avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada pour déterminer la bonne conduite à suivre, en tenant compte de notre histoire en soins infirmiers, liée aux Peuples autochtones, à leur santé et à la discrimination dont ils font l'objet.

Finalement, mentionnons aussi que l'AIIC continue de s'engager à fournir et à favoriser le leadership infirmier par l'entremise de l'Académie canadienne des sciences infirmières. Cette année, nous prévoyons intensifier nos activités, notamment, en établissant des communautés de pratique (ou d'engagement) pour les leaders novices en émergence, les infirmiers-ères gestionnaires, les infirmiers-ères cadres et les infirmiers-ères travaillant dans les domaines de la recherche, de l'informatique et des politiques publiques.

Nul doute pour moi qu'il importe que TOUS les infirmiers-ères doivent maintenant, plus que jamais, devenir membres de l'AIIC ! Je suis particulièrement honoré et fier d'avoir été élu président désigné de cette organisation et j'anticipe avec grand enthousiasme de devenir le 50e président en juin 2022. En terminant, j'invite les infirmières et infirmiers à se joindre à l'AIIC.

Sylvain Brousseau, Ph. D., inf., M. Sc.
(administration des services infirmiers)
Président désigné de l'Association des infirmières et infirmiers du Canada
Professeur agrégé au département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
sylvain.brousseau@uqo.ca



TOUT POUR VOTRE
CONFORT

DÉCOUVREZ NOS PRODUITS
MICHAUDMEDICAL.CA | CALZURO.CA

AGENT AUTORISÉ : JIANI MEDICAL & SPORTS
BV SPORT BOOSTER VEINES | CEP COMPRESSION
EPITACT ORTHÈSES SPORTIVES | SEMELLES COMFORT TRE
SABOTS CALZURO PROFESSSIONAL FOOTWEAR

MICHAUD MÉDICAL

JEAN-FRANÇOIS MICHAUD | JF@MICHAUD-MEDICAL.CA | 514-730-4385

Nathalie Cloutier, inf., M. Sc., MBA (cand.)
Présidente de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ)

ÉDITORIAL

L'AIIUQ : ce que nous sommes, ce que nous faisons et où nous allons

CE QUE NOUS SOMMES

L'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ), fondée en 1985, a comme mission de soutenir et d'accompagner ses membres dans leur travail au quotidien. Elle favorise la collaboration et le développement de la pratique en soins infirmiers d'urgence auprès de tous les infirmiers et infirmières au Québec. C'est d'ailleurs au cours des dernières années que l'AIIUQ a su se développer et se démarquer au sein de l'ensemble du réseau de la santé.

Le conseil d'administration est composé de neuf membres qui travaillent en étroite collaboration avec le comité développement de l'AIIUQ. Sachez que chacun des membres du conseil d'administration et du comité développement travaille bénévolement afin de répondre à leur mission première. Leur dévouement et leur passion reflète ce qu'est devenue l'AIIUQ aujourd'hui. L'ensemble de ces représentants a un lien étroit avec le milieu des urgences et se situe aux quatre coins de la province.

CE QUE NOUS FAISONS

Au-delà des rencontres quotidiennes, l'AIIUQ travaille activement afin de s'adapter aux différents besoins et enjeux actuels au sein des urgences du Québec. C'est ainsi que l'AIIUQ décline ses activités quotidiennes sous quatre grands volets : le congrès annuel, la formation, la revue *Soins d'urgence* et les services de consultation et d'expertise. Il est aussi possible d'ajouter à ces différents volets les activités de promotion réalisée par l'AIIUQ afin de faire connaître cette association à travers la province, mais aussi de faire connaître le rôle d'infirmière d'urgence. C'est d'ailleurs l'ensemble de ces efforts qui ont amené l'AIIUQ à quadrupler les adhésions de ses membres dans les deux dernières années.

Tout d'abord, le congrès annuel regroupe habituellement plus de trois jours de formations et de conférences permettant d'échanger avec plusieurs professionnels de la santé issus des urgences. Toutefois, dans le contexte actuel de la pandémie, celui-ci fut revisité sous une toute nouvelle formule. C'est d'ailleurs le 6 mai dernier qu'a eu lieu la dernière édition du congrès de l'AIIUQ, en visioconférence, sous le thème de « La pratique d'urgence en temps de pandémie : résilience, adaptation et solidarité ». Pour cette édition, une dizaine de conférenciers ont partagé leurs connaissances sur nos préoccupations actuelles. Cet évènement a été un réel succès regroupant plus de 300 professionnels de la santé œuvrant au sein de nos urgences.

Quant au volet des formations, l'AIIUQ dispense plus de 20 formations annuellement dans divers domaines touchant les urgences telles que le triage (CTAS), la toxicologie, la réanimation cardiovasculaire avancée (RCR, ACLS) et les simulations (EPICC fondamental, EPICC pédiatrique). D'ailleurs, notons que l'AIIUQ a su rapidement s'adapter au contexte de pandémie en revisitant plusieurs de ses formations envirtuelle. De plus, l'AIIUQ a développé des partenariats avec plusieurs autres organisations afin d'augmenter l'offre de service à ses membres. À cet effet, notons le partenariat établi avec TopSI, mettant de l'avant des capsules de formations accréditées disponibles pour l'ensemble de ses membres. C'est d'ailleurs ce beau partenariat qui a fait naître sa petite sœur : TopSI. Réalisée par des infirmières, et pour des infirmières, cette plateforme multimédia a pour mission de diminuer le délai de transfert des connaissances en soins infirmiers pour améliorer les soins aux patients.

De plus, au fil des années, l'AIIUQ a établi un grand réseau d'experts cliniques permettant d'aider à l'élaboration de normes de compétences et de protocoles qui touchent la pratique infirmière d'urgence au Québec, tel que pour le triage, ou encore, pour les ordonnances collectives. C'est dans cette optique qu'elle a développé des liens étroits avec d'autres associations dans le domaine de la santé et avec l'OIIQ. Ces partenariats sont importants pour l'AIIUQ afin que ses différents travaux soient ancrés dans la réalité des infirmières d'urgence.

Il est important de mentionner que chaque année, dans le cadre des activités de promotions, certains membres de l'AIIUQ font la tournée de différentes écoles de la province afin de présenter notre profession aux étudiants du secondaire. Ces présentations sont alors d'une grande importance pour la relève de demain. Enfin, nous offrons aussi annuellement des prix reconnaissance et des bourses afin de souligner les parcours de nos membres.

OÙ NOUS ALLONS

Plusieurs membres du conseil d'administration ont grandi et évolué au sein de cette superbe équipe. L'AIIUQ s'est adaptée au fil des années et à travers les différents défis. Il vient maintenant le temps, pour moi, de relever de nouveaux défis et de laisser d'autres personnes inspirantes prendre le flambeau ! L'ensemble des membres reste entre bonnes mains avec une équipe active, dynamique et qui sera en mesure de vous amener encore bien loin. C'est donc avec beaucoup de fierté, mais le cœur gros que je quitte ce bateau. Je n'ai aucune inquiétude que l'AIIUQ continuera à surfer sur les vagues avec l'équipage qui est dévoué et plein d'idées pour affronter toutes les tempêtes. Merci à Guillaume Fontaine de prendre les rênes de la présidence de l'AIIUQ. Cet infirmier d'urgence, docteur en sciences infirmières, saura vous représenter et vous inspirer pour les prochaines années. Il a extrêmement hâte d'échanger avec vous afin de découvrir votre perspective sur les soins d'urgence et de travailler avec l'ensemble de l'équipe pour mener des projets ambitieux afin de vous soutenir dans votre pratique clinique.

Je vous invite aussi à nous suivre sur nos réseaux sociaux ! L'AIIUQ atteindra bientôt plus de 3 000 abonnées sur son compte Facebook. Nous avons aussi une grande visibilité numérique sur Instagram et LinkedIn.

Si vous êtes intéressé à vous joindre à une équipe dynamique, n'hésitez pas à nous contacter à gestion@aiiuq.qc.ca puisque des postes au conseil d'administration et au comité développement sont disponibles.

Au plaisir,

Nathalie Cloutier, inf., M. Sc., MBA (cand.)
Présidente de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec
Nathalie.Cloutier@chudequebec.ca

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

Pour tout savoir de l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ), rendez-vous sur notre site internet, aiiuq.qc.ca.

Suivez-nous sur Facebook.

À la recherche d'une expérience enrichissante ?

VIVEZ L'EXPÉRIENCE DU RÔLE ÉLARGI !

Incertain(e) ?

- Assistez à notre prochaine séance d'information
- Visitez notre site web
- Envoyez votre CV

Solutions NURSING L.L.C. Inc.

Pour en savoir plus
www.solutionsnursing.ca

PRATIQUE CLINIQUE

Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées vers l'urgence : l'état actuel des connaissances

Le transfert des aînés des résidences pour personnes âgées (RPA) vers l'urgence constitue une réalité quotidienne dans les urgences du Québec. Les ressources disponibles dans les RPA ne répondent pas toujours aux besoins des aînés, surtout lorsque leur état de santé se détériore, ce qui mène souvent à un transfert vers l'urgence. Toutefois, ce type de transfert n'est pas la solution optimale pour cette population. Par conséquent, cet article présente l'état actuel des connaissances sur le transfert des aînés des RPA vers l'urgence par le biais d'une recension des écrits.

par Gabriela Peguero-Rodriguez, Viola Polomeno et Michelle Lalonde

En 2019, les aînés représentaient 18 % de la population du Canada, ce qui est un sommet inégalé dans l'histoire canadienne (1). Au Québec, cette proportion est similaire puisque les personnes âgées constituent 19 % de la population (2). Selon les projections, cette tendance se maintiendra au cours des prochaines décennies et il est estimé que la population aînée augmentera à 25 % d'ici 2036 au Canada et au Québec (2, 3). Cet accroissement constant de la population aînée suggère une augmentation des placements dans les résidences pour personnes âgées (RPA)[1] (4). Ces changements démographiques engendreront aussi une hausse des coûts des soins de santé. D'ici 2026-2027, il est estimé que les coûts de santé attribuables au vieillissement de la population représenteront 19 milliards de dollars annuellement au Canada (5). D'autres répercussions sont à prévoir. Par exemple, selon le Commissaire à la santé et au bien-être (6), dans les dernières années, l'augmentation du nombre de visites dans les urgences du Québec est surtout concentrée dans la tranche d'âge des plus de 65 ans. Une forte corrélation est déjà observée entre l'augmentation du nombre de personnes âgées et la hausse des visites de cette population à l'urgence (6). Il est d'ailleurs connu que les aînés composent en grande partie la population des urgences (7). Au Québec, 40 % des visites sur civière à l'urgence sont des personnes âgées de plus de 65 ans (8). Il est également constaté qu'en plus d'une hausse des visites de la part de la clientèle âgée à l'urgence, les cas sont jugés comme étant plus complexes et urgents (6). De plus, les aînés demeurant dans les RPA utilisent plus fréquemment les urgences que les aînés dans la communauté (4, 6, 7). Effectivement, lorsque leur état de santé se détériore, peu de services ou de ressources sont accessibles à même leur milieu, ce qui requiert alors un transfert à l'urgence (10).

Face à cette réalité, il s'avère important d'analyser le transfert des ▶

[1] Bien que les auteures de cet article sont conscientes des différences qui existent entre les types d'hébergement, il a été décidé pour alléger le texte qui suit que le terme « résidence pour personnes âgées (RPA) » comprendra à la fois les CHSLD (publics ou privés) et les résidences privées pour aînés incluant celles avec des sections de ressources intermédiaires ou de type familiale (RI-RTF).

aînés des RPA vers l'urgence afin d'en comprendre le processus, ainsi que les impacts sur le système de santé et les besoins des aînés, des familles et du personnel infirmier étant au cœur de ce phénomène. Force est de constater que des mesures doivent être mises en place autant dans les RPA qu'à l'urgence afin de développer une prise en charge efficace, sécuritaire et adaptée à la clientèle âgée et à leurs proches. Cet article vise à présenter l'état actuel des connaissances à propos du transfert des aînés des RPA vers l'urgence par le biais d'une recension des écrits. Le but est de décrire le phénomène en question, d'identifier les différentes tendances qui s'en dégagent, ainsi que les pistes de solutions possibles.

MÉTHODE DE RECENSION DES ÉCRITS

Selon Fortin et Gagnon (11), une recension des écrits « consiste à relever, dans les publications de recherche, les principales sources théoriques et empiriques qui rendent compte de ce qui est connu et inconnu sur un sujet de recherche particulier » (p. 75). Pour y arriver, plusieurs bases de données ont été consultées afin de répertorier la littérature scientifique pertinente, et ce, en anglais et en français. Plus précisément, une recherche par mots-clés a été réalisée dans les bases de données suivantes : CINAHL (EBSCO), MEDLINE (OVID), Scopus et Google Scholar. Les principaux mots-clés utilisés en anglais ont été : emergency department, nursing homes, elderly et transfer. L'équivalent en français de ces mots-clés a également été utilisé dans les différentes bases de données, soit : urgence, résidence pour personnes âgées, personnes âgées et transfert. Par la suite, les articles ont été sélectionnés sur la base de leur pertinence, à savoir s'ils permettaient de mieux comprendre les différentes dimensions inhérentes au transfert des aînés des RPA vers l'urgence. Par ailleurs, les références citées par les articles ont également été consultées et retenues lorsque pertinentes. Les articles scientifiques publiés dans la dernière décennie (2009-2020) ont été ciblés afin d'offrir un portrait actuel et à jour du phénomène en question. Enfin, 49 articles ont été inclus dans cette recension des écrits, et ce, après consensus entre les auteures de cet article. Une analyse de contenu inductive a par la suite été effectuée afin d'identifier les catégories communes à travers l'information textuelle recensée (12).

RÉSULTATS

Les articles sélectionnés ont été organisés de manière à être regroupés selon la similarité de leur sujet (11). Toutefois, certains d'entre eux se retrouvent dans plus d'une catégorie (voir Tableau 1). Ainsi, cette recension des écrits se divise en six catégories : 1) le portrait clinique des aînés qui transfèrent vers l'urgence ; 2) les complications associées au transfert vers l'urgence ; 3) le processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence ; 4) les lacunes communicationnelles et organisationnelles entre les RPA et les urgences ; 5) les perceptions des aînés et de leur famille face au transfert d'une RPA vers l'urgence ; et 6) les pistes de solutions possibles.

Tableau 1. Sommaire des articles utilisés pour la recension des écrits

Catégories	Références utilisées[1]	Total
Le portrait clinique des aînés qui transfèrent vers l'urgence	7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29.	21
Les complications associées au transfert vers l'urgence	9, 10, 14, 15, 17, 19, 21, 29, 30, 31, 32.	11
Le processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence	9, 10, 14, 17, 18, 19, 21, 23, 26, 28, 31, 32, 33, 34, 35, 36.	16
Les lacunes communicationnelles et organisationnelles entre les RPA et les urgences	10, 13, 14, 17, 20, 21, 26, 27, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48.	24
Les perceptions des aînés et de leur famille face au transfert d'une RPA vers l'urgence	16, 17, 18, 23, 31, 34, 42, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51.	14
Les pistes de solutions possibles	14, 17, 18, 20, 21, 23, 26, 27, 30, 32, 36, 37, 38, 50, 52, 53, 54, 55, 56, 57.	20

1. Certaines références ont été utilisées dans plus d'une catégorie.

Le portrait clinique des aînés qui transfèrent vers l'urgence

Actuellement, 6,8 % des Canadiens âgés de plus de 65 ans demeurent dans une RPA et ce pourcentage s'élève à 30 % chez les 85 ans et plus (13). Ces aînés possèdent plusieurs antécédents de santé et de comorbidités qui les rendent plus vulnérables à différentes problématiques de santé (10, 14–16). Ils nécessitent donc des services diversifiés et dépendent à des niveaux variés sur leur famille et le personnel soignant pour répondre à leurs besoins de la vie quotidienne (14, 16). Pourtant, les ressources disponibles dans les RPA ne répondent pas toujours aux besoins de ces aînés, surtout en période de détérioration de leur santé, ce qui mène souvent à un transfert vers l'urgence (9, 10, 14, 16–19). En effet, ces aînés n'ont pas toujours accès, au sein même de la RPA, à des soins de première ligne permettant la formulation d'un diagnostic ou encore d'intervenir lors de l'apparition d'une nouvelle condition ou d'une exacerbation d'une condition chronique préexistante (14, 17–23).

Les aînés qui sont transférés des RPA vers l'urgence sont âgés de 70 à 90 ans et sont majoritairement dirigés vers l'urgence par ambulance, soit à plus de 90 % (7, 9, 10, 14, 24–28). Ils se présentent pour des problèmes respiratoires, des traumas incluant des chutes ou des fractures, des troubles neurologiques et cardiovasculaires, des problèmes gastro-intestinaux et des infections urinaires (7, 9, 10, 14, 24–28). Dallaire et al. (10) ont ▶

effectué une revue narrative qui comprenait notamment des études du Canada, des États-Unis et de l'Australie et constatent que les aînés des RPA qui sont transférés vers l'urgence se séparent en deux profils cliniques. Le premier profil arrive à l'urgence avec de multiples comorbidités et complications associées (p. ex., hypertension et diabète) (10). Le second profil se caractérise par des maladies ou des blessures mineures (10). D'ailleurs, il est rapporté que les aînés vivant dans une RPA visitent plus fréquemment les urgences que ceux qui demeurent à domicile et près de la moitié de ces visites entraîneront en une hospitalisation (9, 29). Dallaire et al. (10) soutiennent qu'environ 40 % à 80 % des aînés provenant des RPA sont hospitalisés pour un séjour moyen de 7 à 12 jours, contre 25 % des aînés qui resteront moins de 24 h à l'urgence. En revanche, 20 % à 30 % des aînés vivant dans une RPA qui auront directement leur congé de l'urgence seront à nouveau transférés à l'urgence au moins une fois dans les trois prochains mois. De plus, 80 % d'entre eux nécessiteront alors une hospitalisation à ce moment (10). Suite à une revue systématique, Dwyer et al. (14) soutiennent que les aînés des RPA ont généralement un plus long séjour à l'urgence que ceux vivant à domicile. D'ailleurs, ces auteurs proposent que les séjours plus longs à l'urgence sont associés à des patients présentant un état clinique complexe arrivant hors des « heures ouvrables » à l'urgence, ce qui diminue leur accès à des services spécialisés (14). En fait, approximativement 50 % des aînés provenant des RPA arrivent durant les heures dites « ouvrables » à l'urgence, tandis que l'autre moitié se présente durant la soirée et la nuit (14).

Les complications associées au transfert vers l'urgence

La littérature scientifique est sans équivoque : le transfert des aînés des RPA vers l'urgence n'est pas la solution optimale pour cette population (9, 10, 14, 15, 19, 30). Effectivement, plusieurs études soulignent qu'un séjour à l'urgence est associé à des complications qui ne sont pas reliées au motif de consultation incluant des chutes, des plaies de pression, des infections nosocomiales, un délirium et un déclin fonctionnel (9, 14, 15, 17, 19, 21, 30–32). Par exemple, dans une revue systématique portant sur les conséquences suivant le transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence, Dwyer et al. (14) ont constaté que 38 % des aînés développaient un délirium durant leur séjour à l'urgence, qu'ils étaient trois fois plus à risque de développer des infections nosocomiales et qu'ils subissaient davantage d'investigation radiologique que les aînés vivant dans la communauté. Ainsi, les aînés provenant des RPA semblent plus susceptibles aux complications iatrogènes et aux infections nosocomiales ce qui influence par le fait même le coût, la complexité et l'efficacité des traitements associés (14). Cela met donc en lumière le fait que le département d'urgence n'est pas adapté aux besoins des aînés demeurant dans les RPA. D'ailleurs, il existe peu de données quant à savoir si les bénéfices l'emportent sur les complications possibles reliées au séjour à l'urgence (14).

Le processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence

La proportion de transfert des aînés vers l'urgence qui est jugée non nécessaire ou évitable est de l'ordre de 25 à 55 % (9). Toutefois, il n'existe à ce jour aucun consensus dans la littérature scientifique quant à la définition de transfert évitable et inévitable à l'urgence (21, 33). Cette définition diffère entre les auteurs, varie selon l'étendue des soins possibles dans les RPA, les caractéristiques des résidents et même jusqu'à l'emplacement géographique de la RPA (14, 21, 33). Néanmoins, Abrahamson et al. (31) énumèrent certains exemples de transferts qui seraient considérés comme étant évitables : 1) des changements dans la condition clinique de l'aîné qui auraient pu être prévenus ; 2) des interventions qui auraient pu être réalisées plus tôt afin d'empêcher la détérioration de l'aîné ; 3) le bris de communication entre le personnel infirmier et les médecins qui mène à un transfert ; 4) le transfert qui provient du fait que les ressources ou l'équipement ne sont pas disponibles au sein de la RPA pour pouvoir intervenir (p. ex., antibiothérapie intraveineuse ou électrocardiogramme (ECG) ; ou 5) le transfert qui est incompatible avec les soins médicaux souhaités et les directives de fin de vie préétablis pour l'aîné.

En outre, le processus décisionnel inhérent au transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence est complexe. Plusieurs auteurs ont justement relevé des facteurs pouvant influencer ce processus décisionnel (voir Figure 1), dont les suivants : 1) la présence et la qualité des soins infirmiers à la RPA (p. ex., connaissances et compétences en gériatrie et ratio infirmière/patient) ; 2) la disponibilité et l'accès à un médecin ou à une infirmière praticienne spécialisée (IPS) à la RPA ; 3) les ▶

ressources matérielles présentes dans la RPA (p. ex., radiologie, laboratoire, pharmacie, électrocardiogramme [ECG]); 4) la relation entre les professionnels de la santé de la RPA et la famille des aînés; 5) la préférence des aînés et des familles à l'égard des soins souhaités; 6) les facteurs reliés au système de santé (politiques et procédures en place); 7) la présence et la qualité des soins palliatifs au sein de la RPA; et 8) la qualité de la communication et de la collaboration entre les différents professionnels de la santé de la RPA (10, 18, 19, 21, 23, 31, 32, 34).

Figure 1. Facteurs influençant le processus décisionnel menant au transfert d'un aîné d'une RPA[1] vers l'urgence

1.L'acronyme RPA désigne les résidences pour personnes âgées, ce qui comprend pour les besoins de l'article les CHSLD (publics ou privés) et les résidences privées pour aînés incluant celles avec des sections de ressources intermédiaires ou familiales (RI-RTF).

2. L'acronyme IPS désigne les infirmières praticiennes spécialisées.

Ces facteurs contribuent à l'incidence des transferts des aînés des RPA vers l'urgence. Par exemple, les connaissances et les compétences en gériatrie des infirmières des RPA influencent le besoin de transférer ou non le résident. Si le personnel en place est capable de détecter de façon précoce des signes de détérioration dans l'état clinique de l'aîné, un transfert à l'urgence ne sera probablement pas nécessaire et un suivi avec le médecin traitant sera suffisant (21). Le personnel soignant nécessite des connaissances cliniques, des habiletés et des ressources pour évaluer et intervenir chez un patient dont l'état se détériore. Ainsi, autant un ratio infirmière/patient élevé que le manque d'équipement diagnostique influencent le processus de prise de décision (17, 21, 26). D'autre part, l'accès à un médecin ou à une IPS diminue généralement le besoin de transférer un aîné à l'urgence (26, 35). En effet, il est suggéré qu'une seule évaluation par un médecin ou une IPS peut potentiellement prévenir les transferts non nécessaires (21).

De même, McGregor et al. (35) soulèvent dans leur étude de cohorte rétrospective réalisée en Colombie-Britannique que les taux de transfert étaient plus bas dans les RPA publiques que dans les RPA privées. Ces auteurs (35) proposent que le nombre d'heures de soins donnés par des infirmières autorisées, ainsi que la présence d'autres professionnels de la santé (p. ex., physiothérapeutes, ergothérapeutes et travailleurs sociaux) expliquent ce taux de transfert plus bas dans les RPA publiques. Dwyer et al. (26) évoquent également le fait qu'un ratio infirmière/patient élevé est associé à une augmentation des transferts à l'urgence, mais le contraire est aussi vrai. Plus il y a d'infirmières autorisées au sein des RPA, moins de transferts sont observés vers les urgences (26, 28).

Enfin, la relation que partage le personnel soignant avec la famille des résidents peut influencer la prise de décision relativement au transfert de l'aîné. Lorsque les familles ne font pas confiance aux équipes de soins des RPA, elles ont davantage tendance à demander le transfert de leur aîné à l'urgence, et ce, même si cela n'est pas recommandé par les professionnels de la santé en place et que cela ne correspond pas au niveau de soins préétabli (18, 21, 23). Les familles ont tendance à considérer que leur aîné recevra de meilleurs soins à l'urgence (18, 23, 36). Bref, le niveau de compétence du personnel soignant dans les RPA, l'accès à un médecin ou à une IPS, le manque de ressources humaines ou matérielles, ainsi que la relation partagée avec les familles influencent la prise de décision de transférer ou non un aîné vers l'urgence (26, 28, 32, 36).

Les lacunes communicationnelles et organisationnelles entre les RPA et les urgences

La littérature scientifique consultée évoque à maintes reprises les lacunes communicationnelles qui existent entre le personnel soignant des RPA et celui de l'urgence ce qui s'avère être un obstacle majeur à la qualité des soins prodigués dans ces deux milieux (10, 27, 34, 37, 38). En fait, selon Dallaire et al. (10), les moyens de communication sont jugés inefficaces. Ces auteurs (10) décrivent que « seulement 35 % du personnel des RPA et les ambulanciers rapporteraient l'information complète au ▶

personnel des urgences » (p. 114). Dans un contexte d'urgence, l'histoire du patient et les données pertinentes qui ont mené au transfert doivent être rapidement accessibles, lisibles et organisées de façon concise (25, 37). Cela permettra à l'équipe de soins de l'urgence d'intervenir de façon optimale et de diminuer l'ambiguïté des actions à entreprendre (27, 37). En effet, il faut considérer que des interventions rapides doivent être entreprises par un personnel soignant qui ne connaît pas l'état habituel de l'aîné ni ses désirs (20, 27). Les troubles cognitifs, les différents déficits fonctionnels (vision, audition, mobilité), ainsi que l'absence d'un membre de la famille sont des facteurs qui rendent difficile l'accès à une histoire de santé complète et au fil des évènements précis qui ont précédé le transfert (20, 27, 36, 38). De plus, ce sont les personnes âgées présentant des troubles cognitifs qui sont les plus susceptibles d'être transférées à l'urgence comparativement aux autres résidents sans troubles cognitifs vivant dans les RPA (20).

La recherche et la clarification de l'information par le personnel soignant de l'urgence affectent subséquemment le trajet du patient à l'urgence en augmentant à la fois le délai pour les traitements et le temps de séjour, ce qui diminue la qualité des soins offerts aux aînés (14, 17, 27, 36–38). De même, plusieurs auteurs (10, 20, 39) rapportent que les informations les plus souvent manquantes lors des transferts sont la liste des médicaments, l'histoire médicale, le niveau de soins de l'aîné et la raison du transfert. Un audit effectué en Ontario dévoile que l'information s'avérait manquante dans 93 % des cas lorsque les transferts s'effectuaient sans formulaire standardisé, mais qu'un déficit d'information évalué à 75 % était tout de même observé lors de l'utilisation d'un formulaire standardisé (40). Bref, lorsque l'information est manquante, les aînés sont alors plus à risque de souffrir d'erreur de médication ou encore de subir des investigations et des interventions qui ne correspondent pas à leur niveau de soins ni à leurs désirs (26, 27, 31, 37, 38).

En outre, les départements d'urgence sont caractérisés par des standards d'efficacité et de rapidité dans les traitements (41, 42). Les interactions avec les professionnels de la santé sont décrites comme étant de courte durée et fragmentées (41, 42). Conséquemment, le modèle de soins médicaux de l'urgence et son environnement bruyant et chaotique ne sont pas adaptés aux besoins complexes et uniques de la clientèle âgée (41–44). Ces aînés se retrouvent donc en position de vulnérabilité aux complications iatrogènes et au déclin fonctionnel (34, 41, 43). À cela s'ajoute, l'écart de culture de soins et de pratique qui existent entre les RPA et l'urgence qui nuit nécessairement à la qualité de la communication entre le personnel soignant (45, 46). L'urgence et les RPA ont des capacités, une étendue de pratique et des buts de soins qui sont différents. En effet, ce sont deux entités distinctes l'une de l'autre qui doivent collaborer, mais qui le font selon leur propre culture et leurs propres standards de soins (45, 46). En effet, les RPA ont un modèle de soins de soutien et privilégient une philosophie de « milieu de vie », tandis que l'urgence a un modèle de soins médicaux (45, 46). Les priorités ne sont pas les mêmes dans chacun de ces milieux d'où la présence d'une certaine tension dans la relation partagée entre le personnel soignant de l'urgence et des RPA et qui avec le temps est devenue normale (44–46). Ceci étant dit, cette « incompréhension de l'autre » que partage le personnel des RPA et celui de l'urgence n'est pas dans les intérêts de l'aîné (47, 48). McCloskey et al. (48) ont développé un cadre conceptuel à cet effet afin de comprendre davantage les relations interorganisationnelles que partagent les urgences et les RPA et concluent :

> « Une tension inquiétante semble résulter de l'interaction entre les facteurs de niveau macro, méso et micro dans les RPA et les urgences. Il a été constaté que chaque organisation s'efforce de maximiser ses performances dans des conditions rigides et que les agents de rationalisation au sein de chaque organisation ont sacrifié la qualité des soins qui sont prodigués à ceux qui transfèrent entre les RPA et l'urgence. » (traduction libre, p. 291).

Il faut alors développer des stratégies afin que les aînés puissent recevoir des soins appropriés, et ce, aux endroits appropriés et au moment approprié (21,48). Ce cadre conceptuel développé par McCloskey et al. (45) met de l'avant le fait que plusieurs changements peuvent s'effectuer, mais des interventions à la fois aux niveaux micro (intraorganisationnel), méso (interorganisationnel) et macro (sociétal) doivent avoir lieu pour améliorer le transfert des aînés entre les RPA et l'urgence (46).

Les perceptions des aînés et de leur famille face au transfert d'une RPA vers l'urgence

Le transfert d'un aîné d'une RPA vers l'urgence peut également être perçu comme un évènement anxiogène voire comme une situation de crise tant pour l'aîné que pour sa famille (17, 18, 31, 49). Une étude qualitative menée par Arendts et al. (49) révèle que les aînés qui sont transférés vers l'urgence ont un sentiment de résignation puisqu'ils considèrent qu'ils n'ont aucun impact sur la décision de transfert. Ils déplorent également le temps d'attente, l'inconfort physique et l'environnement chaotique où ils se sentent oubliés et ignorés (49). Les familles ressentent quant à elles de l'ambiguïté face au transfert, car elles préfèreraient éviter une hospitalisation pour l'aîné (49). Par contre, elles considèrent aussi que c'est parfois la seule alternative possible compte tenu du manque de service offert à même la RPA (49). En contrepartie, Stephens et al. (18, 23) mettent de l'avant l'influence non négligeable que les familles peuvent avoir sur le processus décisionnel concernant le transfert d'un aîné vers l'urgence. En effet, plusieurs auteurs avancent que les familles ne semblent pas bien informées quant au pronostic de leur aîné et aux différentes options disponibles au sein de la RPA d'où leur perception que la meilleure option demeure le transfert de l'aîné vers l'urgence (18, 23, 50).

Par ailleurs, les aînés sont souvent accompagnés d'un membre de leur famille à l'urgence et ils considèrent leur présence comme étant importante (16, 42–44, 51). Les familles plaident pour les besoins de leur aîné, posent des questions, s'avèrent être une source additionnelle d'information pour le personnel soignant et complètent souvent l'histoire médicale de l'aîné (14, 41–43, 50). Ayant le privilège d'observer l'aîné sur une base régulière, elles sont donc des sources considérables d'informations complémentaires (16, 34, 42, 44, 51). De plus, les familles se considèrent comme étant bien placées pour diminuer l'anxiété de leur aîné, les réorienter, les accompagner et les guider dans les moments d'attente à l'urgence (42, 44, 49). Leur contribution est encore plus précieuse lorsque l'aîné est atteint d'un trouble cognitif, d'un délirium ou présente une altération du niveau de conscience (44,49). En revanche, les familles se sentent souvent ignorées et exclues des soins qui sont administrés à leur aîné à l'urgence (42, 44, 49, 51). La plupart du temps, ce sont les familles qui doivent amorcer la conversation avec les professionnels de la santé afin d'avoir de l'information sur les investigations, les traitements en cours, les délais d'attente et sur ce que l'aîné peut faire durant cette période d'attente (42, 51). Elles déplorent donc le manque de communication avec le personnel soignant, l'espace réservé aux traitements, leur piètre intégration aux soins, le manque de soins de base offerts aux aînés et l'environnement bruyant et chaotique de l'urgence (16, 42, 44, 51). Par conséquent, l'environnement de l'urgence ne répond pas adéquatement aux besoins des familles des aînés. Il s'avère donc important que le personnel de l'urgence les soutienne durant leur séjour afin de faciliter leur présence et leur implication.

Les pistes de solutions possibles

Diverses pistes de solutions ont été proposées afin d'améliorer le transfert des aînés des RPA vers l'urgence dans les articles recensés. L'une des stratégies les plus soulevées afin d'améliorer la communication entre les RPA et l'urgence est l'instauration d'un formulaire standardisé dans lequel l'information nécessaire y serait inscrite (17, 20, 27, 37, 38). Bien qu'aucun consensus n'existe dans la littérature scientifique, les informations qui sont considérées comme essentielles à une prise en charge médicale sont la raison du transfert, l'état cognitif de base, le niveau de soins, la médication actuelle et les antécédents de santé (27, 38). À cela peut s'ajouter les signes vitaux au moment du malaise, ainsi que les coordonnées de la RPA et de la famille de l'aîné (27, 38). Toutefois, malgré l'introduction de ce type de document, son utilisation tend à diminuer avec le temps puisqu'il n'est pas rempli complètement lors des transferts et le personnel soignant le perçoit comme étant un document additionnel à remplir (27).

La formation continue du personnel soignant des RPA est essentielle afin d'acquérir et de perfectionner les connaissances pour reconnaître les signes précurseurs d'un état d'exacerbation, les modalités d'évaluation, les informations importantes à partager avec le médecin et les bonnes pratiques à l'égard des transferts (17, 36, 52). De plus, afin de soutenir le personnel infirmier des RPA dans leur processus décisionnel, il a été soulevé que celui-ci serait plus facile si un plan était préalablement établi pour chaque résident. La présence de protocoles ou d'algorithmes d'aide décisionnelle pourrait aider à réduire l'incertitude (17, 26, 32, 36). Ouslander et al. (53) proposent des outils cliniques et une démarche structurée pour détecter de façon précoce une détérioration dans l'état de santé d'un aîné qui demeure dans une RPA afin de diminuer les transferts. Ils offrent également des outils pour guider le personnel infirmier dans le processus de transfert, le cas échéant (53). Cette approche qui se nomme *« Interventions to Reduce Acute Care Transfers »* (INTERACT) est en déploiement aux États-Unis et a été associée à une diminution de 24 % des hospitalisations des aînés demeurant dans les RPA lors d'une étude pilote (23, 53). Cette diminution des hospitalisations représente en termes d'économie l'emploi à temps plein d'une infirmière en pratique avancée aux États-Unis (52). Lors d'un essai clinique à répartition aléatoire incluant 85 RPA, des chercheurs visaient à déterminer si le programme INTERACT permettrait de diminuer le nombre de transferts des résidents des RPA vers l'urgence. Les résultats n'ont toutefois pas été significatifs (54). Les auteurs avancent que le soutien envers le personnel soignant des RPA n'a pas été le même que celui fourni lors de l'étude pilote. Le personnel du projet pilote avait reçu une formation en personne ▶

tandis que le personnel de l'étude randomisé avait plutôt reçu une formation en ligne (54). De plus, les RPA incluses pour l'étude pilote étaient celles qui avaient adopté volontairement le programme INTERACT (54). En revanche, ces résultats contribuent à la réflexion sur la manière d'intégrer efficacement des initiatives d'amélioration continue dans les RPA (54).

Un meilleur accès à des ressources au sein des RPA, tel qu'un accès à un laboratoire pour des analyses sanguines et à de l'équipement diagnostique et d'intervention (p. ex., équipement à suture) serait pertinent pour permettre la réduction des transferts (17, 30, 36, 55). Toutefois, l'accès à un médecin ou à une IPS doit être également possible afin d'offrir ces soins de première ligne (26,36). La télémédecine est notamment soulevée comme une alternative. Il s'agit d'une façon d'offrir des soins de première ligne dans les RPA sans que les médecins ou les IPS aient à se déplacer physiquement (21, 23, 56). Cela serait d'autant plus utile pour les demandes de consultation le soir, la nuit ou la fin de semaine (21, 23, 56). Puis, cela permettrait de valider en temps réel l'évaluation clinique du personnel soignant et de rassurer l'aîné et à sa famille (21, 23, 56). Enfin, de nombreux auteurs (14, 18, 23, 50, 53) recommandent d'établir d'avance les soins médicaux souhaités et les directives de fin de vie (p. ex., directives médicales anticipées et le niveau d'intervention médicale), ainsi que d'amorcer très tôt une discussion à cet effet auprès des familles de façon à diminuer le nombre de transferts et améliorer par le fait même les soins de fin de vie. Actuellement, de 1 à 5 % des aînés des RPA qui sont transférés vers l'urgence y décèdent et ce pourcentage se situe de 5 à 34 % pour ceux qui sont hospitalisés (14). Ces taux de mortalité élevés indiquent que ces patients pourraient bénéficier d'une approche palliative au sein même de la RPA (14).

Nonobstant les interventions préventives pour réduire le nombre de transferts vers les urgences, ce phénomène se poursuivra, d'où la nécessité de s'attarder à l'environnement de l'urgence et à la façon dont les soins y sont prodigués. Des modifications devraient avoir lieu de façon à répondre à la fois aux besoins des aînés et de leur famille, comme déployer des équipes multidisciplinaires pour l'évaluation de l'aîné à l'urgence et augmenter les connaissances en gériatrie du personnel soignant de l'urgence (32, 36, 53). À cet effet, différentes initiatives ont été entreprises dans les dernières années afin de rendre les urgences plus adaptées aux besoins complexes et multiples des personnes âgées, dont le mouvement « urgences amies des aînés ». Ce mouvement vise une pratique axée sur une philosophie des soins gériatriques. Dans le même ordre d'idée, les départements d'urgence peuvent maintenant obtenir une accréditation certifiant que l'urgence offre des soins gériatriques par excellence. Cette certification se nomme *« Geriatric Emergency Department Accreditation »* et c'est une désignation formelle remise par le Collège américain des médecins d'urgence (*American College of Emergency Physicians*) (57). Cette certification est basée sur le respect d'une série de lignes directrices permettant une restructuration de la vision des soins aux aînés et des différents processus de prise en charge à l'urgence (57). Par exemple, procéder au dépistage des syndromes gériatriques, acquérir des lits adaptés aux aînés, réserver un espace pour les aînés et prodiguer de la formation continue en gériatrie auprès du personnel infirmier de l'urgence (57). Ce programme peut ▶

Tableau 2. Points à retenir pour la pratique infirmière d'urgence.

Moment dans la trajectoire de soins	Point à retenir
Processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence	La décision de transférer un aîné d'une RPA vers l'urgence est complexe et multifactorielle. Chaque transfert s'avère être le résultat de plusieurs décisions prises à différents niveaux.
Processus décisionnel menant au transfert vers l'urgence	Ce qui constitue une « urgence » dans une RPA ne l'est peut-être pas à la salle d'urgence. Toutefois, ce n'est pas toutes les RPA qui disposent des ressources humaines et matérielles nécessaires à la prise en charge d'un aîné en période de détérioration.
Prise en charge à l'urgence	Lors de la prise en charge d'un client âgé à l'urgence, il est important de faire la distinction entre un aîné de la communauté et un aîné qui provient d'une RPA. Cela influencera la prise en charge et la planification du congé.
Prise en charge à l'urgence	Il est encouragé d'intégrer les familles dans les soins et de favoriser leur présence au chevet des aînés.
Prise en charge à l'urgence	Il s'avère important d'évaluer le risque de chute des aînés, d'être à l'affût des signes de délirium, d'être proactifs pour répondre à leurs besoins (p. ex., gestion de la douleur, hydratation, élimination) et d'assurer le maintien de leur autonomie.
Planification du congé à l'urgence	Lors du congé de l'aîné, il est recommandé de communiquer avec le personnel soignant de la RPA pour les aviser des soins qui ont été administrés, des investigations entreprises à l'urgence et du suivi à effectuer. Le mode de communication à privilégier demeure à la discrétion des établissements impliqués.

d'ailleurs être adapté selon les différentes réalités des urgences, soit des urgences rurales aux urgences de centres hospitaliers tertiaires (57). Il est toutefois à noter qu'aucune reconnaissance canadienne ou québécoise n'existe à ce jour.

LIMITES

Cette recension des écrits a permis de présenter un premier portrait des connaissances actuelles relatives au transfert des aînés des RPA vers l'urgence. Elle offre un aperçu des différentes problématiques soulevées dans les écrits et présente quelques pistes de solutions quant à la façon de prendre en charge la clientèle âgée provenant des RPA qui se retrouve à l'urgence. Bien que la recension des écrits ait suivi toutes les étapes proposées par Fortin et Gagnon (11), les informations présentées dans cet article doivent être utilisées avec réserve. Un examen plus approfondi des articles sélectionnés par une revue de la portée ou une revue systématique serait une avenue à explorer dans le futur.

CONCLUSION

Cet article a permis de présenter l'état actuel des connaissances sur le transfert des aînés des RPA vers l'urgence. Ce type de transfert est multidimensionnel et est associé à plusieurs problématiques qui touchent tant l'aîné et sa famille que les professionnels de la santé impliqués. Ce phénomène est complexe, car il englobe des facteurs de niveau macro, tels que les législations et les mandats organisationnels, et des facteurs de niveau micro, tels que les interactions entre les professionnels de la santé, l'aîné et sa famille. Par conséquent, les stratégies pour améliorer les transferts et les diminuer doivent être multiples. De plus, l'accès à des soins de première ligne, la télémédecine, l'utilisation adéquate des directives médicales anticipées et une approche de soins centrée sur le patient et sa famille sont quelques pistes de solutions qui doivent être sérieusement envisagées. Toutefois, tel que mentionné par Adams et Gerson (58), « […] le modèle de soins actuel des départements d'urgence est conçu pour les patients gravement malades et blessés et non pour les patients gériatriques médicalement complexes, lents et souffrant de troubles fonctionnels » (traduction libre, p. 271). Il est donc important d'adapter et de revoir la façon dont les aînés sont pris en charge dans les départements d'urgence (voir Tableau 2). Dès lors, il est recommandé aux départements d'urgence d'employer une philosophie « amie des aînés ». Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a justement publié un cadre de référence intitulé « L'approche adaptée à la personne âgée » qui propose plusieurs moyens pour répondre aux besoins particuliers des aînés (59). Un cadre de référence pour le développement des urgences gériatriques au Québec est également en cours d'élaboration (60).

Enfin, bien que les conditions des aînés vivant dans les RPA du Québec soient décriées par plusieurs depuis maintes années, la pandémie de la COVID-19 place désormais les RPA dans une vulnérabilité encore plus accrue tant au niveau des conditions de vie des aînés qu'aux conditions de travail des différents professionnels de la santé. Cette situation a été confirmée par les rapports déposés par les Forces armées canadiennes sur la situation des CHSLD suivant leur déploiement en renfort au début de cette pandémie en 2020 (61). Cette crise sociosanitaire à laquelle le Québec doit faire face met en évidence le besoin criant d'améliorer et même de repenser la façon dont les soins sont prodigués aux aînés. Par conséquent, cette recension des écrits permet de contribuer à cette réflexion de société à l'égard de la prise en charge des aînés vivant dans les RPA de façon à favoriser une qualité et une efficience dans les soins qui leur sont administrés. ■

AIDE FINANCIÈRE

La Fondation des infirmières et infirmiers du Canada a contribué monétairement par l'entremise de la bourse Ann C. Beckinham remise à la première auteure de cet article pour son programme d'études doctorales.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Il est toutefois important de mentionner que Gabriela Peguero-Rodriguez est l'une des éditrices associées de la revue *Soins d'urgence*, mais celle-ci n'a pas contribué à l'évaluation et à l'édition de cet article.

LES AUTEURES

Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)
Candidate au doctorat
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
Professeure adjointe
Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
gabriela.peguero-rodriguez@uqo.ca

Viola Polomeno, inf., Ph. D.
Professeure auxiliaire
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa

Michelle Lalonde, inf., Ph. D.
Professeure agrégée
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
Chercheuse
Institut du savoir Montfort de l'Hôpital Montfort

RÉFÉRENCES

1. Statistiques Canada. Estimations de la population au 1er juillet, par âge et sexe. Gouvernement du Canada ; 2020. https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1710000501&request_locale=fr
2. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Population âgée de 65 ans et plus. Gouvernement du Québec ; 2020. https://www.inspq.qc.ca/santescope/syntheses/population-agee-de-65-ans-et-plus?themekey-theme=mobile#:~:text=La situation au Québec, de 65 ans et plus.
3. Statistiques Canada. Faits saillants. Gouvernement du Canada ; 2015. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-520-x/2010001/aftertoc-aprestdm1-fra.htm
4. Société canadienne d'hypothèques et de logement. Rapport sur les résidences pour personnes âgées. 2016. https://www.cmhc-schl.gc.ca/odpub/esub/65989/65989_2016_A01.pdf?fr=1473690264143
5. Association médicale canadienne (AMC). Relever le défi démographique : investir dans les soins aux aînés. 2018. https://policybase.cma.ca/documents/BriefPDF/BR2018-14F.pdf
6. Commissaire à la santé et au bien-être. Utilisation des urgences en santé mentale et en santé physique au Québec. Gouvernement du Québec ; 2017. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2017/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2017.pdf
7. Gruneir A, Silver MJ, Rochon PA. Emergency departement use by older adults: A literature review on trends, appropriateness, and consequences of unmet health care needs. Med Care Res Rev. 2011;68(2):131–55. doi: 10.1177/1077558710379422
8. Commissaire à la santé et au bien-être. Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013. Gouvernement du Québec ; 2014. https://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2014.pdf
9. Brucksch A, Hoffmann F, Allers K. Age and sex differences in emergency department visits of nursing home residents: A systematic review. BMC Geriatr. 2018;18:151. doi: 10.1186/s12877-018-0848-6
10. Dallaire C, Hardy M-S, Hegg S. Identifier les besoins des personnes âgées transférées aux urgences depuis une résidence pour personnes âgées : une revue de littérature. Rev Francoph Int Rech Infirm. 2018;4(2):107–15. doi: 10.1016/j.refiri.2017.11.005
11. Fortin MF, Gagnon J. Fondements et étapes du processus de recherche : méthodes quantitatives et qualitatives. 3e éd. Montréal, Québec : Chenelière Éducation ; 2016.
12. Elo S, Kyngas H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs. 2007;62(1):107–15. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x
13. Garner R, Tanuseputro P, Manuel DG, Sanmartin C. Transitions vers les soins de longue durée et les soins en établissement chez les canadiens âgés. Rapp sur la santé. 2018;29(5):15–26. https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2018005/article/54966-fra.htm
14. Dwyer R, Gabbe B, Stoelwinder JU, Lowthian J. A systematic review of outcomes following emergency transfer to hospital for residents of aged care facilities. Age Ageing. 2014;43(6):759–66. doi: 10.1093/ageing/afu117
15. Laging B, Bauer M, Nay R, Ford R. A systematic review on the experiences of residential aged care facility staff decision making regarding the transfer of residents to emergency departments. JBI Libr Syst Rev. 2012;10(28):1–15. doi: 10.11124/jbisrir-2012-302
16. Arendts G, Quine S, Howard K. Decision to transfer to an emergency department from residential aged care: A systematic review of qualitative research. Geriatr Gerontol Int. 2013;13(4):825–33. doi: 10.1111/ggi.12053
17. O'Neill B, Parkinson L, Dwyer T, Reid-Searl K. Nursing home nurses' perceptions of emergency transfers from nursing homes to hospital: A review of qualitative studies using systematic methods. Geriatr Nurs. 2015;36(6):423–30. doi: 10.1016/j.gerinurse.2015.06.001
18. Stephens, Halifax E, Bui N, Lee SJ, Harrington C, Shim J, et al. Provider perspectives on the influence of family on nursing home resident transfer to emergency department: Crises at the end of life. J Am Geriatr Soc. 2015;63:S207. doi: 10.1155/2015/893062
19. Laging B, Bauer M, Ford R, Nay R. Decision to transfer to hospital from the residential aged care setting: A systematic review of qualitative evidence exploring residential aged care staff experiences. JBI Database Syst Rev Implement Reports. 2014;12(2):263–388. doi: 10.11124/jbisrir-2014-1141
20. Nelson D, Washton D, Jeanmonod R. Communication gaps in nursing home transfers to the ED: Impact on turnaround time, disposition, and diagnostic testing. Am J Emerg Med. 2013;31(4):712–6. doi: 10.1016/j.ajem.2012.11.024
21. Trahan LM, Spiers JA, Cummings GG. Decisions to transfer nursing home residents to emergency departments: A scoping review of contributing factors and staff perspectives. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(11):994–1005. doi: 10.1016/j.jamda.2016.05.012
22. McCloskey RM. A qualitative study on the transfer of residents between a nursing home and an emergency department. J Am Geriatr Soc. 2011;59(4):717–24. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03337.x
23. Stephens C, Halifax E, David D, Bui N, Lee SJ, Shim J, et al. "They don't trust us": The influence of perceptions of inadequate nursing home care on emergency department transfers and the potential role for telehealth. Clin Nurs Res. 2020;29 (3):157–68. doi: 10.1177/1054773819835015
24. Cummings GG, Reid RC, Estabrooks CA, Norton PG, Cummings GE, Rowe BH, et al. Older persons' transitions in care (OPTIC): A study protocol. BMC Geriatr. 2012;12(1):75. doi: 10.1186/1471-2318-12-75
25. Cypress BS. Who is the emergency room patient? An evolutionary concept analysis. Dimens Crit Care Nurs. 2010;29(4):182–91. doi: 10.1097/DCC.0b013e3181de9a88
26. Dwyer R, Stoelwinder J, Gabbe B, Lowthian J. Unplanned transfer to emergency departments for frail elderly residents of aged care facilities: A review of patient and organizational factors. J Am Med Dir Assoc. 2015;16(7):551–62. doi: 10.1016/j.jamda.2015.03.007
27. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. Int J Nurs Stud. 2014;51(11):1517–23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002
28. Arendts G, Dickson C, Howard K, Quine S. Transfer from residential aged care to emergency departments: An analysis of patient outcomes. Intern Med J. 2010;42(1):75–82. doi: 10.1111/j.1445-5994.2010.02224.x
29. Gruneir A, Bell CM, Bronskill SE, Schull M, Anderson GM, Rochon PA. Frequency and pattern of emergency department visits by long-term care residents—a population-based study. J Am Geriatr Soc. 2010;58(3):510–7. doi: 10.1111/j.1532-5415.2010.02736.x
30. Arendts G, Howard K. The interface between residential aged care and the emergency department: A systematic review. Age Ageing. 2010 May;39(3):306–12. doi: 10.1093/ageing/afq008
31. Abrahamson K, Bernard B, Magnabosco L, Nazir A, Unroe KT. The experiences of family members in the nursing home to hospital transfer decision. BMC Geriatr. 2016;16(1):184. doi: 10.1186/s12877-016-0359-2
32. Stokoe A, Hullick C, Higgins I, Hewitt J, Armitage D, O'Dea I. Caring for acutely unwell older residents in residential aged-care facilities: Perspectives of staff and general practitioners. Australas J Ageing. 2016;35(2):127–32. doi: 10.1111/ajag.12221

33. Renom-Guiteras A, Uhrenfeldt L, Meyer G, Mann E. Assessment tools for determining appropriateness of admission to acute care of persons transferred from long-term care facilities: a systematic review. BMC Geriatr. 2014;14(80). doi: 10.1186/1471-2318-14-80
34. Robinson CA, Bottorff JL, Lilly MB, Reid C, Abel S, Lo M, et al. Stakeholder perspectives on transitions of nursing home residents to hospital emergency departments and back in two Canadian provinces. J Aging Stud. 2012;26(4):419–27. doi: 10.1016/j.jaging.2012.06.001
35. McGregor MJ, Abu-Laban RB, Ronald LA, McGrail KM, Andrusiek D, Baumbusch J, et al. Nursing home characteristics associated with resident transfers to emergency departments. Can J Aging. 2014;33(1):38–48. doi: 10.1017/S0714980813000615
36. O'Connell B, Hawkins M, Considine J, Au C. Referrals to hospital emergency departments from residential aged care facilities: Stuck in a time warp. Contemp Nurse A J Aust Nurs Prof. 2013;45(2):228–33. doi: 10.5172/conu.2013.45.2.228
37. Gillespie SM, Gleason LJ, Karuza J, Shah MN. Health care providers' opinions on communication between nursing homes and emergency departments. J Am Med Dir Assoc. 2010;11(3):204–10. doi: 10.1016/j.jamda.2009.09.002
38. Morphet J, Griffiths DL, Innes K, Crawford K, Crow S, Williams A. Shortfalls in residents' transfer documentation: challenges for emergency department staff. Australas Emerg Nurs J. 2013 Apr 24;17(3):98–105. doi: 10.1016/j.aenj.2014.03.004
39. Griffiths D, Morphet J, Innes K, Crawford K, Williams A. Communication between residential aged care facilities and the emergency department: A review of the literature. Int J Nurs Stud. 2014;51(11):1517–23. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2014.06.002
40. Cwinn, Forster AJ, Adam Cwinn A, Hebert G, Calder L, Stiell IG. Prevalence of information gaps for seniors transferred from nursing homes to the emergency department. Can J Emerg Med. 2009;11(5):462–72. doi: 10.1017/S1481803500011660
41. Elmqvist C, Frank C. Patients' strategies to deal with their situation at an emergency department. Scand J Caring Sci. 2015;29(1):145–51. doi: 10.1111/scs.12143
42. Stein-Parbury J, Gallagher R, Fry M, Chenoweth L, Gallagher P. Expectations and experiences of older people and their carers in relation to emergency department arrival and care: A qualitative study in australia. Nurs Health Sci. 2015;17(4):476–82. doi: 10.1111/nhs.12220
43. Fry M, Gallagher R, Chenoweth L, Stein-Parbury J. Nurses' experiences and expectations of family and carers of older patients in the emergency department. Int Emerg Nurs. 2014;22(1):31–6. doi: 10.1016/j.ienj.2013.03.007
44. Morphet J, Decker K, Crawford K, Innes K, Williams AF, Griffiths D. Aged care residents in the emergency department: The experiences of relatives. J Clin Nurs. 2015;24:3647-53. doi: 10.1111/jocn.12954
45. McCloskey RM, Van Den Hoonaard D. Nursing home residents in emergency departments: A Foucauldian analysis. J Adv Nurs. 2007;59(2):186–94. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04319.x
46. McCloskey RM, Campo M, Savage R, Mandville-Anstey S. A conceptual framework for understanding interorganizational relationships between nursing homes and emergency departments: Examples from the Canadian setting. Policy Polit Nurs Pract. 2009 Nov;10(4):285–94. doi: 10.1177/1527154409357795
47. McCloskey RM. An institutional ethnographic exploration of the transitional experience of nursing home residents to and from a hospital emergency room [thesis]. University of New Brunswick (Canada); 2009. https://unbscholar.lib.unb.ca/islandora/object/unbscholar%3A9077
48. McCloskey RM, Campo M, Savage R, Mandville-Anstey S. A conceptual framework for understanding interorganizational relationships between nursing homes and emergency departments: examples from the Canadian setting. Policy Polit Nurs Pract. 2009 Nov;10(4):285–94. doi: 10.1177/1527154409357795
49. Arendts G, Popescu A, Howting D, Quine S, Howard K. "They never talked to me about...": Perspectives on aged care resident transfer to emergency departments. Australas J Ageing. 2015;34(2):95–102. doi: 10.1111/ajag.12125
50. Grabowski DC, Stewart KA, Broderick SM, Coots LA. Predictors of nursing home hospitalization: A review of the literature. Med Care Res Rev. 2008;65(1):3–39. doi: 10.1177/1077558707308754
51. Nikki L, Lepistö S, Paavilainen E. Experiences of family members of elderly patients in the emergency department: A qualitative study. Int Emerg Nurs. 2012;20(4):193–200. doi: 10.1016/j.ienj.2012.08.003
52. Arendts G, Reibel T, Codde J, Frankel J. Can transfers from residential aged care facilities to the emergency department be avoided through improved primary care services? Data from qualitative interviews. Australas J Ageing. 2010;29(2):61–5. doi: 10.1111/j.1741-6612.2009.00415.x
53. Ouslander JG, Lamb G, Tappen R, Herndon L, Diaz S, Roos AB, et al. Interventions to reduce hospitalizations from nursing homes: Evaluation of the INTERACT II collaborative quality improvement project. Am Geriactrics Soc. 2011;59(4):745–53. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03333.x
54. Kane RL, Huckfeldt P, Tappen R, Engstrom G, Rojido C, Newman D, et al. Effects of an intervention to reduce hospitalizations from nursing homes: A randomized implementation trial of the INTERACT program. JAMA Intern Med. 2017;177(9):1257–64. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03333.x
55. Codde J, Arendts G, Frankel J, Ivey M, Reibel T, Bowen S, et al. Transfers from residential aged care facilities to the emergency department are reduced through improved primary care services: an intervention study. Australas J Ageing. 2010;29(4):150–4. doi: 10.1111/j.1741-6612.2010.00418.x
56. Grabowski DC, O'Malley AJ. Use of telemedicine can reduce hospitalizations of nursing home residents and generate savings for medicare. Health Aff. 2014;33(2):244–50. doi: 10.1377/hlthaff.2013.0922
57. Southerland LT, Lo AX, Biese K, Arendts G, Banerjee J, Hwang U, et al. Concepts in practice : Geriatric emergency departments. Ann Emerg Med. 2020;75(2):162–70. doi: 10.1016/j.annemergmed.2019.08.430
58. Adams J, Gerson L. A new model for emergency care of geriatric patients. Acad Emerg Med. 2003;10(3):271—4. doi: 10.1111/j.1553-2712.2003.tb02002.x
59. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier — Cadre de référence. 2011. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000697/
60. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La ministre Marguerite Blais souligne la certification «amie des aînés» accordée à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. 2020. https://www.msss.gouv.qc.ca/ministere/salle-de-presse/communique-2247/
61. Prévost H. CHSLD : Zones chaudes, masques et pénurie de personnel dans le rapport de l'armée. La Presse. 2020. https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1706652/forces-armees-canadiennes-chsld-operation-laser

EN BREF

Prix Reconnaissance 2021

Chaque année, l'AIIUQ récompense des infirmières et infirmiers qui ont fait preuve de leadership grâce aux Prix Reconnaissance. Nous avons le plaisir de vous présenter les trois récipiendaires qui sont été annoncés lors du congrès 2021 de l'AIIUQ.

Quelques mots sur les Prix Reconnaissance :

Les Prix Reconnaissance comprennent deux (2) catégories, le Prix Excellence et le Prix Relève en soins infirmiers d'urgence.

Le Prix Excellence en soins infirmiers vise à souligner l'excellence des soins d'urgence d'une infirmière ou d'un infirmier du Québec qui se démarque par :

Sa pratique exemplaire des soins d'urgence au quotidien;
Son expertise;
Sa participation au travail d'équipe;
Son engagement dans la profession infirmière.

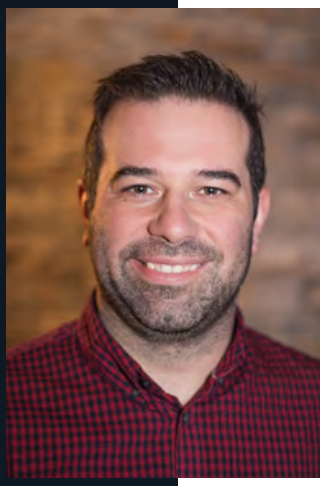
Cette infirmière ou cet infirmier est reconnu comme un modèle de rôle. Cette personne est une ressource précieuse dans son milieu tant auprès de la clientèle que de ses pairs.

Le Prix Relève en soins infirmiers d'urgence vise à mettre en valeur la contribution d'une jeune infirmière ou d'un jeune infirmier âgé(e) de moins de 35 ans, qui s'est démarqué(e) dans la pratique ainsi que par son engagement professionnel en soins d'urgence. Ce membre se distingue par la qualité de son travail, le leadership dont il fait preuve et son influence positive auprès de ses pairs.

EN SAVOIR PLUS

ANDRÉE-ANN AUBUT
Prix Relève
Infirmière depuis 2006, elle a travaillé dans plusieurs spécialités au Centre hospitalier de l'Université Laval de Québec, dont aux urgences en début de carrière, avant de revenir à titre d'assistante infirmière-chef en 2016. Elle fait d'ailleurs partie de la relève des cadres de son établissement.

SUZIE DUCHESNE
Prix Excellence
Madame Suzie Duchesne a débuté sa carrière à l'hôpital Maisonneuve Rosemont entre 1992-2000 à titre d'infirmière équipe volante. Depuis les 20 dernières années, elle pratique dans différents milieux d'urgence dont celui de l'hôpital Pierre Legardeur dans le CSSS de Lanaudière.



DANY DESROSIERS
Prix Relève
Infirmier d'urgence depuis 2007, cela fait 13 ans qu'il travaille à l'urgence du Centre hospitalier de Lanaudière. Au cours de sa carrière à l'urgence, il a su développer plusieurs habiletés et connaissances qui font de lui une référence auprès de ses collègues.

PRATIQUE CLINIQUE

Comment assurer une prise en charge optimale d'un patient en salle de réanimation ?

Prenant ses origines dans le domaine de l'aviation, le *Crisis Resource Management (CRM)* est désormais un incontournable relativement aux principes de travail d'équipe et de communication. Le CRM englobe des habiletés non techniques permettant d'optimiser la prise en charge d'un patient en situation de soins critiques, comme vécu en salle de réanimation. Lors de ces situations, un travail d'équipe non efficient est responsable de la majorité des erreurs commises. De plus, bien souvent, il ne s'agit pas d'un problème de connaissances, mais bien de la mise en œuvre de celles-ci. Cet article propose une explication de deux éléments du CRM, soit le travail d'équipe et la communication, et aborde la simulation comme intervention éducative relative à ces éléments.

par Dominique Labbée

Lors d'une situation critique se déroulant en salle de réanimation, l'équipe soignante doit travailler de concert auprès d'un patient cliniquement instable (1, 2). Ainsi, en plus des connaissances théoriques et pratiques que possède chacune des disciplines composant l'équipe soignante, les membres de l'équipe se doivent de travailler conjointement et simultanément tout en communiquant de façon efficace afin d'assurer des soins de qualité. Le bon déroulement de ces situations dépend directement des personnes y participant. Ces personnes font face à plusieurs défis, comme le rapportent Jaffrelot, Boet, Di Cioccio, Michinov et Chiniara :

> « Les équipes de soins sont constituées d'individus qui communiquent, décident et planifient. Chaque processus peut être interrompu ou mis en difficulté par des phénomènes liés aux comportements propres, aux malentendus, aux tensions hiérarchiques ou encore à des facteurs liés au stress ou à la fatigue. » (2, p. 570).

Le facteur humain influence donc considérablement le déroulement de ces situations (2).

Mais qu'est-ce que le facteur humain ? Le facteur humain fait référence à l'interaction entre les personnes impliquées dans la situation, l'environnement de travail et les tâches à effectuer. Il s'agit donc de dimensions psychologique, cognitive et organisationnelle qui influencent le déroulement d'une situation. En situation de soins critiques comme en salle de réanimation à l'urgence, l'équipe soignante fait face non pas à une routine standardisée, mais bien à des processus évolutifs et uniques selon les personnes impliquées, c'est-à-dire les patients et les différents membres de l'équipe (3). Il importe donc de tenir compte du facteur humain dans les secteurs jugés à haut risque, c'est-à-dire des secteurs où une erreur peut potentiellement entrainer de lourdes conséquences pour une ou plusieurs personnes. Le facteur humain est particulièrement important dans les milieux de soins critiques, incluant la salle de réanimation à l'urgence (3). Ce faisant, les habiletés dites non techniques représentant le facteur humain, incluant le travail d'équipe et la communication, devraient être ciblées afin d'assurer le bon déroulement des situations de soins critiques (4).

Ces habiletés relatives au travail d'équipe et à la communication sont directement liées au *Crisis Resource Management* (CRM). Le CRM, provenant initialement du domaine de l'aviation (*Cockpit resource management ou Crew resource management*), a été utilisé pour la première fois dans les années 1980 pour : optimiser la prise en charge d'un patient en situation de soins critiques, minimiser l'impact négatif du facteur humain, et former les équipes soignantes quant aux habiletés non techniques par D. M. Gaba avec l'*Anesthesia Crisis Resource Management*. En s'inspirant du modèle de gestion de crise du domaine de l'aviation, Gaba a adapté les éléments du CRM afin de les appliquer en santé dans son domaine d'expertise soit en anesthésie (4, 5). Désormais, le CRM fait partie prenante de plusieurs cursus de formation en santé et programmes de formation continue des milieux de soins critiques (4, 5). De plus, le Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada, appuyé par la *Canadian Critical Care Society* et la *Canadian Association of Critical Care Nurses*, a produit un guide pédagogique disponible en ligne qui définit plusieurs des éléments du CRM et cible spécifiquement les professionnels œuvrant en soins critiques (1). Il est observé parmi les équipes soignantes qui appliquent les principes du CRM, une diminution du nombre d'erreurs cliniques commises et, par conséquent, une optimisation de la qualité des soins (6).

« Le Crisis Resource Management est généralement conceptualisé comme un ensemble d'habiletés non techniques qui relève plutôt du domaine interpersonnel et cognitif (2), et ayant pour but d'améliorer le travail d'équipe, la communication et les processus de prise de décision (1, 4). »

LA GESTION DE CRISE À L'URGENCE

À l'urgence, en salle de réanimation plus particulièrement, les équipes soignantes font face au défi de prendre en charge des patients présentant un état critique. Cet état critique se caractérise par une instabilité clinique à évolution rapide qui compromet l'intégrité du patient. Ces situations ont le potentiel de générer un grand stress chez l'équipe soignante alors qu'elle doit intervenir de façon rapide, efficace et sécuritaire auprès d'un patient cliniquement instable. De plus, ces situations présentent plusieurs variables incertaines et une multitude de données inconnues. Ainsi, la prise en charge d'un patient instable en salle de réanimation constitue un défi en raison du stress présent, de la complexité de l'état du patient, de l'environnement de soins présentant une multitude de stimuli en plus de devoir traiter le patient sans diagnostic précis. Pour assurer la survie du patient, l'équipe soignante se doit de coordonner ses efforts et ses interventions afin d'agir de concert (7, 8). C'est particulièrement lors de ces situations que le travail d'équipe et la communication prennent tout leur sens et deviennent primordiaux (8).

Ainsi, l'équipe soignante fait face non pas à un travail routinier, où les tâches peuvent s'effectuer d'une façon standardisée et prédéterminée, mais bien à une situation dynamique et unique, dont le déroulement et la finalité dépendent des personnes qui y prennent part. Cela en fait un domaine à haut risque puisqu'une erreur peut potentiellement entrainer de graves conséquences sur la vie ou la survie d'une personne (1).

De ce fait, puisqu'il est difficile de standardiser la prise en charge d'un patient en salle de réanimation, l'équipe soignante doit s'adapter à chaque situation et harmoniser ses interventions afin d'assurer un travail d'équipe optimal, garant de la qualité des soins (1, 2, 7). En effet, le travail d'équipe et la communication sont deux facteurs essentiels à une prise en charge optimale (9). Dans le but de rapidement stabiliser l'état critique du patient, l'équipe soignante doit évaluer, intervenir et déterminer le problème rapidement, et ce, de façon concomitante (1).

LE *CRISIS RESOURCE MANAGEMENT (CRM)*

Suite à Gaba, plusieurs auteurs ont rapporté les éléments du CRM, dans différents secteurs à haut risque, dans de nombreux contextes de soins (4). Ce faisant, les éléments spécifiques du CRM diffèrent légèrement d'un auteur à l'autre, mais les notions de base prennent toutes naissance dans les mêmes prémisses. Le CRM est généralement conceptualisé comme un ensemble d'habiletés non techniques qui relève plutôt du domaine interpersonnel et cognitif (2), et ayant pour but d'améliorer le travail d'équipe, la communication et les processus de prise de décision (1, 4). Les éléments présentés dans ce texte ne sont donc pas exhaustifs, mais plutôt choisis spécifiquement en fonction du travail d'équipe et de la communication. La nomenclature utilisée réfère au guide sur le CRM du Collège Royal des médecins et chirurgiens du Canada (1).

Le leadership et le travail d'équipe

Le leadership et le travail d'équipe du CRM réfèrent aux rôles préétablis lors d'une situation de soins critiques et se distinguent du modèle hiérarchique où le leader se voit responsable de tout décider et de tout prendre en charge alors que le reste de l'équipe ne fait que suivre les ordres. Tous les membres impliqués dans la situation doivent faire preuve de leadership, ▶

soit être proactif à l'intérieur de son rôle, mais il doit y avoir un leader clairement identifié parmi les membres de l'équipe. Ainsi, l'équipe se compose d'un leader (la personne qui coordonne la situation et qui conserve une vue d'ensemble) et de membres qui travaillent ensemble vers un but commun et visent le même objectif. Les membres de l'équipe peuvent s'attendre du leader qu'il demeure calme, conserve une vision d'ensemble de la situation, coordonne les soins, partage ses réflexions et les raisons de ses prises de décisions et fasse régulièrement des bilans de la situation. Le leader doit prendre certaines décisions relatives à la situation, mais doit le faire de concert avec les membres de l'équipe. Il doit donc demeurer ouvert aux commentaires et aux idées des autres (1).

Les membres de l'équipe pour leur part se doivent de travailler en collaboration avec le leader, en émettant leurs idées et leurs opinions et en communiquant les informations pertinentes. Le leader peut donc s'attendre que les membres de l'équipe soient honnêtes et compétents tout en lui assurant une forme du soutien. Il importe que les membres de l'équipe prennent part activement à la situation et se sentent responsables et imputables vis-à-vis la situation au même titre que le leader. La responsabilité du bon déroulement est donc l'affaire de tous. Par ailleurs, selon les tâches à effectuer, le changement potentiel des membres de l'équipe en cours de route et le déroulement de la situation, le rôle de leader peut se transférer à une autre personne en tout temps (1). Ainsi, chacun est responsable de ses compétences disciplinaires, mais le travail d'équipe est une compétence que tous doivent posséder.

Il existe différents types de leadership. Toutefois, le leadership collaboratif, aussi appelé leadership partagé, semble assurer une meilleure cohésion d'équipe, lorsqu'utilisé dans une situation de soins critiques (1, 10). En effet, ce type de leadership, où la hiérarchie est absente, mène à de meilleures performances de la part de tous les membres de l'équipe. À l'inverse, un leadership autoritaire imposant une structure hiérarchique semble nuire au bon déroulement de la situation (10).

La communication

La communication entre les membres de l'équipe est au cœur du bon déroulement de la situation. En effet, une communication efficiente minimise le risque d'erreur et optimise la qualité des soins. Elle doit s'effectuer de sorte qu'il n'y ait pas de place à l'interprétation ou aux sous-entendus. Bien que la communication verbale soit à privilégier, la communication non verbale quant à elle doit être congruente avec le message verbal véhiculé afin d'éviter tout malentendu. De plus, il importe d'éviter les silences en réponse à une demande, car ils sont sujets à interprétation. Ainsi, tous les membres de l'équipe doivent privilégier la communication verbale en plus de le faire au bon moment et de la bonne façon (1). L'équipe doit donc trouver un équilibre lors de ses échanges verbaux afin de parler au bon moment et de respecter les besoins de silence lors de la réalisation d'interventions plus délicates.

Pour assurer une communication efficiente, il est proposé dans le CRM d'aplanir la hiérarchie et d'assurer une transmission efficace de l'information (bonne information, bon moment, bon moyen) (1, 11). Une communication efficace qui minimise le risque d'erreur s'effectue notamment à l'aide de la boucle de communication, soit valider l'information reçue et répéter ce qui est demandé ou nommé (11). Cette boucle peut être assurée à l'aide des « 3 C », c'est-à-dire : appeler la personne par son nom (*call by name*); être clair et concis (*clear and concise*); et boucler la boucle (*close de loop*).

Le premier « C », soit appeler la personne par son nom, doit s'effectuer lors de la formulation d'une demande ou de la transmission d'une information afin d'en assurer le traitement et qu'aucune requête ne soit perdue. Parfois, les membres de l'équipe ne connaissent pas le nom de certaines personnes au sein de l'équipe. Il importe alors d'établir un contact visuel ou d'interpeller la personne selon sa profession. Des demandes adressées « en l'air » ne ciblant personne en particulier amènent une communication sous efficiente favorisant les délais d'intervention et le risque d'erreur (1). En effet, lorsqu'une demande est formulée sans destinataire précis, il peut être difficile pour les membres de l'équipe de se sentir concerné.

Le deuxième « C » implique que l'information transmise doit être claire, concise et précise, et exempte de données manquantes. Par exemple, s'il s'agit d'un médicament à administrer ou à préparer, l'information doit comprendre le nom du médicament, la dose, la voie d'administration et le moment d'administration. Une formulation à éviter est par exemple « il faudrait donner un bolus ». Cette formulation incomplète amène un risque d'erreur alors que la personne qui reçoit l'information peut se demander : Dois-je donner un bolus ? Me préparer à donner un bolus ? Est- ▶

ce moi qui donne le bolus ? Quelle quantité exactement ? Et un bolus de quoi en fait ?

Enfin, le dernier « C », soit boucler la boucle, demande de répéter l'information reçue afin de confirmer que l'information a bien été comprise. Toute transmission d'information se doit d'être « bouclée ». Il importe donc de s'assurer que l'information ou l'action à poser est bien la bonne. Boucler la boucle permet également de valider lorsqu'il y a des informations manquantes. Ainsi, pour assurer une communication efficiente, elle doit être adressée directement à une personne ciblée, elle doit être claire et concise, et le receveur se doit de répéter cette information. Répéter l'information reçue permet notamment de s'assurer que c'est bien l'action à poser, et la bonne dose par exemple, en plus de confirmer que l'information a été traitée (11). Par exemple, l'utilisation des 3 C peut s'effectuer de cette façon :

Nathalie, MD : *Gilles, prépare du versed IV 5 mg, et dis-le-moi lorsque c'est prêt.*
Gilles, inf. : *Parfait Nathalie, je prépare 5 mg de versed IV et je te le dis lorsque c'est fait.*
Nathalie, MD : *Parfait Gilles.*
Gilles, inf. : *Nathalie, le versed 5 mg IV est prêt.*
Nathalie, MD : *OK Gilles, tu peux donner le versed IV 5 mg.*
Gilles, inf. : *OK Nathalie, je donne le versed IV 5 mg.*

Évidemment, la communication en boucle ne s'effectue pas naturellement et demande une attention particulière de la part de l'équipe soignante. En situation réelle, elle est parfois incomplète, car elle demande du temps et de la pratique avant d'être un automatisme. De plus, la hiérarchie doit être aplanie pour assurer cette communication, car il n'y pas place à la gêne ou au malaise et tous les membres de l'équipe doivent se sentir à l'aise de poser une question, de faire répéter, ou simplement d'utiliser la communication en boucle.

Enfin, lorsqu'une nouvelle personne se joint à l'équipe soignante, la transmission de l'information doit, dans un premier temps, s'effectuer de façon succincte afin que le nouvel arrivant puisse rapidement avoir une idée de la situation. Par la suite, des informations plus pointues et détaillées pourront au besoin être transmises. Afin d'assurer un premier transfert efficient d'information, l'acronyme SBAR est rapporté par plusieurs auteurs (12-14). Il s'agit de *Situation* (la situation), *Background* (les antécédents et la raison de consultation initiale ou le diagnostic), *Assessment* (l'évaluation de la situation), et *Recommandation* (les recommandations de l'équipe). En premier lieu, *Situation (S)*, doit être une information claire et sans détour, c'est ce qui se passe maintenant, elle doit se dire en deux ou trois mots. En second, *Background (B)*, donne davantage d'information sur la situation du patient soit la raison initiale de consultation, les antécédents ou encore le contexte dans lequel il a été retrouvé. En troisième, *Assessment (A),* c'est l'évaluation que l'équipe a faite de la situation et cette information doit se communiquer en

un très bref bilan de l'analyse de la situation. Enfin, en quatrième, *Recommandation (R)*, c'est vers quoi l'équipe se dirige et les prochaines étapes anticipées. Utiliser cet acronyme assure que les informations pertinentes et nécessaires soient transmises et augmente la confiance des membres de l'équipe dans leur capacité à transmettre correctement de l'information (12, 14).

Assurer une communication efficace est la responsabilité de tous les membres de l'équipe. En effet, si une personne communique une information incomplète ou qui porte à interprétation, il est de la responsabilité des autres membres de l'équipe de faire répéter et de demander les informations manquantes. Advenant une erreur, à qui la faute ? Au demandeur qui a adressé une demande en l'air ou imprécise, ou à l'équipe qui n'a pas assuré la boucle de communication en faisant répéter et en demandant des précisions ? Il s'agit bien d'une responsabilité partagée par tous les membres de l'équipe soignante.

La simulation à la rescousse de l'apprentissage du CRM

Mais comment acquérir ces notions et les transposer en situations réelles ? Au-delà du fait de connaitre les éléments du CRM, les personnes œuvrant à l'urgence en salle de réanimation se doivent d'être à même de les appliquer. Bien que de plus en plus de cursus de formation incluent le CRM, les membres de l'équipe doivent bénéficier de formation pratique, car l'apprentissage des éléments du CRM s'effectue notamment dans l'action (1). Sans surprise, la simulation apporte une avenue intéressante dans cet apprentissage. Boling et Hardin-Pierce ont effectué une recension des écrits permettant d'établir que la simulation augmente la confiance des membres de l'équipe, les connaissances de ces derniers, les habiletés à prendre en charge un patient présentant un état critique et les compétences quant aux prises de décisions en situation critique (15). De plus, la simulation permet d'acquérir des compétences de communication (16). Ainsi, la simulation offre un avantage certain pour améliorer le travail d'équipe, la résolution de conflits et la communication (17). Puisque la simulation vise à créer des situations d'apprentissage proches de la réalité, elle permet à l'équipe soignante de développer ses compétences dans un milieu sécuritaire sans compromettre l'intégrité de réels patients (2, 18, 19).

CONCLUSION

En somme, en salle de réanimation, l'équipe soignante ne peut malheureusement pas bénéficier de procédures standardisées puisque chaque situation est unique, le diagnostic n'est pas ▶

encore établi et plusieurs informations relatives au patient peuvent être manquantes (2). Bien qu'il n'existe pas de façon de faire unique, l'application des éléments du CRM permet à l'équipe soignante d'optimiser le travail d'équipe et la communication, assurant ainsi une capacité d'adaptation aux différentes situations rencontrées et à l'évolution de ces situations afin d'assurer la qualité et la sécurité des soins. Maintenant, quel est le message à retenir de ce texte ?

- En salle de réanimation, le déroulement de la situation dépend directement des personnes impliquées;
- La responsabilité du bon déroulement de la situation est partagée, tout ne repose pas sur les épaules d'une seule personne;
- Si un membre de l'équipe à une question ou une demande, il doit l'adresser;
- La hiérarchie nuit au travail d'équipe, bien que les rôles doivent être établis et qu'un leader est indispensable au bon fonctionnement, le leadership doit être collaboratif;
- Travailler en équipe demande que les interventions soient coordonnées, une communication efficace est donc indispensable;
- Développer des habiletés de travail d'équipe et de communication permet d'optimiser la qualité des soins;
- Enfin, partir du principe que tous les membres de l'équipe sont compétents et ont comme objectifs de donner des soins de qualité. Il importe donc d'assurer une cohésion d'équipe. ■

L'auteure

Dominique Labbée, inf., Ph. D. (cand.)

Professeure

Module des sciences infirmières, Université du Québec à Chicoutimi

Dominique1_Labbee@uqac.ca

RÉFÉRENCES

1. Brindley PG, Cardinal P. Optimizing crisis resource management to improve patient safety and team performance: a handbook for all acute care health professionals. 1ère éd. Ottawa (Canada) : Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ; 2017.
2. Jaffrelot M, Boet S, Di Cioccio A, Michinov E, Chiniara G. Simulation et gestion de crise. Réanimation. 2013 Nov;22(6):569-76. doi: 10.1007/s13546-013-0704-9
3. Parker SH. Human factors science: brief history and applications to healthcare. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2015 Dec 1;45(12):390-4. doi: 10.1016/j.cppeds.2015.10.002
4. Gaba DM. Crisis resource management and teamwork training in anaesthesia. Br J Anaesth. 2010 Jul;105(1): 3-6. doi: 10.1093/bja/aeq124
5. Lei C, Palm K. Crisis resource management training in medical simulation. StatPearls; 2020. URL: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK551708/
6. Morey JC, Simon R, Jay GD, Wears RL, Salisbury M, Dukes KA, Berns SD. Error reduction and performance improvement in the emergency department through formal teamwork training: evaluation results of the MedTeams project. Health Serv Res. 2002 Dec;37(6):1553-81. doi: 10.1111/1475-6773.01104
7. Frengley RW, Weller JM, Torrie J, Dzendrowskyj P, Yee B, Paul AM, Shulruf B, Henderson KM. The effect of a simulation-based training intervention on the performance of established critical care unit teams. Crit Care Med. 2011 Dec 1;39(12):2605-11. doi: 10.1097/CCM.0b013e3182282a98
8. Hicks C, Petrosoniak A. The human factor: optimizing trauma team performance in dynamic clinical environments. Emerg Med Clin. 2018 Feb 1;36(1):1-7. doi: 10.1016/j.emc.2017.08.003
9. Leonard M, Graham S, Bonacum D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. BMJ Qual & Saf. 2004 Oct 1;13(suppl 1):i85-90. doi: 10.1136/qshc.2004.010033
10. Künzle B, Zala-Mezö E, Wacker J, Kolbe M, Spahn DR, Grote G. Leadership in anaesthesia teams: the most effective leadership is shared. Qual Saf Health Care. 2010 Dec 1;19(6):e46. doi: 10.1136/qshc.2008.030262
11. Abd El-Shafy I, Delgado J, Akerman M, Bullaro F, Christopherson NA, Prince JM. Closed-loop communication improves task completion in pediatric trauma resuscitation. J Surg Educ. 2018 Jan 1;75(1):58-64. doi: 10.1016/j.jsurg.2017.06.025
12. Stevens N, McNiesh S, Goyal D. Utilizing an SBAR workshop with baccalaureate nursing students to improve communication skills. Nurs Educ Perspect. 2020 Mar 1;41(2):117-8. doi: 10.1097/01.NEP.0000000000000518
13. Yeh VJ, Sherwood G, Durham CF, Kardong-Edgren S, Schwartz TA, Beeber LS. Online simulation-based mastery learning with deliberate practice: Developing interprofessional communication skill. Clin Sim Nurs. 2019 Jul 1;32:27-38. doi: 10.1016/j.ecns.2019.04.005
14. Jeong JH, Kim EJ. Development and evaluation of an SBAR-based fall simulation program for nursing students. Asian Nurs Res. 2020 May 1;14(2):114-21. doi: 10.1016/j.anr.2020.04.004
15. Boling B, Hardin-Pierce M. The effect of high-fidelity simulation on knowledge and confidence in critical care training: An integrative review. Nurs Educ Pract. 2016 Jan 1;16(1):287-93. doi: 10.1016/j.nepr.2015.10.004
16. Kim HY, Ko E, Lee ES. Effects of simulation-based education on communication skill and clinical competence in maternity nursing practicum. Korean J Women Health Nurs. 2012 Dec 31;18(4):312-20. doi: 10.4069/kjwhn.2012.18.4.312
17. Kurup V, Matei V, Ray J. Role of in-situ simulation for training in healthcare: opportunities and challenges. Curr Opin Anesthesiol. 2017 Dec 1;30(6):755-60. doi: 10.1097/ACO.0000000000000514
18. Barry Issenberg S, Mcgaghie WC, Petrusa ER, Lee Gordon D, Scalese RJ. Features and uses of high-fidelity medical simulations that lead to effective learning: a BEME systematic review. Med Teach. 2005 Jan 1;27(1):10-28. doi: 10.1080/01421590500046924
19. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. AMEE Guide No. 82. Med Teach. 2013 Oct 1;35(10):e1511-30. doi: 10.3109/0142159X.2013.818632

PRATIQUE CLINIQUE

Les 10 choses à savoir sur la ventilation par ballon-masque !

La gestion des voies respiratoires revêt une importance fondamentale, puisqu'elle est à la source de l'oxygénation et de la ventilation d'une personne. Lorsque l'oxygénation et la ventilation sont altérées, l'utilisation d'un ballon-masque peut s'avérer nécessaire. Le principe d'utilisation d'un ballon-masque est d'assurer une ventilation et une oxygénation adéquates le temps qu'un traitement approprié soit initié ou qu'une prise en charge planifiée et définitive des voies respiratoires soit réalisée (1). Ainsi, le but de cet article est de fournir quelques trucs et une approche structurée au personnel infirmier pour assurer une manœuvre d'assistance respiratoire sécuritaire et efficace. Bien que cet article ne puisse se substituer à une pratique sous l'œil avisé d'un expert, il pourra servir d'outil supplémentaire à une exécution de qualité. Voici donc les 10 choses à savoir sur la ventilation par ballon-masque.

par Gabriela Peguero-Rodriguez, Lysane Paquette et Valérie Lebel

MISE EN SITUATION

Mme Vaudreuil est gardée en observation à l'urgence suite à une probable intoxication à l'alcool. À son arrivée, elle présentait un Glasgow à 12 (Y3V4M5) et ses signes vitaux étaient stables : PA 115/80 mmHg ; FC 90 bpm ; FR 12/min ; SpO2 94 % AA et température buccale à 36,7 °C. On vous a avisé de son arrivée, mais vous étiez occupé par un long changement de pansement avec un autre patient. Une fois terminé, vous vous dirigez au chevet de Mme Vaudreuil. Elle a les yeux clos et ne répond pas à l'appel de son nom ni à la douleur. Elle présente de la cyanose péribuccale. Vous tentez de la stimuler et vous constatez qu'elle est en bradypnée avec une fréquence respiratoire à moins de 4 respirations/minute avec une amplitude respiratoire très superficielle. Elle présente néanmoins un pouls carotidien palpable. Vous demandez de l'aide à vos collègues, mais ceux-ci sont occupés avec un patient agité. Vous décidez donc de débuter la ventilation par ballon-masque en attendant que le reste de votre équipe arrive en soutien. Vous vous interrogez toutefois à savoir quelles sont les bonnes pratiques à l'égard de l'utilisation du ballon-masque.

1. Avant d'utiliser le ballon-masque, il est nécessaire d'évaluer les voies respiratoires («A – *Airway*») et les besoins respiratoires («B – *Breathing*»)

Dans une situation clinique où une respiration inadéquate ou une apnée sont constatées, il faut s'assurer en premier lieu qu'un pouls carotidien est perceptible pendant 5 à 10 secondes («C – *Circulation*»). Si le pouls est absent, les manœuvres de réanimation cardiorespiratoire doivent être débutées. Si le pouls est perceptible, il faut poursuivre l'évaluation avec le «A» (*airway*) afin de vérifier que les voies respiratoires soient bien dégagées (2–4). Il faut valider l'absence d'obstruction, autrement des actions additionnelles devront être entreprises pour dégager les voies respiratoires. Une obstruction partielle se manifestera chez la personne par une voix modifiée, une respiration bruyante, voire sifflante (p. ex., stridor) et avec un effort respiratoire marqué (5,6). Cela peut s'expliquer par la présence d'un corps étranger (p. ex., aliments), de vomissements, de sang ou d'un œdème du pharynx ou du larynx (3, 4, 6). Une obstruction complète est plutôt silencieuse avec une absence de respiration malgré un effort pour y parvenir donnant lieu à une respiration de type paradoxale (6). Enfin, lorsqu'une personne est inconsciente, l'affaissement de ▶

la langue en raison d'une perte de tonus des tissus mous peut également obstruer les voies respiratoires (voir image 1) (4,7). Ce qui peut être le cas si la personne a consommé une substance (p. ex., opioïde ou alcool), est atteinte d'une pathologie qui influence le centre respiratoire (p. ex., hémorragie intracrânienne) ou lors d'une insuffisance respiratoire (4,7). À noter que l'affaissement de la langue peut également survenir lors d'une altération partielle de l'état de conscience ou même pendant le sommeil. Bref, l'identification d'une cause possible d'obstruction des voies respiratoires permettra d'amorcer certaines interventions afin de rétablir ou de faciliter la respiration (p. ex., désobstruction des voies respiratoires, aspiration des sécrétions ou insertion d'une canule oropharyngée ou nasopharyngée).

Image 1 – Affaissement de la langue chez une personne inconsciente.

Image inspirée de Vo et al. (4). © Lysane Paquette

La deuxième étape de l'évaluation est axée sur le « B » (*breathing*) qui sert à déterminer l'efficacité de la respiration. Il faut porter une attention particulière à la fréquence respiratoire (tachypnée, bradypnée, apnée), au rythme respiratoire (p. ex., respiration de Cheyne-Stokes) et à l'amplitude respiratoire (p. ex., hypoventilation ou hyperventilation) (6,8). De plus, à l'inspection rapide, il importe d'observer la symétrie, l'amplitude respiratoire, l'utilisation des muscles accessoires, la présence de blessures au thorax, la cyanose et le positionnement de la trachée (6,8). En ajout à la prise de la saturation en oxygène, l'auscultation pulmonaire permettra d'identifier des anomalies au niveau des murmures vésiculaires ou la présence de bruits adventices (6). Au terme de la séquence d'évaluation « A » et « B » qui doit être exécutée rapidement, la ventilation manuelle par ballon-masque est recommandée si la respiration s'avère inefficace malgré la gestion des obstructions potentielles (6,8).

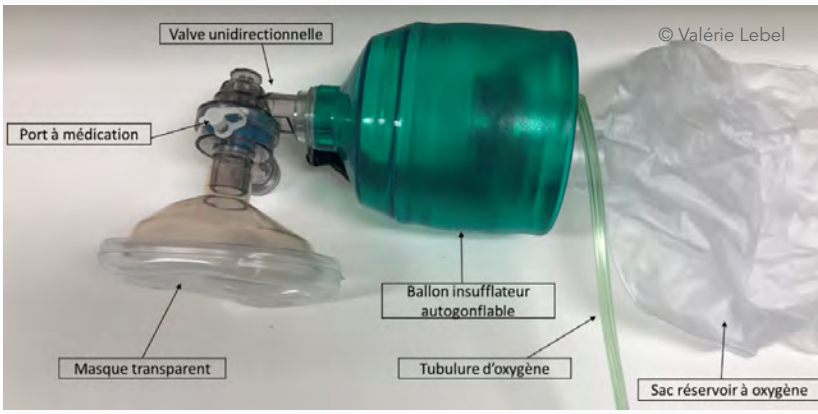
2. L'apnée n'est pas la seule indication à l'utilisation d'un ballon-masque

Plusieurs circonstances peuvent justifier l'utilisation d'un ballon-masque. L'apnée, soit une pause respiratoire de plus de 10 secondes, en est une. D'autres circonstances possibles sont la bradypnée, l'insuffisance respiratoire avec hypercapnie ou hypoxie, ainsi que la diminution de l'état de conscience avec une incapacité de protéger ses voies respiratoires, et ce, avec ou sans désaturation en oxygène (4–6).

3. Le ballon-masque est constitué de plusieurs composantes

Typiquement, un ballon-masque est constitué d'un masque transparent, d'une valve unidirectionnelle qui empêche l'air ambiant de diluer la concentration d'oxygène et éviter l'inhalation de l'air expiré, d'une valve expiratoire, d'un ballon insufflateur et d'un sac réservoir à oxygène (voir image 2) (7–9). Il existe deux principaux types de ballon-masque. Le premier type est le ballon d'anesthésie dont le ballon insufflateur n'est pas autogonflable (voir image 3) (7). Il est davantage utilisé en salle d'opération lors de l'induction à l'anesthésie ou encore en néonatalogie (7). Le deuxième type est le ballon-masque autogonflable, c'est-à-dire que le ballon insufflateur qui est relié à un réservoir d'oxygène a la particularité de se regonfler automatiquement après les compressions (voir image 2) (7,10). Celui-ci est davantage utilisé pour la clientèle pédiatrique et adulte (7). En utilisant un ballon-masque autogonflable, il ne faut pas oublier de brancher la tubulure à la source d'oxygène à un débit de 15 L/minute de façon à optimiser l'oxygénation de la personne (10).

Image 2 – Ballon-masque autogonflable et ses composantes.



D'autres composantes peuvent être ajoutées au ballon-masque autogonflable, tel que la valve de pression positive (PEEP-*positive end expiratory pressure*). La valve de PEEP favorise le recrutement alvéolaire augmentant ainsi les échanges gazeux, ce qui permet d'améliorer l'oxygénation (7). Si une valve de PEEP est utilisée, il est recommandé d'effectuer la titration à partir de 5 cmH2O, et ce, jusqu'à 15 cmH2O, sans toutefois dépasser 20 cmH2O. Une pression excessive accroit le risque d'ouvrir le sphincter gastro-œsophagien, augmentant ainsi les risques d'insufflation gastrique et de vomissements, en plus d'augmenter le risque de barotraumatismes (lésions pulmonaires) (5,7).

Image 3 – Ballon d'anesthésie.

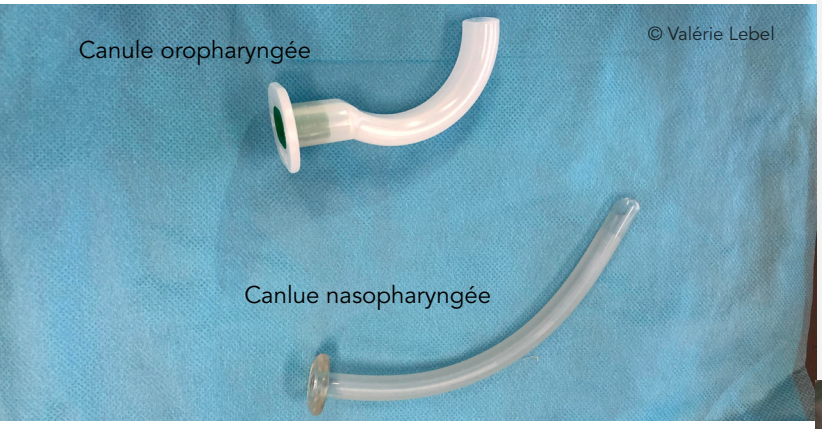
4. La clé demeure dans le dégagement et le maintien de la perméabilité des voies respiratoires

La personne doit être bien positionnée afin d'optimiser la ventilation et l'oxygénation. Celle-ci doit être couchée en position dorsale et des techniques de dégagement des voies respiratoires doivent être débutées soit en basculant la tête vers l'arrière et en soulevant le menton (voir image 4) ou en utilisant la subluxation mandibulaire lors de suspicion de traumatisme cervical (voir image 5) (4, 5, 7, 8, 10). Ces manœuvres permettent de déplacer la langue du pharynx postérieur (7,10). L'utilisation d'une canule nasopharyngée (« trompette nasale ») ou d'une canule oropharyngée (« guédelle ») peut également s'avérer utile pour maintenir la perméabilité des voies respiratoires, et ce, en déplaçant la langue vers l'avant (voir image 6) (4, 5, 7, 8, 10). Par contre, chez les personnes qui ont toujours le réflexe de toux ou le réflexe pharyngé, soit les patients conscients, semi-conscients ou même inconscients, une canule nasopharyngée est à favoriser au détriment de la canule oropharyngée, afin d'éviter le risque de vomissement et d'aspiration (8,10).

Image 4 – Basculement de la tête avec soulèvement du menton.

Image 5 – Subluxation mandibulaire.

Image 6 – Canules oropharyngées et nasopharyngées.



5. Le ballon-masque peut s'utiliser à un seul intervenant ou à deux intervenants

Lorsque le ballon-masque est utilisé par un seul intervenant, celui-ci doit maintenir l'étanchéité du masque avec une de ces mains en formant la lettre « C » avec son pouce et son index directement sur le masque qui couvre le nez et la bouche (voir image 7) (4, 5, 7, 8). Les trois autres doigts, soit le majeur, l'annulaire et l'auriculaire, sont placés sous la mandibule en formant la lettre « E » pour procéder au soulèvement de la mâchoire ou à la subluxation mandibulaire, ce qui permettra de dégager les voies respiratoires, en plus d'améliorer l'étanchéité du masque (voir image 7) (4, 7, 8, 10). Avec l'autre main, l'intervenant prend alors le ballon insufflateur et débute les ventilations.

Image 7 – Technique de ventilation par ballon-masque à un intervenant.

La technique à deux intervenants est toutefois considérée comme étant la plus efficace et permet d'assurer une meilleure étanchéité du masque (4, 5, 7, 8). Elle s'avère plus utile lorsque la ventilation est difficile, par exemple avec des personnes obèses (4). Cette technique consiste à avoir un premier intervenant qui se trouve à la tête du patient et qui maintient l'étanchéité du masque en appliquant une légère pression avec ses deux mains de part et d'autre du masque en formant la lettre « C » à l'aide de ses pouces et de ses index (4, 5, 7, 8). Les six autres doigts, soit le majeur, l'annulaire et l'auriculaire des deux mains, sont alors placés sous la mandibule pour permettre le soulèvement de la mâchoire ou la subluxation mandibulaire en formant la lettre « E » (voir image 8) (4, 5, 7, 8). Le deuxième intervenant, quant à lui, s'occupe principalement de comprimer le ballon insufflateur à deux mains (4, 5, 7, 8).

Image 8 – Technique de ventilation par ballon-masque à deux intervenants.

6. La vitesse et la force de compression sur le ballon ventilatoire ne sont pas aléatoires

L'utilisation d'un ballon-masque permet l'administration de concentrations élevées d'oxygène par pression positive (8). Une quantité d'air suffisante pour permettre le soulèvement du thorax doit être ciblée, ce qui équivaut à un volume courant d'environ 6-7 cc/kg (environ 500 à 600 ml d'air) (7,8). Les compressions sur le ballon insufflateur doivent se faire sur une seconde complète, ce qui diminue les risques d'ouvrir le sphincter gastro-œsophagien, diminuant ainsi les risques d'une distension gastrique et d'aspiration (5,8). Une compression sur le ballon insufflateur devrait se faire aux 4-6 secondes pour donner une fréquence respiratoire entre 10-12 respirations/minute, et ce, en laissant le ballon insufflateur se regonfler complètement entre les compressions (8).

7. La saturation en oxygène (SpO2) n'est pas le seul indicateur à surveiller pour s'assurer de l'efficacité de la ventilation par ballon-masque

L'augmentation de la saturation en oxygène (SpO2) est un des indicateurs qui témoignera de l'efficacité de la ventilation manuelle offerte (4,7). En revanche, tout dépendant des contextes (p. ex., maladie pulmonaire obstructive chronique, préoxygénation avant intubation endotrachéale), votre jugement clinique est de mise quant à l'ajustement de la quantité d'oxygène à administrer (7). D'autres indicateurs sont également à surveiller. En fait, une évaluation clinique en continu doit être effectuée lors de la ventilation manuelle par ballon-masque afin de s'assurer d'une ventilation et d'une oxygénation adéquates. Il faut notamment s'assurer du soulèvement symétrique de la cage thoracique à chaque insufflation donnée (7,8). Si aucune élévation n'est visible ou en présence de résistance à la ventilation, il est recommandé de revoir la technique utilisée (p. ex., replacer le masque, repositionnement des mains) et d'explorer les causes possibles de résistance (voir Tableau 1 pour d'autres stratégies). L'auscultation pulmonaire peut également se montrer utile afin de s'assurer de l'entrée d'air dans les poumons, ainsi que l'observation de la coloration de la peau (4,7). De même, l'utilisation d'un capnographe quantitatif (taux de CO2 expiré) peut s'avérer utile pour vérifier l'efficacité de la ventilation manuelle offerte avec le ballon-masque (1, 3, 7, 11, 12).

8. L'utilisation d'un ballon-masque n'est pas sans complications

Les principales complications relatives à l'utilisation du ballon-masque sont généralement associées à une mauvaise technique. L'une des complications possibles est celle de la distension gastrique qui peut être causée par une ventilation trop rapide, par l'administration d'un trop grand volume d'air ou par le mauvais positionnement de la tête (7). La distension gastrique augmente le risque de régurgitation du contenu gastrique et une possible aspiration de ce contenu dans les voies respiratoires, ce qui causera potentiellement une pneumonie d'aspiration (5,8).

Tableau 1. Stratégies possibles à utiliser lors de la ventilation par ballon-masque.

Problème identifié	Stratégies
Positionnement et étanchéité du masque	Détachez le masque du ballon insufflateur avant de l'installer sur le visage du patient, ceci facilitera le positionnement du masque.
	Si le patient porte un dentier, veuillez le laisser en place durant la ventilation par ballon-masque, cela améliorera l'étanchéité du masque avec le visage.
	Si l'étanchéité du masque est altérée en raison de la pilosité faciale, vous pouvez ajouter du lubrifiant hydrosoluble sur les poils du visage pour sceller le contact du masque avec le visage.
Manœuvres d'ouverture des voies respiratoires	Une erreur courante à éviter est de saisir les tissus mous sous la mandibule au lieu de l'os mandibulaire pour faire le soulèvement du menton ou la subluxation mandibulaire. En fait, cela peut faire pousser la langue davantage dans le pharynx inférieur, ce qui aggravera l'obstruction.
	Chez les patients inconscients pour qui le soulèvement du menton ou la subluxation mandibulaire ne sont pas suffisants pour maintenir les voies respiratoires ouvertes, l'utilisation d'une canule nasopharyngée (« trompette nasale ») ou oropharyngée (« guédelle ») est fortement recommandée.
Particularités chez certaines clientèles	**Clientèle obèse** Pour les patients obèses, il est recommandé de les positionner en Trendelenburg inversée de façon à réduire la pression de l'abdomen sur le diaphragme et ainsi favoriser l'expansion du thorax. D'ailleurs, une serviette roulée peut également être installée au niveau de la nuque pour permettre l'hyperextension du cou (contre-indiqué si traumatisme cervical suspecté ou confirmé). La position de « sniffage » où la tête est à la fois surélevée et en hyperextension permettant d'aligner le conduit auditif externe à la fourchette sternale, peut également faciliter la ventilation.
	Clientèle ayant des problèmes respiratoires spécifiques Une résistance à la ventilation manuelle peut être présente chez les personnes atteintes d'asthme, d'un bronchospasme, de MPOC ou d'un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA). Dans ces cas, veuillez considérer l'administration d'un bronchodilatateur et/ou l'utilisation d'une valve de PEEP sur le ballon-masque.
	Clientèle ayant un trauma cervical confirmé ou suspecté Advenant que le port du collet cervical semble être la raison pour laquelle la ventilation par ballon-masque n'est pas efficace et que vous disposez de la formation et du personnel nécessaire, le devant du collet cervical peut être ouvert et vous pouvez procéder à l'immobilisation manuelle de la colonne cervicale. Un autre intervenant peut alors procéder à la ventilation par ballon-masque.

***Peu importe la raison, si la ventilation par ballon-masque est difficile il est recommandé d'opter pour la technique à deux intervenants.**

Sources : [7, 8, 13]

Des effets physiologiques liés à une mauvaise technique peuvent également survenir et c'est la raison pour laquelle il faut à tout prix éviter une hyperventilation ou une hypoventilation. Une hyperventilation peut survenir lorsque la ventilation offerte est trop rapide ou trop volumineuse, ce qui peut entrainer une diminution de la PCO2 et occasionner une alcalose respiratoire et une vasoconstriction (1). De plus, l'administration d'une ventilation trop rapide ou trop volumineuse augmente la pression intrathoracique, ce qui diminue le retour veineux, ainsi que le débit cardiaque diminuant la perfusion cérébrale et coronarienne (8). À l'inverse, une hypoventilation, soit une fréquence de ventilation trop lente ou un volume d'air trop petit, augmentera la rétention de CO2, entrainant une acidose respiratoire et une vasodilatation (13). L'hypercapnie peut aussi contribuer à l'altération de l'état de conscience et nuire à la circulation cérébrale (13). Enfin, l'utilisation d'une pression trop élevée (PEEP élevée) ou l'administration de trop grand volume d'air à chaque insufflation peut engendrer des barotraumatismes (lésions pulmonaires) (5).

9. L'utilisation du ballon-masque est possible avec la population pédiatrique, mais avec quelques considérations additionnelles

Comme chez l'adulte, de manière à éviter les fuites d'air et pour assurer une ventilation adéquate, il faut s'assurer de choisir une taille de masque qui couvre complètement la bouche et le nez de l'enfant sans couvrir les yeux, ni chevaucher le menton (10,14). Pour cette raison, il faut s'assurer d'avoir à portée de main des masques pédiatriques de diverses grandeurs. D'ailleurs, les particularités anatomiques des voies respiratoires des enfants les rendent plus à risque de ventilation non efficace causée par une obstruction. Le positionnement de l'enfant est donc essentiel (les principes de base pour la ventilation par ballon-masque chez l'adulte sont applicables). Le rythme de ventilation avec le ballon-masque chez l'enfant qui a un rythme cardiaque de 60 bpm ou plus devrait être d'une insufflation toutes les deux ou trois secondes, soit 20 à 30 respirations par minute pour les enfants de moins de 18 ans (avant la puberté), excluant les nouveau-nés (15). Tout comme chez l'adulte, chaque insufflation doit être donnée sur une seconde et il faut utiliser la pression minimale sur le ballon insufflateur qui entraînera une expansion thoracique (8).

10. En tant qu'infirmière, vous pouvez procéder à la ventilation par ballon-masque

De prime abord, selon le Code de déontologie des infirmières et infirmiers, l'infirmière doit « […] porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours […] » (art. 1) et doit « intervenir promptement auprès du client lorsque son état de santé l'exige » (art. 44, 2e) (16). Plus précisément, en situation d'urgence l'infirmière est tenue d'agir si elle a les connaissances minimales requises et qu'aucun professionnel habilité n'est en mesure d'intervenir dans l'immédiat (15). D'ailleurs, toujours selon le code de déontologie, il est de la responsabilité de chaque infirmière « […] d'assurer la mise à jour et le développement de ses compétences professionnelles » (art. 18) (16).

En outre, plusieurs activités réservées des infirmières sont sollicitées dans la mise en situation initiale de cet article, telles que : 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 monitorage et les ajustements du plan thérapeutique infirmier » ; et 3) « initier des mesures diagnostiques et thérapeutiques, selon une ordonnance » (17). Enfin, le Tableau 2 donne un aperçu de la séquence de prise en charge de l'infirmière dans la mise en situation initiale.

CONCLUSION

L'utilisation du ballon-masque s'avère nécessaire dans plusieurs contextes, notamment en cas d'insuffisance respiratoire ou d'apnée. Il faut toutefois s'assurer de maintenir l'ouverture des voies respiratoires à l'aide des manœuvres de positionnement et au besoin avec des dispositifs comme des canules oropharyngées ou nasopharyngées. Il faut également s'assurer de l'étanchéité du masque, ainsi que de l'efficacité et de la qualité de la ventilation offerte. Il est fortement encouragé de pratiquer au préalable les techniques d'utilisation du ballon-masque afin d'être prêt à intervenir immédiatement avec compétence lors de ces situations. Dans le contexte pandémique actuel de la COVID-19, la ventilation par ballon-masque est à éviter. Toutefois, si elle s'avère nécessaire, n'oubliez pas d'ajouter un filtre haute efficacité (filtre HEPA/Stérivent) au ballon-masque (19).

Enfin, même si d'autres professionnels sont davantage spécialisés dans l'exécution de cette technique, il n'en demeure pas moins qu'afin d'assurer une efficience dans le travail d'équipe lors de situations d'urgence, ainsi que d'améliorer la qualité des soins, l'infirmière détient un rôle pilier. ■

AIDE FINANCIÈRE

Les auteures n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Il est toutefois important de mentionner que Gabriela Peguero-Rodriguez est l'une des éditrices associées de la revue *Soins d'urgence*, mais celle-ci n'a pas contribué à l'évaluation et à l'édition de cet article.

Tableau 2. Résolution de la mise en situation initiale.

Après avoir appelé de l'aide, vous débutez l'évaluation primaire (C'ABCDE).			
	Évaluation	Interventions	Réévaluation
C – *Circulation* *À cette étape-ci, il suffit de vérifier la présence d'un pouls.*	• Pouls carotidien présent.		
A – *Airway* (ouverture des voies respiratoires)	• Ronflements audibles ; • Cyanose péribuccale présente ; • Pas de corps étranger, de sécrétion ou de vomissements dans la bouche ; • Réflexe pharyngé présent.	• Ouverture manuelle des voies respiratoires en basculant la tête vers l'arrière et en soulevant le menton ; • Insertion d'une canule nasopharyngée.	• Diminution des ronflements à la suite du positionnement et de l'insertion de la canule nasopharyngée.
B – *Breathing* (besoins respiratoires)	• Fréquence respiratoire à moins de 4 resp/min – bradypnée ; • Soulèvement thoracique très superficiel ; • Pas de blessures thoraciques ; • Coloration pâle de la peau ; • Pas d'utilisation des muscles accessoires ; • Saturation en oxygène à 86 % AA.	• Ventilation par ballon-masque débuté avec administration concomitante d'oxygène.	• Avec la ventilation par ballon-masque, le soulèvement thoracique est symétrique et adéquat ; • Amélioration de la saturation en oxygène.

Après avoir amorcé la ventilation par ballon-masque, vos collègues arrivent en soutien. L'évaluation primaire (ABCDE) peut donc se poursuivre avec l'étape de la circulation « C », suivi par l'évaluation neurologique « D » et l'exposition/environnement « E ».

La patiente est par la suite transférée en salle de réanimation pour une prise en charge complète. Du naloxone (narcan) sera notamment administré pour éliminer la possibilité d'une intoxication aux opioïdes.

LES AUTEURES

Gabriela Peguero-Rodriguez, inf., B. Sc., Ph. D. (cand.)
Candidate au doctorat
École des sciences infirmières, Faculté des sciences de la santé, Université d'Ottawa
Professeure adjointe
Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais
gabriela.peguero-rodriguez@uqo.ca

Lysane Paquette, inf., Ph. D. (cand.)
Candidate au doctorat
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Professeure adjointe
Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Valérie Lebel, inf., Ph. D.
Professeure agrégée
Département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

RÉFÉRENCES

1. Baker P. Mask ventilation [version 1; regerees: 2 approved]. F1000Research. 2018;7:1683. doi: 10.12688/f1000research.15742.1
2. American Heart Association. Highlights of the American Heart Association : Guidelines for CPR and ECC. 2020. https://cpr.heart.org/-/media/cpr-files/cpr-guidelines-files/highlights/hghlghts_2020_ecc_guidelines_english.pdf?la=en
3. Habrat D. Comment ventiler au moyen d'un sac-valve-masque. Le manuel Merk: version pour les professionnels de la santé. 2019. https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/réanimation/comment-effectuer-les-procédures-respiratoires-de-base/comment-ventiler-au-moyen-d-un-sac-valve-masque
4. Vo BH, Park M, Wang S. Effective bag-valve-mask ventilation saves lives. Am Nurse Today. 2017;12(2):1–4.
5. Bucher J, Vashisht R, Ladd M. Bag mask ventilation. StatPearls - NCBI Bookshelf. 2020. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441924/
6. Thim T, Vinther NH, Grove EL, Rohde CV, Løfgren B. Initial assessment and treatment with the airway , breathing , circulation , disability , exposure (ABCDE) approach. Int J Gen Med. 2012;5:117–21. doi: 10.2147/IJGM.S28478
7. Davies JD, Costa B, Asciutto A. Approaches to manual ventilation. Respir Care. 2014;59 (6):810–25. doi: 10.4187/respcare.03060
8. Fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Soins avancés en réanimation cardiovasculaire : manuel du dispensateur de soins. 2016.
9. Carleton S, Reardon R, Brown C. Bag-mask ventilation. Dans: Brown C, Sakles J, Mick N, éditeurs. The Walls Manual of Emergency Airway Management. 5e éd. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2018. p.88-97.
10. Bush S, Ray D. Basic airway management. Dans: Burtenshaw A, Bnger J, Nolan J, éditeurs. Emergency Airway Management. 2e éd. London: Cambridge University Press; 2015. p. 20–9.
11. Link M, Berkow L, Kudenchuk P, Halperin H, Hess E, Moitra V, et al. Part 7: Adult advanced cardiovascular life support: 2015 American Heart Association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation. 2015;132:S44–464. doi: 10.1161/CIR.0000000000000261
12. Sullivan B. 5 things to know about capnography. 2020. https://www.ems1.com/ems-products/capnography/articles/5-things-to-know-about-capnography-Hr5ETRdXzCoU3fLH/
13. Treille J, Bessereau J, Douplat M, Treille P, Michelet P, de la Coussaye J, et al. Physiopathologie et prise en charge de l ' hypotension post-intubation en séquence rapide. Ann françaises médecine d'urgence. 2017;7:239–46. doi: 10.1007/s13341-017-0756-y
14. Chameides L, Samson S, Schexnayder S, Hazinski M. Pediatric advanced life support provider manual. Dallas: American Heart Association; 2012.
15. Topjian A, Raymond T, Atkins D, Chan M, Joyner BJ, Lasa J, et al. Part 4: Pediatric basic and advanced life support: 2020 American heart association guidelines for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care. Circulation. 2020;142(16):S469–523. doi: 10.1161/CIR.0000000000000901
16. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Publications Québec. http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/I-8, r. 9
17. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers. 2016. https://www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3
18. Conlon NP, Sullivan RP, Herbison PG, Zacharias M, Buggy DJ. The Effect of leaving dentures in place on bag-mask ventilation at induction of general anesthesia. Ambul Anesthesiol. 2007;105(2):370–3. doi: 10.1213/01.ane.0000267257.45752.31
19. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide de procédures techniques soins intensifs et urgence SARS-CoV-2 (COVID-19). 2021. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002913/

FORMATION

L'intégration des infirmières nouvellement diplômées à l'urgence : analyse et recommandations

Au Québec, le recrutement et la rétention des infirmières nouvellement diplômées (IND) à l'urgence sont des défis dont font quotidiennement face les milieux de soins. En effet, une importante proportion des IND quitterait l'urgence après leur première année de pratique. Or, cela s'expliquerait en partie par leur intention de quitter, un processus qui débute lorsque l'infirmière ressent des émotions négatives au travail. Cet article a donc pour but d'identifier les facteurs qui sont associés à l'intention de quitter des IND. Des recommandations permettant de favoriser l'intégration, l'accompagnement et la rétention des IND lors de leur première année de pratique à l'urgence seront également présentées.

par William Tessier, Stéphane Lavoie et Martin Charette

Aux États-Unis, environ 25 % des infirmières nouvellement diplômées (IND) débutent leur carrière sur une unité de soins critiques comme l'urgence ou les soins intensifs (1). En raison du vieillissement de la population, de la complexification des soins et du manque d'effectifs infirmiers, on estime que la demande pour les IND persistera dans ces milieux de soins hautement spécialisés (2). Cependant, au Québec, le nombre d'IND débutant leur carrière en soins critiques a considérablement diminué dans la dernière décennie, passant de 20,9 % en 2009-2010 à seulement 12,1 % en 2019-2020 (3, 4). Malgré certaines critiques sur la présence des IND en soins critiques, les milieux cliniques ont intérêt à permettre à ces infirmières de débuter à l'urgence en raison de leur créativité, leur enthousiasme, leur énergie positive et leur désir de contribuer à l'équipe soignante (5). Malheureusement, le recrutement et la rétention des IND à l'urgence sont des défis, ce qui explique en partie la diminution du nombre d'IND en soins critiques au Québec. Duchscher et Painter (5) expliquent que les organisations de santé doivent être bien préparées pour l'intégration des IND dans les milieux cliniques afin de favoriser leur rétention (5). Pour cette raison, cet article a pour but d'identifier les facteurs qui sont associés à l'intention de quitter et contribuent au roulement des IND à l'urgence. Des recommandations découleront de cette analyse, mettant de l'avant des interventions spécifiques permettant de favoriser l'intégration, l'accompagnement et la rétention des IND lors de leur première année de pratique à l'urgence.

PROBLÉMATIQUE

Les programmes de formation et d'intégration des IND varient grandement d'une organisation à l'autre (1). L'absence de recommandations spécifiques en lien avec l'orientation des IND dans les milieux de soins critiques ne permet pas de diminuer l'écart entre la théorie et la pratique, ce qui contribue au choc de transition (1).

Plusieurs chercheurs ont mis en évidence ce choc ressenti par plusieurs infirmières ; le passage des études à la pratique ▶

> *« Historiquement, le taux de roulement est élevé chez l'ensemble des infirmières nouvellement diplômées (10). Depuis le début des années 2000, ce taux oscille entre 20 et 40 % après la première année de pratique (11). »*

provoque des sentiments d'anxiété et d'incompétence chez les IND puisqu'elles sont confrontées à la réalité de leur pratique (6, 7). Pour l'IND, une perception négative de son rôle ou de son environnement lors des trois premiers mois de pratique contribue fréquemment au taux de roulement dans sa première année de pratique (8).

Le taux de roulement indique un rapport exprimé en pourcentage entre le nombre d'infirmières qui, au cours d'une période donnée, ont quitté leur milieu clinique ou leur organisation en comparaison avec le nombre total d'infirmières employées (9). Historiquement, le taux de roulement est élevé chez l'ensemble des IND (10). Depuis le début des années 2000, ce taux oscille entre 20 et 40 % après la première année de pratique (11).

D'autres études plus récentes mentionnent également des taux de roulement des infirmières de 22 % à 50 % durant la première année de pratique (9, 12). En somme, ces statistiques mettent en lumière l'important taux de roulement des IND. Selon la littérature, le taux de roulement s'explique en partie par l'intention de quitter (13, 14). Il s'agit d'un processus qui débute lorsque l'infirmière ressent des émotions négatives au travail. L'intention de quitter se manifeste par une pensée ou un désir ayant le potentiel de se transformer en comportements de détachement par rapport au travail ou à l'environnement de travail. Éventuellement, alors que l'intention de quitter progresse, l'infirmière passe à l'action et quitte son unité, son organisation ou sa profession, ce qui contribue au taux de roulement. Mais quels sont les facteurs à l'origine de l'intention de quitter chez les IND qui travaillent à l'urgence ?

DÉMARCHE DOCUMENTAIRE

Afin de répondre à la question précédente, une recherche documentaire a été effectuée dans trois bases de données. Les mots-clés suivants ont été utilisés : *intention to leave, intention to quit, turnover intention, leaving intention, nurse, graduate nurse, beginner nurse et new nurse*. Au total, 198 articles ayant été publiés depuis 2011 ont été identifiés. La lecture des titres et des résumés a permis d'éliminer les articles ne répondant pas à la question de départ. Ensuite, une lecture de chaque article potentiel a permis de retenir huit articles permettant une meilleure compréhension des facteurs à l'origine de l'intention de quitter chez les IND à l'urgence. Une revue narrative de ces écrits est donc présentée dans cet article.

RÉSULTATS

L'analyse des articles retenus nous a permis d'identifier les facteurs qui sont associés à l'intention de quitter. Des auteurs proposent de regrouper les facteurs de l'intention de quitter en facteurs organisationnels, individuels et externes (13, 14, 15). Le Tableau 1 présente une synthèse des composantes de chaque type de facteurs identifié dans la littérature.

Tableau 1. Facteurs qui induisent l'intention de quitter

Types de facteurs	Composantes
Facteurs organisationnels	• Les caractéristiques du programme de transition • Les caractéristiques de l'hôpital • Le style de leadership des supérieurs • Le climat psychologique de travail • L'environnement de travail • La charge émotive au travail • Les conditions et la charge de travail • Le stress au travail
Facteurs individuels	• La santé psychologique • L'âge • Le sexe
Facteurs externes	• L'équilibre travail-vie personnelle • Les opportunités d'emploi • Les opportunités d'avancement de carrière • Le salaire

Les facteurs organisationnels

Tout d'abord, les caractéristiques du programme d'intégration et d'orientation des IND ont un impact sur l'intention de quitter. Un programme d'intégration trop court et inadapté à la réalité du milieu clinique, soit un programme qui ne répond pas aux besoins d'apprentissage des IND, peut induire l'intention de quitter chez celles-ci (13). Certaines organisations ont adopté une structure ou des politiques favorisant l'empowerment et le soutien des IND. Les hôpitaux qui encouragent l'autonomie professionnelle sont en mesure de valoriser l'employé, accroître la satisfaction de celui-ci dans son milieu de travail et diminuer le taux de roulement. En ce sens, plusieurs études notent que le style de leadership des supérieurs immédiats a un impact sur l'intention ▶

de quitter des infirmières. Selon ces auteurs, un leadership tyrannique, se caractérisant par un rôle de subordination, augmente l'intention de quitter (13, 17). En comparaison, un leadership transformationnel facilite l'accompagnement et l'empowerment des IND. Ce style de leadership se caractérise par une capacité à mobiliser l'intelligence des IND autour du changement, ce qui favorise leur rétention dans les milieux cliniques (16, 17).

Le climat psychologique au travail inclut la qualité des relations avec les collègues, la qualité des relations avec les supérieurs et la qualité de l'environnement. Il existe alors un lien entre le climat psychologique au travail et l'intention de quitter. Un travail chargé en émotions négatives ainsi qu'un environnement de travail qui ne soutient pas l'intégration des IND peuvent contribuer à l'intention de quitter (15, 18). À l'opposé, un climat psychologique positif peut avoir un effet significatif et diminuer l'intention de quitter, même en présence d'un environnement de travail plutôt négatif (13). Finalement, une répartition adéquate de la charge de travail entre les professionnels en soins permet de diminuer le taux de roulement (14, 15, 16). Chez certaines infirmières, le stress associé au travail émerge lorsque de grandes exigences en lien avec son rôle lui sont imposées ou lorsque les exigences de son rôle sont mal définies (14). Le stress associé au travail peut être perçu comme une émotion négative pouvant contribuer à l'intention de quitter, entraînant ainsi un désengagement de l'infirmière dans son milieu de travail (14, 15).

Les facteurs individuels

Plusieurs auteurs indiquent que la motivation intrinsèque, c'est-à-dire l'engagement dans l'organisation pour le plaisir et le développement professionnel diminue l'intention de quitter chez les IND (18, 19, 20). En comparaison, la motivation extrinsèque, donc stimulée par une pression externe, ne permet pas de diminuer l'intention de quitter. La rémunération et le besoin de reconnaissance par les pairs et les supérieurs contribuent au sentiment de devoir au travail, ce qui est caractéristique de la motivation extrinsèque (19). Les auteurs expliquent aussi que la fatigue diminue considérablement la motivation extrinsèque tandis qu'elle ne serait pas associée à une diminution de la motivation intrinsèque (19). Ainsi, une diminution de la motivation intrinsèque ou extrinsèque pourrait contribuer à l'intention de quitter. Finalement, la résilience des IND, soit la capacité à surmonter les épreuves, serait un facteur protecteur qui favoriserait la rétention des IND (18). Les auteurs estiment que la résilience des IND permet de diminuer l'intention de quitter même si elles ne sont pas satisfaites avec leur environnement de travail (18).

Les facteurs externes

Les facteurs externes incluent le sexe, l'équilibre entre le travail et la vie personnelle ou les opportunités d'emploi dans la région. Ils sont difficilement modifiables et ne permettent pas d'identifier des solutions pour diminuer l'intention de quitter. L'organisation doit cependant reconnaître l'impact des facteurs externes et être consciente que certaines infirmières sont plus à risque de développer une intention de quitter selon ces facteurs (13, 14).

DISCUSSION ET RECOMMANDATIONS

Cette démarche de recherche documentaire a permis de constater que plusieurs auteurs ont identifié des facteurs d'influence similaires sur l'intention de quitter. Les huit articles retenus dans cette analyse permettent une meilleure compréhension globale du concept et permettent l'identification des facteurs qui sont associés à l'intention de quitter chez les IND. Ce phénomène mérite qu'on s'y attarde, puisqu'il peut avoir des impacts majeurs sur nos systèmes de santé, notamment au niveau des coûts liés au remplacement de ces infirmières.

D'un point de vue économique, une enquête canadienne a permis de démontrer que le coût associé à une infirmière qui quitte son emploi est d'environ 25 000 $ pour l'établissement de santé (21). Un montant similaire de 26 652 $ a été obtenu par d'autres auteurs en 2014, toujours au Canada (22). Ce montant s'explique par des coûts directs, soit le processus de recrutement des ressources humaines, l'orientation d'une nouvelle infirmière et le recours aux heures supplémentaires pour combler le manque de personnel. Des coûts indirects tels que le matériel de formation et la baisse de productivité de la nouvelle infirmière sont également comptabilisés dans le montant (22). La diminution du roulement des infirmières pourrait donc permettre des économies substantielles pour les centres hospitaliers et tout le réseau de la santé.

L'impact n'est pas qu'économique ; un taux de roulement élevé ▶

des effectifs infirmiers bouleverse les équipes soignantes. Ces changements de personnel altèrent les dynamiques de travail et nuisent à la collaboration intra et interprofessionnelle, ce qui empêche le développement d'une confiance mutuelle entre les différents membres d'une même équipe (23). Les auteurs ajoutent que le roulement de personnel augmente le stress sur l'équipe et empêche l'amélioration des pratiques en soins au sein du milieu clinique. De plus, le roulement des infirmières augmente le risque d'erreurs médicales et diminue ainsi la qualité des soins offerts aux patients (21). La stabilisation des équipes soignantes permettrait, entre autres, d'améliorer leur communication et leur productivité, tout en diminuant le risque d'erreurs médicales (21, 23).

Heureusement, il existe des solutions afin d'aider les organisations à diminuer le taux de roulement. Une des solutions souvent évoquées pour améliorer la rétention des IND est la mise en place de programmes de transition structurés. Ces programmes permettent de diminuer les différents facteurs qui sont associés à l'intention de quitter, tout en favorisant le développement de l'identité professionnelle, l'immersion dans la culture organisationnelle et l'ajustement aux demandes intellectuelles et émotionnelles du nouveau rôle infirmier (5). Ces programmes sont d'autant plus importants pour les IND travaillant dans un milieu de soins critiques comme l'urgence, considérant l'acuité des soins qui y sont pratiqués et la complexité des situations rencontrées. Les programmes de transition peuvent diminuer l'émergence d'émotions négatives susceptibles d'induire une intention de quitter chez les IND (24, 25). Cinq éléments sont importants à considérer pour ces programmes : une orientation basée sur les besoins des IND, l'acquisition de connaissances et le développement des compétences, une personne-ressource désignée, l'expérience de socialisation et la culture organisationnelle. Le Tableau 2 présente des exemples d'actions spécifiques à entreprendre pour chacun des cinq éléments. ▶

Tableau 2. Exemples d'actions à entreprendre pour l'intégration des IND

Éléments	Exemples d'actions à entreprendre
Orientation structurée basée sur les besoins des IND	• Évaluer les connaissances et les compétences des IND • Identifier les écarts entre la théorie et la pratique afin de mieux comprendre les besoins d'apprentissage des IND • Créer un plan d'orientation basé sur les besoins spécifiques de l'IND
Acquisition de connaissances et développement des compétences	• Identifier les compétences requises pour une pratique sécuritaire spécifique à l'urgence • Assurer un programme de développement des compétences infirmières adapté au milieu clinique • Éduquer les IND par rapport au choc de transition afin de leur permettre de reconnaître les sources de stress personnelles et organisationnelles dans les premières semaines de travail
Personne-ressource désignée	• Le préceptorat : - Définir le rôle du précepteur - Former adéquatement les précepteurs - Assurer la disponibilité des précepteurs • Le préceptorat par équipe : - Identifier et former deux à quatre précepteurs qui travaillent en équipe pour l'accompagnement de plusieurs IND • Le mentorat par équipe : - Jumeler des infirmières d'expérience avec des IND - Les mentors analysent le développement professionnel et identifient les barrières potentielles à la progression des mentorés
Expériences de socialisation positives	• Assurer un milieu favorable à l'intégration des IND • Identifier rapidement les comportements d'exclusion de certains membres de l'équipe • Développer une culture d'entraide entre les membres de l'équipe
Culture organisationnelle	• Assurer une forte présence managériale et une proximité avec les équipes soignantes • Identifier rapidement la présence d'intimidation entre collègues • Développer des compétences en résolution de conflits pour les gestionnaires de l'unité • Être sensible aux besoins de l'équipe • Laisser le temps aux IND de s'adapter progressivement à la charge de travail de manière autonome, tout en assurant un soutien clinique disponible et un environnement facilitant

Orientation structurée basée selon les besoins des IND

Un plan de transition efficace basé sur les besoins des IND permet de mieux préparer les IND à leur nouveau rôle, ce qui diminue le stress associé au travail et augmente la satisfaction (7, 26). Pour cette raison, le programme d'intégration et de transition des IND, de concert avec les précepteurs, doit comporter une évaluation des connaissances et des compétences des IND afin d'identifier les besoins d'apprentissage, les intérêts de l'IND et les possibles écarts entre la théorie et la pratique. Des auteurs proposent de combiner une période d'enseignement en classe pour identifier les faiblesses d'un groupe d'IND et du préceptorat pour identifier les faiblesses individuelles. Ce processus permet une approche individualisée pour la création d'un plan d'orientation basé sur les besoins spécifiques de l'IND (26). Enfin, cette stratégie assure un environnement positif pour la transition des IND et le développement de leurs compétences à long terme (7).

Acquisition de connaissances et développement des compétences

Les programmes de transition doivent être basés sur l'acquisition de connaissances et le développement de compétences spécifiques au rôle de l'IND. Pour ce faire, les milieux cliniques doivent identifier les compétences requises pour une pratique sécuritaire spécifique à l'unité où l'IND exercera. Cette étape permet d'identifier l'écart entre les compétences de l'IND et les compétences à développer lorsqu'elle débute à l'urgence. Des auteurs notent qu'un programme de développement des compétences infirmières adapté au milieu clinique augmente la compétence, l'autonomie professionnelle, la confiance et la satisfaction au travail, en plus d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pour les patients (26, 27).

Pour la durée du programme, la littérature indique que les six premiers mois de pratique des IND constituent une période d'acquisition du rôle professionnel. De plus, les IND présentent très souvent un stress élevé et une faible satisfaction au travail jusqu'à neuf mois après le début de leur carrière. Pour cette raison, les programmes de transition des IND devraient être d'une durée de 9 à 12 mois (8). Pour compléter, des auteurs notent également un manque de connaissance par rapport au choc de transition et les phases de transition du rôle professionnel chez les IND. Ils mentionnent alors l'importance d'un programme de formation qui permet de mieux comprendre ce phénomène et ainsi, permet aux IND de reconnaître les sources de stress personnelles et organisationnelles dans les premières semaines de travail (5).

Personne-ressource de qualité désignée

L'encadrement et l'accompagnement des IND grâce à un modèle de préceptorat pour une durée de 12 mois favorisent la rétention des IND à l'urgence (8, 27, 28). Le modèle de préceptorat est un modèle couramment utilisé pour soutenir la transition des IND alors que le précepteur agit à titre de personne-ressource, transmet des connaissances, guide et enseigne. Le précepteur permet à l'IND de poser ses questions, de socialiser et d'être supervisée cliniquement, ce qui améliore la confiance, les compétences infirmières, la satisfaction au travail et le taux de rétention (26). Des auteurs notent l'importance d'un ou plusieurs précepteurs adéquatement formés pour fournir le soutien et l'encadrement nécessaire lors de la transition des IND ce qui favorise leur rétention (8). En comparaison, un rôle de précepteur mal défini, un manque de formation du précepteur ou un manque de disponibilité nuisent à la transition des IND (27). Ainsi, puisque la qualité des personnes-ressources désignées facilite le transfert des connaissances et l'intégration des IND dans le milieu de pratique, les organisations devraient s'assurer d'offrir une formation aux précepteurs afin de leur permettre de développer leurs compétences à soutenir et guider les IND (5, 8).

Une autre façon de penser le préceptorat est en équipe, permettant ainsi la création d'un réseau social et une accessibilité à plusieurs personnes-ressources. Le préceptorat en équipe est constitué de deux à quatre précepteurs qui travaillent en équipe pour l'accompagnement de plusieurs IND. Ce modèle de préceptorat aide les IND à acquérir les compétences nécessaires au moyen d'une surveillance clinique directe qui favorise une culture d'entraide entre les membres d'une même équipe (26). Cette stratégie augmente les opportunités de socialisation, permettant ainsi de réduire l'intention de quitter durant les 12 premiers mois de pratique (26).

Innes et Calleja (26) proposent également une approche avec des avantages similaires, soit le mentorat par équipe, qui consiste à jumeler des mentors avec des mentorés, donc des infirmières d'expérience avec des IND. Ce mentorat par équipe permet alors aux IND de bénéficier du temps et de l'expertise d'une infirmière d'expérience afin d'analyser leur développement professionnel et d'identifier les barrières potentielles à leur progression (29). Cette stratégie se distingue du préceptorat puisqu'elle n'est pas concentrée sur le développement de compétences, mais plutôt sur l'accompagnement, l'intégration dans le milieu clinique et le développement de l'identité professionnelle (30).

Expériences de socialisation positives

L'efficacité des expériences de socialisation positives pour favoriser la rétention des IND est largement documentée dans la littérature (26, 31). Selon ces auteurs, bien que les IND se concentrent principalement sur l'acquisition du rôle professionnel durant leurs six premiers mois de pratique, l'intégration dans l'équipe de soins devient une priorité entre le 7e et 12e mois de pratique. Le modèle de préceptorat se révèle une solution efficace pour faciliter la transition des IND à l'urgence puisqu'ils favorisent la socialisation avec les précepteurs et les autres IND (26). Ces échanges avec les différents membres de l'équipe aident les IND à développer leur confiance et leurs compétences de communication. Aussi, la création de nouvelles relations durant ▶

le processus de transition crée une culture d'entraide au sein de l'équipe soignante, ce qui améliore le climat psychologique au travail (26). Afin de favoriser la rétention des IND à l'urgence, les organisations devraient donc assurer un milieu favorable à l'intégration des IND en identifiant rapidement l'exclusion de certains membres de l'équipe. La mise en place de stratégies qui visent le développement d'une culture d'entraide entre les membres de l'équipe favoriserait d'ailleurs une meilleure intégration des IND dans les équipes de soins (26).

Culture organisationnelle

Une culture organisationnelle qui favorise un environnement propice aux apprentissages et au développement des compétences infirmières augmente la confiance et la compétence des IND (26). Des auteurs notent qu'un climat hostile entre les IND et les infirmières d'expérience rend la transition des IND psychologiquement intimidante (5). D'ailleurs, l'intimidation entre collègues de travail serait une cause du taux de roulement chez 60 % des IND lors de leurs six premiers mois de pratique (32). Pour cette raison, des auteurs estiment qu'une forte présence managériale est essentielle au développement d'une saine culture organisationnelle pour favoriser la transition des IND dans le milieu clinique (22, 27). Selon ces auteurs, la proximité des gestionnaires avec l'équipe de soins, la sensibilité aux besoins de l'équipe et des compétences en résolution de conflits sont nécessaires à la création d'un environnement qui favorise l'inclusion des IND (22, 27).

Finalement, une saine culture organisationnelle devrait prendre en considération la charge de travail et l'adapter au statut de novice des IND. Malgré les avantages des programmes de transition, des auteurs indiquent qu'une charge de travail élevée demeure une importante préoccupation des IND durant leur première année de pratique (33). Par exemple, une culture organisationnelle positive laisserait le temps aux IND de s'adapter progressivement à la charge de travail de manière autonome, tout en assurant un soutien clinique disponible et un environnement facilitant pour l'intégration des IND (26, 27).

CONCLUSION

En conclusion, cet article met en évidence des données qui révèlent qu'un grand nombre d'infirmières novices éprouvent une volonté consciente de quitter l'urgence lors de leur première année de pratique. Des facteurs associés à cette intention de quitter ont été identifiés dans la littérature : on constate que les facteurs organisationnels sont les principaux facteurs qui induisent l'intention de quitter chez les IND à l'urgence. Les caractéristiques du programme d'intégration, les caractéristiques de l'hôpital, le style de leadership des supérieurs, le climat psychologique de travail, l'environnement de travail, la charge émotive au travail, les conditions et la charge de travail doivent être au centre des priorités des organisations de santé pour favoriser une saine transition des IND dans les milieux cliniques. L'implantation de programmes de transition de 9 à 12 mois pourrait pallier plusieurs difficultés ressenties par les IND durant leur première année de pratique à l'urgence. Une orientation basée selon les besoins des IND, l'acquisition de connaissances et le développement des compétences spécifiques au rôle de l'IND, la désignation de personnes-ressources de qualité, des expériences de socialisation positives et une saine culture organisationnelle sont des déterminants d'un programme de transition qui favorise la rétention des IND à l'urgence. ■

AIDE FINANCIÈRE

Les auteures n'ont reçu aucun soutien financier pour la rédaction et la publication de cet article.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt. Il est toutefois important de mentionner que William Tessier est l'un des éditeurs associés de la revue *Soins d'urgence*, mais celui-ci n'a pas contribué à l'évaluation et à l'édition de cet article.

LES AUTEURS

William Tessier, inf., B. Sc., ét. M. Sc.
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke
william.tessier@usherbrooke.ca

Stéphane Lavoie, inf., Ph. D.
Professeur titulaire
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

Martin Charette, inf., Ph. D.
Professeur adjoint
École des sciences infirmières
Faculté de médecine et des sciences de la santé
Université de Sherbrooke

RÉFÉRENCES

1. Powers, K., Herron, E. K., & Pagel, J. Nurse Preceptor Role in New Graduate Nurses' Transition to Practice. Dimens Crit Care Nurs. 2019; 38(3), 131-136. doi : 10.1097/DCC.0000000000000354
2. Bortolotto, S. J. Developing a Comprehensive Critical Care Orientation Program for Graduate Nurses. J Nurses Prof Dev. 2015; 31(4), 203-210. doi : 10.1097/NND.0000000000000139
3. Marleau, D. « Portrait de la relève infirmière 2009-2010 ». Montréal, Qc : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2010.
4. Marleau, D. « Portrait de la relève infirmière 2019-2020 ». Montréal, Qc : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. 2020.
5. Duchscher, J. E. B., & Painter, S. Proceed with caution: Integrating newly graduated nurses into an emergency department. Adv Emerg Nurs J. 2021; 43(1), 53-70. doi : 10.1097/TME.0000000000000334
6. Duchscher, J. E. B. Transition shock: the initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. J Adv Nurs. 2009; 65(5), 1103-1113. doi : 10.1111/j.1365-2648.2008.04898.x
7. Clipper B., & Cherry B. From Transition Shock to Competent Practice: Developing Preceptors to Support New Nurse Transition. J Contin Educ Nurs. 2015; 46(10):448-54. doi : 10.3928/00220124-20150918-02
8. Rush, K. L., Adamack, M., Gordon, J., Lilly, M., & Janke, R. Best practices of formal new graduate nurse transition programs: An integrative review. Int J Nurs Stud. 2013; 50(3), 345–356. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2012.06.009
9. Kovner, C. T., Brewer, C. S., Fatehi, F., & Jun, J. What Does Nurse Turnover Rate Mean and What Is the Rate? Policy Polit Nurs Pract. 2014; 15(3-4), 64–71. doi : 10.1177/1527154414547953
10. Beecroft, P. C., Dorey, F., & Wenten, M. Turnover intention in new graduate nurses: a multivariate analysis. J Adv Nurs. 2008; 62(1), 41-52. 10.1111/j.1365-2648.2007.04570.x
11. Contino, D. S. How to slash costly turnover. Nurs Manage. 2002; 33(2),10-13. doi : 10.1097/00006247-200202000-00003
12. Hillman, L., & Foster, R. R. The impact of a nursing transitions program on retention and cost savings. J Nurs Manag. 2010; 19(1), 50-56. doi : 10.1111/j.1365-2834.2010.01187.x
13. Forget, M. Études des inducteurs de l'intention de quitter chez une population infirmière québécoise. Université de Montréal. 2016.
14. Takase, M. A concept analysis of turnover intention: Implications for nursing management. Collegian. 2010 ; 17(1), 312. doi : 10.1016/j.colegn.2009.05.001
15. Lee, H., Lim, Y., Jung, H.Y., & Shin, Y.-W. Turnover intention of graduate nurses in South Korea. Jpn J Nurs Sci. 2012; 9: 63-75. doi : 10.1111/j.1742-7924.2011.00187.x
16. Rhéaume, A., Clément, L., & Lebel, N. Understanding intention to leave amongst new graduate Canadian nurses: A repeated cross sectional survey. Int J Nurs Stud. 2011; 48(4), 490–500. doi : 10.1016/j.ijnurstu.2010.08.005
17. Lavoie-Tremblay, M., Fernet, C., Lavigne, G. L., & Austin, S. Transformational and abusive leadership practices: impacts on novice nurses, quality of care and intention to leave. J Adv Nurs. 2015; 72(3), 582-592. doi : 10.1111/jan.12860
18. Yu, M., & Lee, H. Impact of resilience and job involvement on turnover intention of new graduate nurses using structural equation modeling. Jpn J Nurs Sci. 2018. 15(4):351-362. doi : 10.1111/jjns.12210
19. Austin, S., Fernet, C., Trépanier, S., & Lavoie-Tremblay, M. Fatigue in new registered nurses: A 12-month cross-lagged analysis of its association with work motivation, engagement, sickness absence, and turnover intention. J Nurs Manag. 2020. 28(3):606-614. doi : 10.1111/jonm.12962
20. Fernet, C., Trépanier, S. G., Demers, M., & Austin, S. Motivational pathways of occupational and organizational turnover intention among newly registered nurses in Canada. Nursing outlook. 2017; 65(4), 444-454. doi : 10.1016/j.outlook.2017.05.008
21. O'Brien-Pallas, L., Tomblin Murphy, G. & Shamian, J. Final report: Understanding the costs and outcomes of nurses' turnover in Canadian hospital. Université de Toronto, Unité de recherche sur les services de soins infirmiers. 2008.
22. Duffield, C. M., Roche, M. A., Homer, C., Buchan, J., & Dimitrelis, S. A comparative review of nurse turnover rates and costs across countries. J Adv Nurs. 2014; 70(12), 2703–2712. doi : 10.1111/jan.12483
23. Baron, A., Hemler, J., Sweeney, S., Woodson, T., & Cuthel, A. Effects of Practice Turnover on Primary Care Quality Improvement Implementation. Am J Med Qual. 2019; 35, 16-22. doi : 10.1177/1062860619844001
24. Eckerson, C. M. The impact of nurse residency programs in the United States on improving retention and satisfaction of new nurse hires: An evidence-based literature review. Nurse Educ Today. 2018; 71, 84 90. doi : 10.1016/j.nedt.2018.09.003
25. Van Camp, J., & Chappy, S. The effectiveness of nurse residency programs on retention: a systematic review. AORN J. 2017;106 (2), 128–143. doi : 10.1016/j.aorn.2017.06.003
26. Innes, T., & Calleja, P. Transition support for new graduate and novice nurses in critical care settings: An integrative review of the literature. Nurse Educ Pract. 2018; 30, 62-72. doi : 10.1016/j.nepr.2018.03.001
27. Bakon S., Craft J., Wirihana L., Christensen M., Barr J., &Tsai L. An integrative review of graduate transition programmes: Developmental considerations for nursing management. Nurse Educ Pract. 2018; 28:80-85. doi : 10.1016/j.nepr.2017.10.009
28. Emergency Nurses Association (ENA). Executive synopsis: Emergency Nurse Retention. 2017(https://www.ena.org/docs/default-source/resource-library/practice-resources/other/emergency-nurse-retention-executive-synopsis.pdf)
29. Nelsey, L., & Brownie, S. Effective leadership, teamwork and mentoring: Essential elements in promoting generational cohesion in the nursing workforce and retaining nurses. Collegian. 2012; 19(4), 197–202. doi : 10.1016/j.colegn.2012.03.002
30. Romano, C., & Whitehead, D. Evaluation of a New Nurse Mentor Program. School of Nursing Publications. 2020 (https://scholarworks.waldenu.edu/sn_pubs/105)
31. Tomietto, M., Rappagliosi, C. M., Sartori, R., & Battistelli, A. Newcomer nurses' organisational socialisation and turnover intention during the first 2 years of employment. JNM. J Nurs Manag. 2014; 23(7), 851–858. doi : 10.1111/jonm.12224
32. Clarke C. M., Kane D. J., Rajacich D. L., & Lafreniere K. D. Bullying in undergraduate clinical nursing education. Nurse Educ Pract. 2018; 51(5):269–276. doi : 10.3928/01484834-20120409-01
33. Hussein, R., Everett, B., Ramjan, L. M., Hu, W., & Salamonson, Y. New graduate nurses' experiences in a clinical specialty: a follow up study of newcomer perceptions of transitional support. BMC Nursing. 2017; 16(1). doi : 10.1186/s12912-017-0236-0

Programme privilège de ROGERS

Le réseau 5G le plus étendu au pays sur le réseau le plus fiable au pays*.

Optez pour un forfait **Infini de Rogers**MC et économisez sur les données illimitées à partager entre tous vos appareils. Obtenez 15, 25 ou 50 Go de données à vitesse maximale – vitesse réduite ensuite. Vous pouvez regarder les vidéos, écouter la musique et télécharger le contenu en ligne que vous voulez, sans frais d'utilisation excédentaire et sans souci.

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

Les membres de
L'Association des infirmières et infirmiers du Québec
profitent d'un rabais sur les forfaits Infini de RogersMC

15 Go	25 Go	50 Go
15 % DE RABAIS[1]	20 % DE RABAIS[1]	30 % DE RABAIS[1]

+

Obtenez un appareil avec financement et **ÉCONOMISEZ JUSQU'À** 650 $ en 24 mois[2]

Inscrivez-vous dès aujourd'hui!

Contactez votre représentant autorisé Norcom avec votre numéro d'employé et une preuve d'emploi, et c'est avec plaisir que nous vous aiderons.

Offert uniquement chez votre concessionnaire autorisé de Norcom Rogers

NorCom - Rogers
2142 Boul. Des Laurentides, Laval, QC
H7M2R5

514-904-0955 Option : 2
support@norcom.ca

www.norcom.biz / code d'accès : corpo

ROGERS
Se donner plus de possibilités.

* La couverture la plus étendue en fonction de la superficie en kilomètres carrés du réseau 5G de Rogers comparativement à la couverture publiée des autres réseaux nationaux; « Le plus fiable » d'après l'audit de performance par umlaut sur les réseaux mobiles au Canada, juin 2020. Le service est offert dans les zones dotées d'une connexion WiFi et où il est impossible d'utiliser la couverture du réseau sans-fil. Les clients doivent activer la fonction Appels WiFi, posséder un appareil compatible et être abonnés à un forfait sans-fil postpayé de Rogers. Les frais d'utilisation habituels s'appliquent, selon votre forfait. Consultez le www.rogers.com/appelswifiFAQ pour connaître les modalités. Rogers a obtenu la meilleure note à égalité avec une autre entreprise en Ontario dans le cadre de l'étude sur la performance et la qualité du réseau sans-fil au Canada de 2020, effectuée par J.D. Power, qui mesure la satisfaction des clients à l'égard de leur fournisseur de services sans-fil. Consultez jdpower.com/awards (en anglais seulement). En 2020, Rogers a obtenu les meilleurs résultats au Canada lors d'une analyse comparative des réseaux mobiles effectuée par umlaut communications GmbH. Consultez le https://www.umlaut.com/en/benchmarking/canada (en anglais seulement). Selon les normes techniques relatives à la 5G publiées par Ericsson https://www.ericsson.com/en/5g/what-is-5g. Les forfaits de données Infini de Rogers comprennent 15 Go, 25 Go ou 50 Go de données à vitesse maximale sur le réseau de Rogers; les zones de Couverture étendue au Canada et les destinations Portout chez vous (consultez **rogers.com/portoutchezvous**). Accès à la 5G compris sans frais additionnels jusqu'au 7 mars 2021. L'accès à la 5G nécessite un appareil compatible avec la 5G dans une zone où la couverture 5G est offerte (consultez **rogers.com/couverture**). Une fois que vous avez épuisé le lot de données à la vitesse maximale de votre forfait, vous continuerez d'avoir accès aux services de transmission de données à la vitesse réduite pouvant atteindre 512 kbps (pour le téléversement et le téléchargement) sans frais d'utilisation excédentaire, et ce, jusqu'à la fin de votre cycle de facturation en cours. Le courriel, la navigation web, les applications et le visionnement ou l'écoute en continu continueront de fonctionner à la vitesse réduite, ce qui altérera vraisemblablement votre expérience. Nous vous enverrons un message texte lorsque vous aurez utilisé 90 % du lot de données à la vitesse maximale incluses dans votre forfait et un autre lorsque vous en aurez utilisé 100 % et vous donnerons la possibilité d'acheter un Accès Rapido pour ajouter des données à la vitesse maximale à votre forfait. L'inscription à la facture en ligne est exigée pour ce forfait. Dans tous les cas, l'utilisation est assujettie aux Modalités de service et à la Politique d'utilisation acceptable de Rogers, consultez **rogers.com/modalites**. L'offre peut être modifiée sans préavis. Des frais de configuration de 45 $ par ligne s'appliquent pour configurer votre appareil et les services connexes. Taxes en sus. Une vérification du titre d'employé est nécessaire. Rogers se réserve le droit d'exiger une preuve d'emploi de chaque employé responsable d'une ligne payée individuellement à tout moment. Des frais uniques de 50 $ associés au tarif pour les employés peuvent s'appliquer pour les clients actuels. Les clients actuels ne peuvent pas profiter de ces rabais s'ils ont un abonnement à durée déterminée qui arrive à échéance dans 6 mois ou moins. Cette offre ne peut être jumelée à d'autres rabais ou offres promotionnelles à l'intention du grand public, à moins que Rogers en décide autrement. **1** L'offre s'applique seulement à la ligne principale. Un changement de forfait ou d'appareil mettra fin au rabais. **2** Les économies proposées varient selon l'appareil. Les économies de 650 $ en 24 mois sont offertes avec le Samsung Galaxy S20 Ultra. ©2021 Rogers Communications.

FORMATION

Formation continue sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique pour les infirmières d'urgence générale

La qualité des soins prodigués aux enfants peut être affectée par la sous-exposition des professionnels de la santé à la clientèle pédiatrique. Pour y remédier, la formation continue est soulevée comme étant une option pour améliorer la prise en charge de cette clientèle dans les urgences générales. Dans le cadre d'un projet de stage de deuxième cycle, une intervention éducationnelle a été développée, mise à l'essai et une appréciation de la satisfaction a été menée auprès des participants de cette formation portant sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique par des infirmières d'urgences générales. Deux cadres de références ont été utilisés pour développer cette formation, soit la formation par compétences de Lasnier et le guide clinique sur les soins d'urgence pédiatrique de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP). Cet article présente l'intervention éducationnelle développée, le processus de mise à l'essai et l'appréciation de la satisfaction des participants.

par Mathilde Blanchette, Sylvie Le May, et Sylvie Desjardins

À l'échelle nationale, 85 % des consultations pédiatriques se font à l'extérieur des urgences pédiatriques spécialisées, soit dans une urgence générale (1). En effet, en 2012-2013, les visites pédiatriques dans les urgences du Québec représentaient en moyenne 19 % des visites totales (2). Certains auteurs évoquent que la qualité des soins aux enfants peut être affectée par la sous-exposition des professionnels de la santé à la clientèle pédiatrique (3-4). Cette sous-exposition entraîne plusieurs conséquences néfastes pour les infirmières, notamment une diminution de leur sentiment d'auto-efficacité et de leurs connaissances (5). La clientèle pédiatrique a des besoins spécifiques et devrait recevoir des soins appropriés (6-7). Cependant, ces enfants qui se retrouvent dans les urgences générales sont soignés par des équipes dont la formation et l'expérience sont limitées en soins pédiatriques d'urgence (8). D'ailleurs, ce sont 40 % des enfants traités dans les urgences générales qui ne recevraient pas le traitement adéquat à leur condition (1). De plus, 20 % de tous les enfants qui se présentent dans une urgence générale recevraient un traitement qui n'est pas bénéfique, voire nocif pour eux (1). Il est donc important que les professionnels de la santé qui travaillent dans les urgences générales aient les compétences, ainsi qu'un accès aux formations nécessaires pour évaluer et intervenir efficacement auprès des enfants de tous âges (7,9).

Pour remédier à cette problématique, nombre d'auteurs soulèvent que la formation continue serait la pierre angulaire pour améliorer la prise en charge de la clientèle pédiatrique dans les urgences générales (4,7-10). Cependant, une revue exhaustive de la littérature n'a pas permis de trouver des écrits mettant à l'essai différents contenus pour de la formation continue à propos de la prise en charge générale de la clientèle pédiatrique dans les urgences générales.

Ainsi, dans le cadre d'un projet de stage de deuxième cycle, une intervention éducationnelle a été développée, mise à l'essai et une appréciation de la satisfaction a été menée auprès des participants de cette formation continue sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique pour des infirmières de l'urgence générale. L'intervention reposait sur deux cadres de référence, soit la formation par compétences de Lasnier (11) et le guide clinique sur les soins d'urgence pédiatrique de l'*American Academy of Pediatrics* (AAP) et al. (12). Le but de cet article est donc de décrire l'intervention éducationnelle développée, le processus de mise à l'essai et de présenter l'appréciation de la satisfaction.

RECENSION DES ÉCRITS

Plusieurs écrits ont été recensés à propos des formations en soins d'urgence pédiatrique. Dans une étude canadienne datant de 2018, les infirmières ont émis le désir d'avoir accès à des opportunités de développement professionnel en soins d'urgence pédiatrique appuyées par des résultats probants (13). Dans le même ordre d'idées, le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) recommande « d'offrir une formation spécifique à l'équipe médico-infirmière en pédiatrie » (14, p.90). De surcroît, selon l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, la formation continue est essentielle à l'actualisation des compétences et le développement professionnel des infirmières (15). Sachant que les professionnels de la santé ont l'obligation selon leur norme professionnelle et ont le désir d'accéder à de la formation continue, il faut planifier et organiser l'offre de services en fonction de la clientèle ciblée (15). Il existe maintes méthodes d'enseignement-apprentissage (MEA) qui peuvent s'appliquer au développement professionnel des infirmières de l'urgence, telles que la simulation et l'étude de cas (16). De nombreux auteurs rapportent que la simulation est efficace pour améliorer la prise en charge de la clientèle pédiatrique (17-20). Cependant, malgré les résultats favorables de cette MEA, elle demeure difficile à organiser, car elle requiert du matériel technologique et des ressources humaines associées qui ne sont pas toujours accessibles dans les établissements de santé. L'étude de cas, quant à elle, comprend une présentation d'un problème réel ou fictif à un petit groupe afin qu'il puisse poser un diagnostic, proposer des solutions et déduire des principes applicables aux cas similaires (16). Dans une étude à devis croisé randomisée menée aux États-Unis, les auteurs cherchaient à déterminer la meilleure méthode entre la simulation et l'étude de cas pour faire de l'enseignement sur le triage pédiatrique aux infirmières d'urgence générale (21). Ils n'ont pas obtenu de différences significatives entre les deux méthodes puisque les participants des deux groupes avaient amélioré leurs connaissances (21). L'étude de cas semble donc être une intervention pertinente à utiliser dans le cadre d'une formation sur les soins d'urgence pédiatrique.

L'intervention éducationnelle doit également se démarquer en intégrant des outils d'apprentissage et des ressources adaptés aux besoins et au contexte des infirmières ciblées par la formation. En effet, selon une enquête électronique transversale, les professionnels de la santé qui travaillent dans les urgences générales souhaiteraient avoir accès à des ressources pédiatriques pratiques, telles que des protocoles, des lignes directrices et des résumés (13). Un audit réalisé en Angleterre soulève justement que la prise des signes vitaux par les infirmières au triage avait augmenté de façon statistiquement significative avec l'usage d'un aide-mémoire combiné à une formation de 20 minutes sur le sujet (22). En fait, plusieurs auteurs concluent qu'une aide cognitive améliore la pratique des professionnels de la santé (23-26). Enfin, selon le MSSS, certains outils doivent être accessibles rapidement au personnel de l'urgence, tels que l'échelle pédiatrique de Broselow, les paramètres vitaux normaux selon l'âge, l'échelle canadienne pédiatrique de triage et de gravité, les échelles de la douleur et l'échelle pédiatrique de Glasgow de manière à améliorer la prise en charge des enfants (14). Par contre, les informations qui ne pourraient être incluses dans l'aide cognitive pourraient être rendues accessibles dans l'intranet des milieux de soins concernés. Dès lors, une formation continue jumelée à une aide cognitive et à de la documentation dans l'intranet constituent des pistes d'intervention éducationnelle prometteuse.

CADRES DE RÉFÉRENCE

Ce projet de maîtrise repose sur deux cadres de référence qui ont permis le développement de l'intervention éducationnelle : 1) la formation par compétences (FPC) (11) et 2) le guide clinique sur les soins d'urgence pédiatrique (12).

La FPC de Lasnier a servi de guide pour la forme de l'intervention éducationnelle (11). Tout d'abord, une compétence est définie ▶

comme étant : « un savoir-agir complexe prenant appui sur la mobilisation et la combinaison efficaces d'une variété de ressources internes et externes à l'intérieur d'une famille de situations » (27, p.22). La FPC s'inscrit dans le paradigme de l'apprentissage et situe l'apprenant au centre de son développement en tentant de le rendre le plus actif possible (28). L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) recommande d'ailleurs d'éviter le paradigme d'enseignement soutenu par la théorie d'apprentissage béhavioriste et de s'appuyer plutôt sur le paradigme de l'apprentissage soutenu par les théories cognitivistes, constructivistes et socioconstructivistes afin d'assurer une amélioration constante des pratiques et favoriser une meilleure intégration (29). En effet, la théorie béhavioriste s'inscrit davantage dans un courant de pensée axé sur les changements de comportements individuels, ce qui se distingue de la FPC qui accorde davantage une importance aux aspects sociaux. Étant donné le temps alloué à la formation, il ne s'agissait pas ici de développer des compétences, mais plutôt de contribuer au développement de celles-ci, et ce, peu importe le niveau de compétence en soins pédiatriques d'urgence des infirmières (30).

Le deuxième cadre de référence était le guide clinique sur les soins d'urgence pédiatrique de l'AAP et al. (12). Selon l'Association canadienne des infirmières et infirmiers pédiatriques, aucun standard de pratique sur les soins d'urgence pédiatrique n'a été publié ou adopté par le gouvernement du Canada d'où l'utilisation de ce guide américain pour orienter le contenu de la formation (31). Celui-ci propose plusieurs domaines potentiels de développement des compétences pour les professionnels de la santé des urgences générales. Pour des raisons de faisabilité, parmi les 13 domaines suggérés, deux domaines ont été retenus comme apprentissages essentiels de la formation, soit l'évaluation et la gestion des maladies, ainsi que l'évaluation et le traitement de la douleur (12). Ces deux domaines ont été choisis basés sur l'expertise clinique de la première auteure de cet article.

MODALITÉS DE L'INTERVENTION

Démarches préalables à l'intervention

Plusieurs actions ont été mises en place pour s'assurer que la formation développée soit ancrée dans les meilleures pratiques. Une rencontre a eu lieu avec la conseillère en soins infirmiers d'une urgence pédiatrique spécialisée du Québec et elle a accepté de partager la documentation utilisée pour l'orientation de leurs infirmières à l'urgence. La même démarche a été effectuée avec une conseillère en soins infirmiers – volet jeunesse et santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) où l'intervention a eu lieu pour s'assurer d'une harmonisation des pratiques. De plus, la première auteure a suivi la formation *Emergency Nursing Pediatric Course* (ENPC) de l'*Emergency Nurses Association* (ENA) étant celle qui sera appelée à donner la formation développée. Finalement, le comité éthique de la recherche du milieu dans lequel l'intervention

éducationnelle a été déployée a approuvé le projet (#2020-505).

Milieu de stage

L'intervention éducationnelle s'est déroulée dans deux salles d'urgence d'un même CISSS. Ces deux hôpitaux impliqués détiennent des unités pédiatriques. En 2018, ces urgences ont reçu respectivement 14 284 et 12 041 visites pédiatriques selon les données statistiques retirées via les banques de données des milieux, soit MedUrge et Siurge. Autrement dit, les visites pédiatriques représentent environ 17 % et 18 % des visites totales pour chacun de ces deux services d'urgence.

Participants et recrutement

Pour l'ensemble de ces deux urgences générales, il y avait une possibilité de recruter un total approximatif de 300 infirmières. Ces dernières ont été rejointes par courriel ou sur leur groupe à travers les réseaux sociaux. D'ailleurs, dans les deux milieux, l'annonce de la formation a été affichée dans les salles d'employés. Les participants étaient invités à remplir en ligne un questionnaire diagnostic confidentiel permettant à la formatrice d'établir le profil des participants avant la formation. L'évaluation diagnostique s'avère utile comme source d'informations pour la formatrice afin de bonifier et d'ajuster la formation à ses apprenants (32). Les participants pouvaient également s'inscrire via une plateforme web de façon confidentielle à la séance de leur choix. Les deux liens étaient indépendants l'un de l'autre. Étant donné la situation particulière durant laquelle l'intervention a eu lieu (pandémie de la COVID-19), un maximum de sept participants était autorisé à s'inscrire par séance de formation. Trois plages horaires étaient disponibles par jour de formation pour accommoder les trois quarts de travail, soit après le quart de nuit et de jour et avant le quart de soir. La formation a été offerte pendant quatre jours pour chaque site, et ce, en deux semaines. Les participants étaient rémunérés par l'employeur.

Méthodes d'intervention

L'intervention éducationnelle doit être choisie selon les ressources disponibles du milieu. Par conséquent, l'étude de cas a été sélectionnée comme stratégie d'intervention, car c'était la MEA la plus adaptée au contexte, en plus d'être cohérente avec la FPC. Au total, 75 minutes ont été attribuées à la formation, et ce, dans une optique de pérennisation, puisque le milieu souhaitait ajouter la formation à leur orientation départementale. Par ailleurs, à la lumière des résultats d'une étude réalisée en Australie, il est recommandé que le format de l'aide cognitive ▶

soit familier pour les infirmières (33). Ainsi, l'aide cognitive a été présentée sous forme d'aide-mémoire dans un format similaire à ce qui était déjà disponible au CISSS concerné. Ce format, 8 cm par 12 cm, permet donc d'être à la portée de main et peut s'accrocher à la carte d'identité des infirmières.

Préalablement à la formation, le questionnaire diagnostic a été distribué à toutes les infirmières. Puis, le contenu de la formation et de l'aide-mémoire a été choisi selon les différents ouvrages de référence, dont ceux de l'ENA (34) et celui d'Urden et al. (35) portant respectivement sur les soins d'urgences pédiatriques et les soins d'urgences généraux. De plus, suite aux résultats du questionnaire diagnostic, les participants ont soulevé d'autres sujets qu'ils désiraient aborder et qui ont pu être incorporé à la formation (p. ex., les maladies contagieuses chez l'enfant et le calcul de doses pédiatriques). Les informations qui n'ont pas pu être incluses dans l'aide cognitive ont toutefois été intégrées à l'intranet du milieu de stage (p.ex., les courbes de croissances, les méthodes de soins informatisées reliées à la pédiatrie et l'échelle pédiatrique de Broselow). L'entièreté du contenu a été approuvée par la conseillère-cadre des urgences du milieu. Le contenu de la formation est présenté au Tableau 1 et celui de l'aide-mémoire à la Figure 1. Les références de ce dernier sont présentées au Tableau 2.

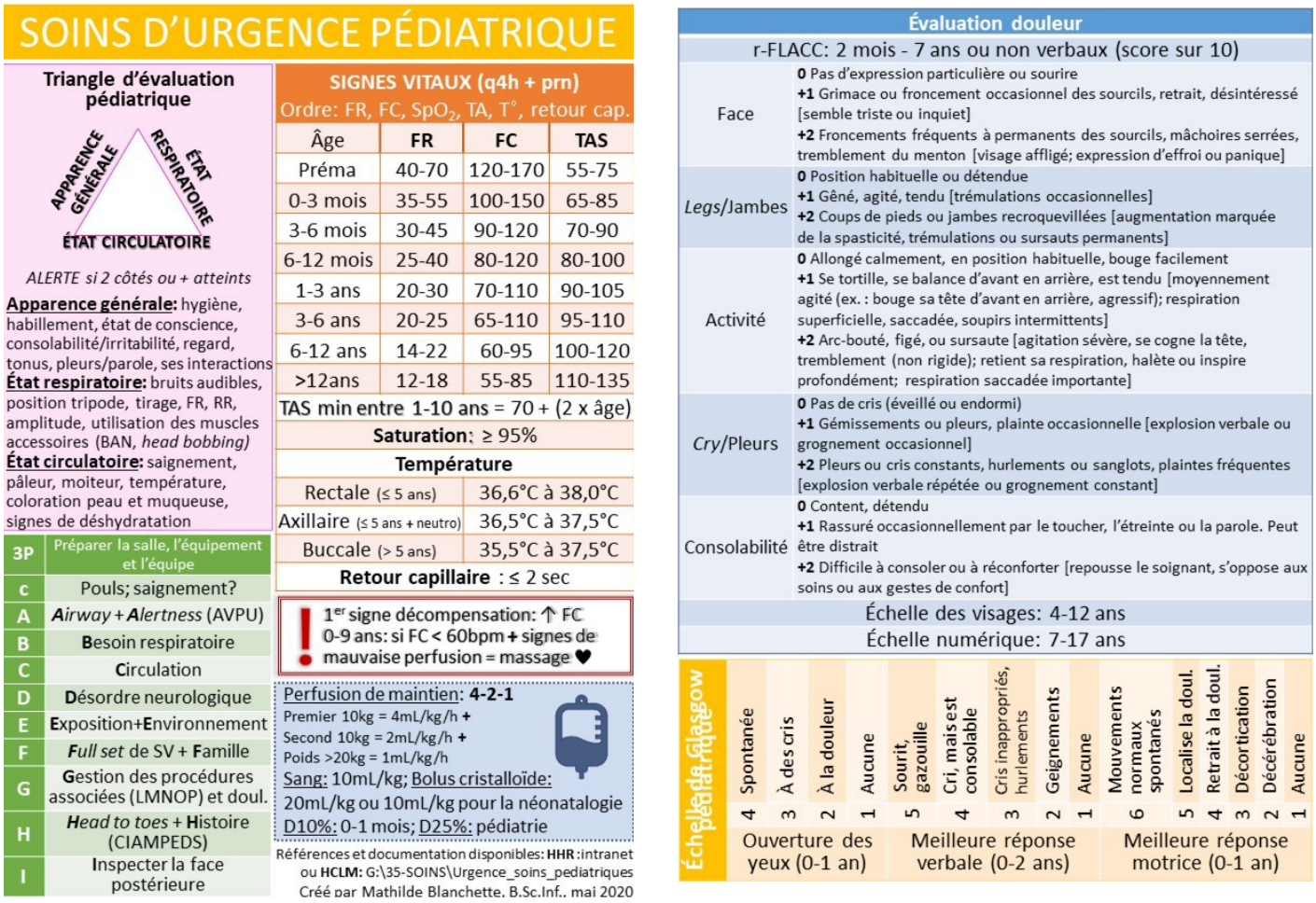
Outil d'appréciation de la satisfaction

Après chaque séance de formation, les participants étaient invités à remplir un questionnaire d'appréciation de la formation de façon confidentielle. À la demande du CISSS, le questionnaire choisi a été celui utilisé par le CISSS en question. Il y avait 22 ▶

Tableau 1. Contenu de la formation sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique pour les infirmières d'urgence générale

CONTENU DE L'ÉTUDE DE CAS			
Thèmes	**Sous-thèmes**	**Outils de formation utilisés**	**Temps alloué**
Le triangle d'évaluation pédiatrique		• PowerPoint • Vidéos • Images • Démonstration	5 minutes
L'évaluation primaire et secondaire	• cABCDEFGHI • Différentes échelles disponibles pour l'évaluation de la douleur : r-FLACC, échelles des visages et numérique. • Méthode d'administration d'analgésie • Courbes de croissance	• PowerPoint • Images • Démonstration • Exercice mathématique	15 minutes
Les particularités anatomophysiologiques pédiatriques		• PowerPoint	7 minutes
La consignation au dossier des notes infirmières		• PowerPoint • Exemple	3 minutes
Les méthodes pour favoriser une bonne interaction avec la clientèle pédiatrique	• Pharmacologiques • Non-pharmacologiques • Ponction veineuse • Ponction capillaire au talon • Analyse culture d'urine avec la technique quick-wee ou via un sac collecteur de type « u-bag »	• PowerPoint • Images • Démonstration	5 minutes
Les méthodes de soins		• PowerPoint • Images • Démonstration	10 minutes
Les soins centrés sur la famille		• PowerPoint	3 minutes
La maltraitance		• PowerPoint	2 minutes

Figure 1. Aide-mémoire « Soins d'urgence pédiatrique » (recto-verso)



SOINS D'URGENCE PÉDIATRIQUE

Triangle d'évaluation pédiatrique

APPARENCE GÉNÉRALE — ÉTAT RESPIRATOIRE — ÉTAT CIRCULATOIRE

ALERTE si 2 côtés ou + atteints

Apparence générale: hygiène, habillement, état de conscience, consolabilité/irritabilité, regard, tonus, pleurs/parole, ses interactions
État respiratoire: bruits audibles, position tripode, tirage, FR, RR, amplitude, utilisation des muscles accessoires (BAN, *head bobbing)*
État circulatoire: saignement, pâleur, moiteur, température, coloration peau et muqueuse, signes de déshydratation

3P	Préparer la salle, l'équipement et l'équipe
c	Pouls; saignement?
A	***A**irway* + ***A**lertness* (AVPU)
B	**B**esoin respiratoire
C	**C**irculation
D	**D**ésordre neurologique
E	**E**xposition+**E**nvironnement
F	***F**ull set* de SV + **F**amille
G	**G**estion des procédures associées (LMNOP) et doul.
H	***H**ead to toes* + **H**istoire (CIAMPEDS)
I	**I**nspecter la face postérieure

SIGNES VITAUX (q4h + prn)
Ordre: FR, FC, SpO_2, TA, T°, retour cap.

Âge	FR	FC	TAS
Préma	40-70	120-170	55-75
0-3 mois	35-55	100-150	65-85
3-6 mois	30-45	90-120	70-90
6-12 mois	25-40	80-120	80-100
1-3 ans	20-30	70-110	90-105
3-6 ans	20-25	65-110	95-110
6-12 ans	14-22	60-95	100-120
>12ans	12-18	55-85	110-135

TAS min entre 1-10 ans = 70 + (2 x âge)

Saturation: ≥ 95%

Température

Rectale (≤ 5 ans)	36,6°C à 38,0°C
Axillaire (≤ 5 ans + neutro)	36,5°C à 37,5°C
Buccale (> 5 ans)	35,5°C à 37,5°C

Retour capillaire : ≤ 2 sec

! 1er signe décompensation: ↑ FC
0-9 ans: si FC < 60bpm + signes de mauvaise perfusion = massage ♥

Perfusion de maintien: **4-2-1**
Premier 10kg = 4mL/kg/h +
Second 10kg = 2mL/kg/h +
Poids >20kg = 1mL/kg/h
Sang: 10mL/kg; Bolus cristalloïde: 20mL/kg ou 10mL/kg pour la néonatalogie
D10%: 0-1 mois; D25%: pédiatrie

Références et documentation disponibles: **HHR** :intranet ou **HCLM:** G:\35-SOINS\Urgence_soins_pediatriques
Créé par Mathilde Blanchette, B.Sc.Inf., mai 2020

Évaluation douleur

r-FLACC: 2 mois - 7 ans ou non verbaux (score sur 10)

Face	**0** Pas d'expression particulière ou sourire **+1** Grimace ou froncement occasionnel des sourcils, retrait, désintéressé [semble triste ou inquiet] **+2** Froncements fréquents à permanents des sourcils, mâchoires serrées, tremblement du menton [visage affligé; expression d'effroi ou panique]
Legs/Jambes	**0** Position habituelle ou détendue **+1** Gêné, agité, tendu [trémulations occasionnelles] **+2** Coups de pieds ou jambes recroquevillées [augmentation marquée de la spasticité, trémulations ou sursauts permanents]
Activité	**0** Allongé calmement, en position habituelle, bouge facilement **+1** Se tortille, se balance d'avant en arrière, est tendu [moyennement agité (ex. : bouge sa tête d'avant en arrière, agressif); respiration superficielle, saccadée, soupirs intermittents] **+2** Arc-bouté, figé, ou sursaute [agitation sévère, se cogne la tête, tremblement (non rigide); retient sa respiration, halète ou inspire profondément; respiration saccadée importante]
Cry/Pleurs	**0** Pas de cris (éveillé ou endormi) **+1** Gémissements ou pleurs, plainte occasionnelle [explosion verbale ou grognement occasionnel] **+2** Pleurs ou cris constants, hurlements ou sanglots, plaintes fréquentes [explosion verbale répétée ou grognement constant]
Consolabilité	**0** Content, détendu **+1** Rassuré occasionnellement par le toucher, l'étreinte ou la parole. Peut être distrait **+2** Difficile à consoler ou à réconforter [repousse le soignant, s'oppose aux soins ou aux gestes de confort]

Échelle des visages: 4-12 ans

Échelle numérique: 7-17 ans

Échelle de Glasgow pédiatrique

Ouverture des yeux (0-1 an)	Meilleure réponse verbale (0-2 ans)	Meilleure réponse motrice (0-1 an)
4 Spontanée	5 Sourit, gazouille	6 Mouvements normaux spontanés
3 À des cris	4 Cri, mais est consolable	5 Localise la doul.
2 À la douleur	3 Cris inappropriés, hurlements	4 Retrait à la doul.
1 Aucune	2 Geignements	3 Décortication
	1 Aucune	2 Décérébration
		1 Aucune

questions à choix multiples réparties en cinq catégories sur une échelle de Likert à cinq points, soit de « désaccord » (1 point) à « très d'accord » (5 points) pour chaque item. Après chaque question, il y avait un espace désigné pour écrire des commentaires additionnels et à la fin du questionnaire, une section était réservée pour des recommandations et des commentaires généraux. Les résultats ont été comptabilisés selon des mesures de tendance centrale et de dispersion.

Déroulement de l'intervention

En premier lieu, la formation consistait à présenter brièvement la problématique aux participants. Ensuite, l'aide-mémoire était distribué et présenté en même temps que les différents documents déposés dans l'intranet. Puis, la formation se poursuivait à l'aide d'une étude de cas d'un enfant de quatre mois qui consultait à l'urgence avec ses parents pour des difficultés respiratoires. Cette étude de cas développée selon l'expertise clinique de la première auteure était par la suite présentée avec une présentation PowerPoint bonifiée par des vidéos, des images et des démonstrations par les pairs et par la formatrice. Tout au long de la situation évolutive, les concepts théoriques étaient expliqués selon les besoins des participants. La formation complète se déroulait sur une période de 75 minutes.

RÉSULTATS

Résultats du questionnaire diagnostic

Tout d'abord, 33 participants ont répondu au questionnaire diagnostic. De ceux-ci, 18 % (6/33) avaient déjà travaillé au sein d'une unité pédiatrique avant d'œuvrer à l'urgence et jugeaient qu'ils avaient les connaissances et les compétences suffisantes pour intervenir efficacement auprès de la clientèle pédiatrique. Cependant, lorsqu'il a été demandé aux participants de juger leur niveau de confort vis-à-vis cette clientèle, seulement 9 ▶

[1] Reproduction interdite sans l'autorisation des auteures. Si vous désirez avoir accès à cet aide-mémoire vous pouvez prendre contact avec la première auteure de cet article.

Tableau 2. Références de l'aide-mémoire « Soins d'urgence pédiatrique »

Sujets	Références
Aide-mémoire (recto)	
Triangle d'évaluation pédiatrique	Emergency Nurses Association (US). Emergency nursing pediatric course: provider manual. 5e éd. Burlington (US) : Jones & Bartlett learning; 2020. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Soins critiques. 2e éd. Montréal (QC) : Chenelière Éducation; 2019.
Signes vitaux et retour capillaire	Emergency Nurses Association (US). Emergency nursing pediatric course: provider manual. 5e éd. Burlington (US) : Jones & Bartlett learning; 2020.
Température	Société Canadienne de pédiatrie (SCP). Soins de nos enfants. SCP; 2015. https://www.soinsdenosenfants.cps.ca/handouts/health-conditions-and-treatments/fever_and_temperature_taking
Évaluation primaire et secondaire (encadré vert)	Emergency Nurses Association (US). Emergency nursing pediatric course: provider manual. 5e éd. Burlington (US) : Jones & Bartlett learning; 2020.
Alerte (encadré rouge)	Emergency Nurses Association (US). Emergency nursing pediatric course: provider manual. 5e éd. Burlington (US) : Jones & Bartlett learning; 2020.
Soluté (encadré en bleu)	Emergency Nurses Association (US). Emergency nursing pediatric course: provider manual. 5e éd. Burlington (US) : Jones & Bartlett learning; 2020.
Aide-mémoire (verso)	
Échelle r-FLACC	Université de Michigan (traduit par l'équipe de l'Unité d'évaluation et de traitement de la douleur du Centre hospitalier universitaire Robert Debré, M-C. Grégoire et P. Jones). Échelle FLACC: Face Legs Activity Cry Consolability. Université de Michigan; 2006. https://pediadol.org/wp-content/uploads/2009/07/FLACC_ handicap.pdf
Échelle des visages	Emergency Nurses Association (US). Emergency nursing pediatric course: provider manual. 5e éd. Burlington (US) : Jones & Bartlett learning; 2020.
Échelle numérique	Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Soins critiques. 2e éd. Montréal (QC) : Chenelière Éducation; 2019.
Échelle de Glasgow pédiatrique	Emergency Nurses Association (US). Emergency nursing pediatric course: provider manual. 5e éd. Burlington (US) : Jones & Bartlett learning; 2020.

% (3/33) se sont dits « assez » à « très confortables ». D'autre part, les participants étaient partagés en ce qui concerne leur appréciation du travail auprès de la clientèle pédiatrique, car 48 % (16/33) l'appréciaient, mais 52 % (17/33) ne l'appréciaient pas. Concernant leur intérêt à recevoir une formation sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique à l'urgence, 100 % ont répondu être intéressés.

Résultats quant à la satisfaction des éléments de l'intervention éducationnelle

Parmi l'ensemble des 24 plages horaires de formation possibles, il y a eu des participants inscrits à 19 d'entre elles, pour un total de 57 participants, soit 21 dans la première salle d'urgence et 36 dans l'autre. Ces derniers ont tous rempli le questionnaire d'appréciation de la satisfaction, mais cinq participants l'ont fait partiellement. Les résultats quantitatifs de l'intervention éducationnelle sont présentés plus bas, selon les différentes catégories de questions. Le tableau 3 présente, quant à lui, l'ensemble des résultats.

Aucun participant n'a octroyé une note inférieure à 3/5, c'est-à-dire « plutôt en désaccord » ou « désaccord ». Dans la catégorie « contenu et méthode », les scores moyens étaient partagés. Pour le contenu et l'utilité à son travail, les participants ont répondu à 93 % qu'ils étaient « très d'accord », ce qui représente un score moyen de 4,91 + 0,34. Cependant, du côté de l'équilibre théorie/pratique, les participants ont octroyé un score moyen de 4,70 + 0,57, ce qui représente le score le plus faible. Ensuite, pour la catégorie « formateur », le score le plus élevé du questionnaire était associé à l'item relié à la maîtrise de la matière qui a été jugée par les participants à 4,98 + 0,13. Le score le plus faible de la catégorie était attribué à la méthode d'enseignement qui favorisait l'apprentissage, soit 4,86 + 0,44.

Tableau 3. Résultats quantitatifs de la formation sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique à l'urgence

		Moyenne du score (étendue possible : 0 – 5)	Écart-type	Nombre de répondantes (n)
Contenu et méthode	Le contenu (pertinent, approprié et de qualité)	4,91	0,34	57
	L'utilité pour mon travail	4,91	0,34	57
	Clarté des objectifs	4,86	0,40	57
	La documentation et outils fournis	4,82	0,47	57
	Les exercices et les activités (adéquates, variétés)	4,73	0,49	55
	L'équilibre théorie/pratique	4,70	0,57	56
Formateur	La maîtrise de la matière	4,98	0,13	57
	L'encadrement de l'activité	4,95	0,23	56
	La clarté des explications	4,95	0,23	57
	Le support aux participants	4,89	0,31	57
	La stimulation de votre participation	4,89	0,31	57
	La mise à contribution de l'expérience des participants	4,88	0,43	57
	La méthode d'enseignement favorise l'apprentissage	4,86	0,44	57
Organisation et environnement	Les locaux	4,92	0,27	53
	Le groupe était adéquat (nombre, intérêt)	4,91	0,35	53
	L'horaire et la durée	4,89	0,32	53
	Les équipements	4,79	0,39	53
Apprentissage et utilisation future	Je peux appliquer directement le contenu à mon travail	4,91	0,30	53
	J'ai reçu tout le contenu nécessaire	4,89	0,32	53
	J'ai compris et appris facilement	4,89	0,32	53
Appréciation globale	Je recommanderais cette activité à mes collègues	4,96	0,19	53
	Je suis très satisfait(e) de cette activité	4,94	0,23	53

Puis, pour la catégorie « organisation et environnement », les participants ont jugé que les groupes étaient adéquats avec une moyenne de 4,91/5. Cependant, les commentaires en lien avec cette question étaient contradictoires. En effet, certains ont apprécié les petits groupes (n = 2), tandis que d'autres auraient préféré être dans un plus grand groupe (n = 2). La note moyenne la plus basse de cette catégorie concernait l'équipement (p. ex., matériel audiovisuel) : 4,79 + 0,39. Par la suite, à la catégorie « apprentissage et utilisation future », les participants ont jugé qu'ils pouvaient appliquer directement le contenu de cette formation à leur travail à 4,91 + 0,30. Les deux autres questions, soit avoir reçu tout le contenu nécessaire et avoir compris et appris facilement, ont obtenu le même résultat, soit 4,89 + 0,32. Pour la dernière catégorie concernant « l'appréciation globale », les participants ont mentionné qu'ils recommanderaient l'activité à leurs collègues selon un score moyen de 4,96 + 0,19 et qu'ils étaient satisfaits de l'activité selon un score moyen de 4,94 + 0,23.

Finalement, pour les réponses ouvertes du questionnaire, il y a eu 20 commentaires positifs en regard à la formation et un seul commentaire négatif, soit que « le débit vocal était un peu rapide ».

DISCUSSION

Retombées de l'intervention éducationnelle

L'intervention éducationnelle de formation continue sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique semble avoir été très appréciée des participants. Effectivement, tous les participants, à l'exception de trois, ont été « très d'accord » par rapport à leur satisfaction face à la formation. Également, 96 % des participants ont été « très d'accord » à l'effet de recommander la formation à leurs collègues. Cette forte appréciation de la formation pourrait être expliquée par plusieurs aspects, incluant l'appréciation de la MEA et la qualité du contenu. En effet, les participants ont jugé, en majorité, que la MEA favorisait leur apprentissage et qu'ils avaient compris et appris facilement. La FPC ne vise pas à augmenter la liste de connaissances des apprenants, mais bien de leur permettre de se les approprier et de les intégrer tout en continuant d'acquérir de nouvelles connaissances. De plus, malgré un temps limité de formation, les participants ont considéré que les exercices et les activités étaient adéquats et variés. Ce résultat peut être relié au fait que l'étude de cas a été combinée avec des vidéos, des images et des démonstrations par les pairs et par la formatrice. Les très bonnes évaluations de la stimulation de leur participation et de la mise à contribution de l'expérience des participants peuvent être expliquées par une des théories fondamentales de la FPC : le socioconstructivisme. Dans cette théorie, il est question de construire grâce et à travers des interactions entre soi, ses pairs et l'enseignant (36). Effectivement, tout au long de l'étude de cas, la participation active des apprenants était requise et les questions étaient encouragées, permettant de croire que la FPC ait contribué au succès de l'intervention éducationnelle.

De surcroît, le contenu abordé dans la formation semble avoir été très adéquat, car il a été noté comme pertinent, approprié et de qualité par tous les participants, tout comme l'utilité pour leur travail. Les participants ont aussi affirmé qu'ils avaient reçu tout le contenu nécessaire. Ces réponses positives peuvent être expliquées par le fait que le contenu avait été décidé à l'aide des ▶

différentes propositions de l'AAP et al. (12). Bien que dix autres thèmes étaient proposés dans le guide, les deux apprentissages essentiels choisis semblent avoir très bien répondu aux besoins des participants. En plus, une autre raison possible de ces réponses positives est que le contenu a été bonifié par le questionnaire diagnostic. Par exemple, un participant avait mentionné qu'il voulait revoir le calcul de dose pédiatrique, ce qui a pu être facilement ajouté. Bref, grâce à la FPC et au guide clinique sur les soins d'urgence pédiatrique de l'AAP et al. (12), le but de cette intervention éducationnelle semble avoir été atteint.

Analyse des forces de l'intervention éducationnelle

La plus grande force de cette intervention éducationnelle est qu'elle vient combler un déficit important dans l'offre de formation en soins infirmiers d'urgence pédiatrique. D'ailleurs, dans une étude canadienne publiée en 2018, les infirmières ont relevé qu'il y avait un manque de formations sur ce type de soins (37). Effectivement, au Québec, seulement une formation sur la prise en charge de la clientèle pédiatrique à l'urgence était disponible pour l'hiver 2020, soit celle de l'ENPC. Malheureusement, cette formation se déroule sur deux jours et est assez dispendieuse d'où l'importance de la formation offerte par les auteures. Une autre force de cette intervention a été la formatrice. En effet, dans les résultats, le score moyen le plus élevé était la maîtrise de la matière par celle-ci. Bien que les groupes étaient peu nombreux, voire individualisés à certaines séances, elle a réussi à stimuler la participation des apprenants. Cette appréciation de la formatrice peut être relié au fait qu'elle se soit adéquatement formée au préalable et qu'elle se soit appuyée sur la FPC pour développer et dispenser la formation.

Défis rencontrés

Quelques défis ont été rencontrés lors de ce projet. Premièrement, la situation sanitaire (COVID-19) a mené initialement à la suspension des formations dans le CISSS impliqué, ce qui a obligé le report du projet de quelques semaines et a affecté le taux de participation aux formations. Pour les deux urgences du CISSS, il y a eu 57 participants, soit un taux de participation de 19 %. Selon la conseillère en soins infirmiers d'une des deux urgences, le taux de participation n'est jamais très élevé aux formations, mais il est possible de croire que la situation sanitaire a exacerbé ce phénomène. En effet, il se pourrait que les infirmières aient été moins disposées à venir après ou avant leur quart de travail à une formation puisqu'un arrêté ministériel était en place au moment de l'intervention. Celui-ci a affecté la disponibilité et les conditions de travail des membres de la Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec. De plus, malgré des rappels, il y a eu de l'absentéisme de la part des participants préalablement inscrits lors de 11 séances sur 19. Enfin, les groupes étaient composés entre une et cinq personnes. Il aurait été préférable d'avoir des groupes plus nombreux, car il devient difficile de respecter les principes d'une FPC efficace, notamment le socioconstructivisme, dans ces conditions.

Recommandations

À la suite de ce projet, plusieurs recommandations peuvent être formulées. D'une part, les recommandations concernant la pratique et la gestion sont interreliées. Suite à ce projet, il est recommandé de mettre ce genre de formation à la disposition de toutes les infirmières travaillant dans les urgences générales. Il serait bien que les infirmières concernées par cette clientèle soient encouragées à obtenir une certification obligatoire sur les soins d'urgence pédiatrique. Étant donné le taux de participation lors de notre projet, il serait préférable que la formation sur les soins d'urgence pédiatrique soit intégrée dans les orientations départementales. Ainsi, quelques obstacles mentionnés par les participants de l'étude de Crockett et al. (37) relativement au développement clinique, soit le temps et l'argent, seraient surmontés. De plus, le fait de s'assurer que le personnel soit formé dès le début du parcours permettrait, entre autres, d'éviter que 40 % des enfants qui consultent à l'urgence générale ne reçoivent pas le bon traitement (1). En prévoyant plus de budgets pour la formation continue au sein des hôpitaux mêmes, il serait possible de croire que la qualité des soins en serait rehaussée. D'autre part, des recommandations peuvent être émises pour la recherche. Il serait pertinent d'évaluer les effets sur le niveau de compétence d'une formation similaire en faisant une étude longitudinale. Finalement, sur le plan de la formation, il serait intéressant d'évaluer divers contenus possibles pour s'assurer d'offrir la formation la plus complète et pertinente possible. Pour ce faire, il serait possible de s'inspirer des autres thèmes du guide clinique de l'AAP et al. (12).

> *« L'intervention éducationnelle, soit la formation continue jumelée à un aide-mémoire, semble avoir répondu à un besoin et a permis d'améliorer les connaissances des participants sur les soins pédiatriques à l'urgence. »*

Limites du projet de stage

L'intervention éducationnelle de ce projet présente quelques limites. En effet, la formatrice étant une employée de l'une des deux urgences du projet pourrait avoir eu, involontairement, une influence sur les résultats aux questionnaires. Les participants qui la connaissaient auraient pu vouloir l'encourager avec des commentaires plus positifs que critiques. Cependant, elle n'était ▶

pas connue de tous les participants de la salle d'urgence où elle travaille et il y a eu davantage de participants en provenance de l'autre salle d'urgence (n = 36). Aussi, vu que les questionnaires étaient remplis de façon confidentielle, la formatrice n'a pas pu vérifier que ceux-ci étaient complets au moment de la remise. Alors, certains questionnaires se sont avérés incomplets (n = 4). Le questionnaire d'appréciation de la satisfaction en tant que tel est une autre limite de ce projet. Un questionnaire adapté à l'étude aurait offert plus de spécificités dans les résultats plutôt que le questionnaire utilisé par le CISSS qui est plus général. Enfin, la dernière limite du projet est celle du temps consacré à la formation. Il y aurait eu beaucoup plus de contenu à enseigner sur le sujet, mais ce dernier a dû être adapté pour respecter le temps octroyé.

CONCLUSION

Bien que les infirmières aient toutes reçu une formation en pédiatrie dans leur cursus scolaire, les soins d'urgence pédiatrique demeurent tout de même sous-optimaux dans les urgences générales. L'absence de formation continue combinée à la sous-exposition de la clientèle pédiatrique des infirmières y travaillant entraînent des conséquences néfastes pour cette clientèle. L'intervention éducationnelle, soit la formation continue jumelée à un aide-mémoire, semble avoir répondu à un besoin et a permis d'améliorer les connaissances des participants sur les soins pédiatriques à l'urgence. En jumelant les principes de la FPC de Lasnier (11) et les lignes directrices du guide clinique sur les soins d'urgence pédiatrique de l'AAP et al. (12), les participants se sont dits satisfaits et recommanderaient ce genre de formation. Enfin, de futures études longitudinales ou des études portant sur différents domaines de formation permettraient d'élargir les connaissances sur les formations continues en soins d'urgence pédiatrique. ■

AIDE FINANCIÈRE

Les auteures tiennent à remercier l'AIIUQ et l'OIIQ pour les bourses reçues dans le cadre de ce projet.

CONFLITS D'INTÉRÊTS

Les auteures déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

LES AUTEURES

Mathilde Blanchette, inf., M. Sc.
Infirmière clinicienne
Centre hospitalier Charles-LeMoyne
mathilde.blanchette@hotmail.com

Sylvie Le May, inf., Ph. D.
Professeure titulaire
Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal
Chercheuse, Centre de recherche du CHU Sainte-Justine et institut TransMedTech

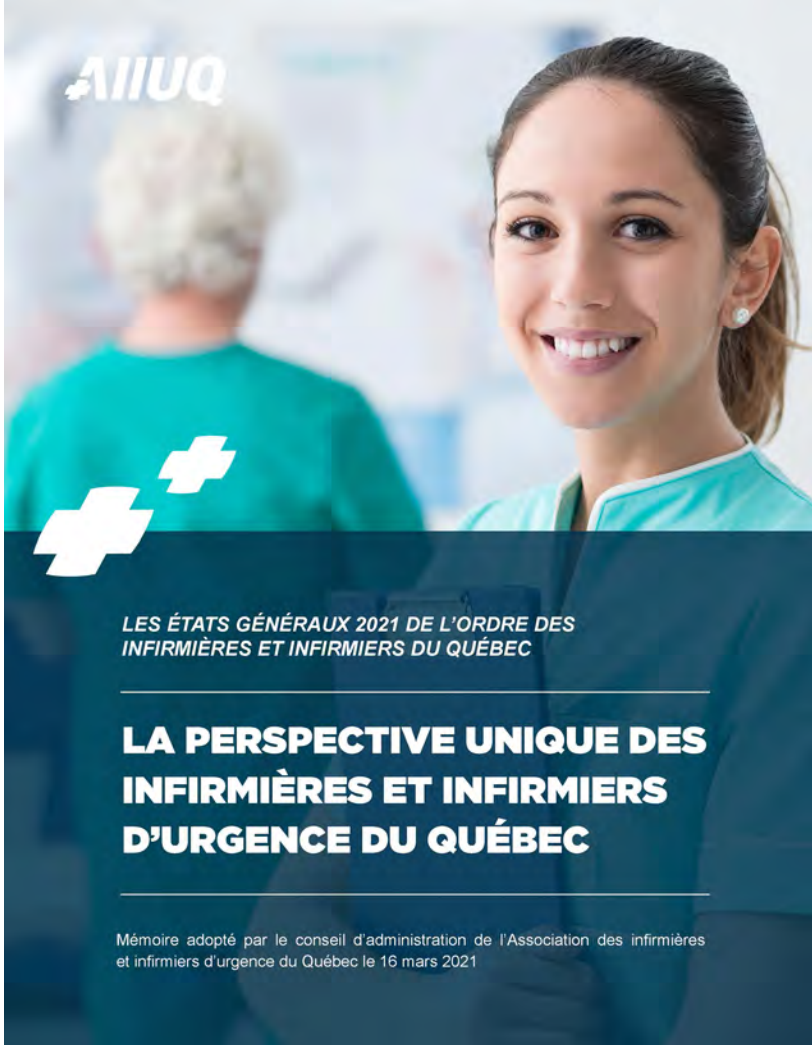
Sylvie Desjardins, inf., M. Sc.
Conseillère cadre en soins infirmiers, volet soins critiques et soins spécialisés
CISSS de la Montérégie-Centre

RÉFÉRENCES

1. Translating emergency knowledge for kids (TREKK). Highlights from our 2018-19 annual report. TREKK; 2019. https://trekk.ca/system/assets/assets/attachments/410/original/Annual_Report_Summary-2019-final.pdf?1566310182%20
2. Commissaire à la santé et au bien-être (QC). Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013. Gouvernement du Québec; 2014. http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Urgences/CSBE_Rapport_Urgences_2014.pdf
3. Goldman MP, Wong AH, Bhatnagar A, Emerson BL, Brown LL, Auerbach MA. Providers' perceptions of caring for pediatric patients in community hospital emergency departments: A mixed-methods analysis. Acad Emerg Med. 2018;25(12):1385-95. doi: 10.1111/acem.13509
4. Remick K, Snow S, Gausche-Hill M. Emergency department readiness for pediatric illness and injury. Pediatr Emerg Med Pract. 2013;10(12):1-13.
5. McNeill N. Self-efficacy and select characteristics in nurses who respond to a pediatric emergency [thèse en ligne]. Minneapolis (US): Walden University ScholarWorks; 2016. https://pdfs.semanticscholar.org/fcbd/7b816f9b345d518f898fdd88b8dde50bed80.pdf
6. Gangadharan S, Tiyyagura G, Gawel M, Walsh BM, Brown LL, Lavoie M, et al. A grounded theory qualitative analysis of interprofessional providers' perceptions on caring for critically ill infants and children in pediatric and general emergency departments. Pediatr Emerg Care. 2018;34(8):578-83. doi: 10.1097/PEC.0000000000000906
7. Remick K, Gausche-Hill M, Joseph MM, Brown K, Snow SK, Wright JL, et al. Pediatric readiness in the emergency department. Pediatrics. 2018;142(5):1-15. doi: 10.1542/peds.2018-2459
8. Klig JE, Fang A, Fox SM, Hom J, Strobel A, Tat S, et al. Academic emergency medicine consensus conference: advancing pediatric emergency medicine education through research and scholarship. Acad Emerg Med. 2018;25(12):1327-35. doi: 10.1111/acem.13632
9. Jain PN, Choi J, Katyal C. Pediatric care in the nonpediatric emergency department: provider perspectives. Hosp Pediatr. 2019;9(3):216-9.
10. Luckstead-Gosdin A, Vinson L, Greenwell C, Tweed J. Caring for kids: Bridging gaps in pediatric emergency care through community education and outreach. Crit Care Nurs Clin North Am. 2017;29(2):143-55.
11. Lasnier F. Les compétences : de l'apprentissage à l'évaluation. 1ère éd. Montréal (QC): Guérin; 2014.
12. American Academy of Pediatrics, Committee on Pediatric Emergency Medicine (US), American College of Emergency Physician, Pediatric Committee (US) et Emergency Nurses Association Pediatric Committee (US). Joint policy statement--guidelines for care of children in the emergency department. Pediatrics. 2009;124(4):1233-43.
13. Scott SD, Albrecht L, Given LM, Hartling L, Johnson DW, Jabbour M, et al. Pediatric information seeking behaviour, information needs, and information preferences of health care professionals in general emergency departments: Results from the translating emergency knowledge for kids (TREKK) needs assessment. CJEM. 2018;20(1):89-99. doi: 10.1017/cem.2016.406
14. Ministère de la Santé et des Services sociaux (QC). Guide de gestion de l'urgence. Gouvernement du Québec; 2006. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2006/06-905-01.pdf
15. Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Vers une culture de formation continue pour la profession infirmière au Québec. OIIQ; 2011. https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/270GCO_doc.pdf
16. Chamberland G, Lavoie L, Marquis D. 20 formules pédagogiques. Sainte-Foy (QC): Presses de l'Université du Québec; 2006.
17. Abulebda K, Lutfi R, Whitfill T, Abu-Sultaneh S, Leeper KJ, Weinstein E, et al. A collaborative in situ simulation-based pediatric readiness improvement program for community emergency departments. Acad Emerg Med. 2018;25(2):177-85.
18. Mariani B, Zazyczny KA, Decina P, Waraksa L, Snyder P, Gallagher E, et al. Simulation for clinical preparedness in pediatric emergencies: A pilot study. Journal for Nurses in Professional Development. 2019;35(1):6-11. doi:10.1097/NND.0000000000000500.
19. Stephenson E, Billings DM, Kowalski K. Tips for the use of simulation to maintain competency in performing high-risk/low-frequency procedures. J Contin Educ Nurs. 2015;46(4):157-9. doi: 10.3928/00220124-20150320-14
20. Whitfill T, Gawel M, Auerbach M. A simulation-based quality improvement initiative improves pediatric readiness in community hospitals. Pediatr Emerg Care. 2018;34(6):431-5. doi: 10.1097/PEC.0000000000001233
21. Recznik CT, Simko LC, Travers D, Devido J. Pediatric triage education for the general emergency nurse: A randomized crossover trial comparing simulation with paper-case studies. J Emerg Nurs. 2019;45(4):394-402. doi: 10.1016/j.jen.2019.01.009
22. Bird C, Shea A, Michie CA, George G. A simple intervention improves the recording of vital signs in children presenting to the emergency department. Emerg Med J. 2009;26(10):698-700.
23. Alidina S, Goldhaber-Fiebert SN, Hannenberg AA, Hepner DL, Singer SJ, Neville BA, et al. Factors associated with the use of cognitive aids in operating room crises: A cross-sectional study of US hospitals and ambulatory surgical centers. Implementation Science. 2018;13(1):50. https://dx.doi.org/10.1186/s13012-018-0739-4
24. Long E, Fitzpatrick P, Cincotta DR, Grindlay J, Barrett MJ. A randomised controlled trial of cognitive aids for emergency airway equipment preparation in a paediatric emergency department. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. 2016;24:8. doi: 10.1186/s13049-016-0201-z
25. Mitchell OJL, Lehr A, Lo M, Kam LM, Andriotis A, Felner K, et al. Development and evaluation of a cognitive aid booklet for use in rapid response scenarios. Simul Healthc. 2019;14(4):217-22.
26. Watkins S, Anders S, Clebone A, Hughes E, Zeigler L, Patel V, et al. Paper or plastic? Simulation based evaluation of two versions of a cognitive aid for managing pediatric peri-operative critical events by anesthesia trainees: Evaluation of the society for pediatric anesthesia emergency checklist. J Clin Monit Comput. 2016;30(3):275-83. doi: 10.1007/s10877-015-9714-7
27. Tardif J. L'évaluation des compétences: Documenter le parcours de développement. 1ère éd. Montréal (QC): Chenelière Éducation; 2006.
28. Dürrenberger, Y. Les fondements pédagogiques. Dans: Allin-Pfister A-C, rédacteur. Le guide du formateur : une approche par compétences. 1ère éd. Paris (FR): Éditions Lamarre; 2011. p.13-41.
29. Institut national de santé publique du Québec. L'approche par compétences : Un levier de changement des pratiques en santé publique au Québec. Gouvernement du Québec; 2011. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1228_ApprocheCompetences.pdf
30. Centre d'innovation en formation infirmière (CIFI). Transformer vos formations. CIFI; 2017.
31. Canadian Association of Paediatric Nurses (CAPN). Canadian paediatric nursing standards. CAPN; 2017. https://paednurse.ca/resources/Documents/FINAL-Paediatric%20Nursing%20Standards%20September%202017.pdf
32. Mondor P. L'évaluation diagnostique pour donner la mesure en début de cours. Pédagogie collégiale. 2017;30(4):17-21.
33. Marshall S. The use of cognitive aids during emergencies in anesthesia: A review of the literature. Anesthesia and analgesia. 2013;117(5):1162-71. doi: 10.1213/ANE.0b013e31829c397b
34. Emergency Nurses Association (US). Emergency nursing pediatric course : Provider manual. 5e éd. Burlington (US). Jones & Bartlett learning; 2020.
35. Urden LD, Stacy KM, Lough ME. Soins critiques. 2e éd. Montréal (QC): Chenelière Éducation; 2019.
36. Ménard L, Saint-Pierre L. Se former à la pédagogie de l'enseignement supérieur. 1ère éd. Montréal (QC): Chenelière Éducation; 2014.
37. Crockett LK, Leggett C, Curran JA, Knisley L, Brockman G, Scott SD, et al. Knowledge sharing between general and pediatric emergency departments: Connections, barriers, and opportunities. CJEM. 2018;20(4):523-31. doi: 10.1017/cem.2018.7

EN BREF

Le mémoire de l'AIIUQ pour les États généraux 2021 de l'OIIQ



Dans le cadre des États généraux 2021 de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) visant à se pencher sur les grands enjeux de la profession infirmière, l'Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec (AIIUQ) a décidé, par la rédaction d'un mémoire, de se prononcer sur deux grandes thématiques qui touchent directement la pratique des infirmiers et infirmières d'urgence. Nous présentons ici une brève synthèse des enjeux et des stratégies abordés dans ce mémoire[1].

Thème 1 : Des savoirs et compétences

Dans la première partie du mémoire, l'AIIUQ se penche sur le thème « Des savoirs et compétences ». Il est question ici des différentes considérations inhérentes au déploiement du champ d'exercice des infirmières d'urgence au Québec. À ce titre, **l'AIIUQ met de l'avant six recommandations quant au déploiement du champ d'exercice des infirmières d'urgence dont :**

1. Accroître et mieux encadrer le champ d'exercice des infirmières d'urgence au Québec ;
2. Poursuivre l'implantation de ratios infirmière-patient sécuritaires et l'application du concept d'acuité des soins ;
3. Accroître la quantité et l'étendue du soutien clinique offert aux infirmières d'urgence ;
4. Baliser l'accueil, l'orientation, les standards de compétence et la formation continue des infirmières d'urgence ;
5. Mettre en œuvre des mesures afin de soutenir le bien-être au travail des infirmières d'urgence ;
6. Encadrer la présence des infirmières auxiliaires à la salle d'urgence.

L'AIIUQ est d'avis que le plein déploiement du champ d'exercice des infirmières d'urgence engendrerait des bénéfices importants pour la population et le système de santé au Québec, tels que la diminution du temps d'attente et de la durée moyenne de séjour à la salle d'urgence. Nous anticipons également une augmentation de la qualité des soins, une augmentation de la satisfaction de la clientèle et une diminution des coûts. Du point de vue de l'établissement, le plein déploiement du champ d'exercice des infirmières d'urgence pourrait avoir des impacts positifs sur le fonctionnement des centres hospitaliers et des ressources humaines.

Face à cela, **l'AIIUQ entend déployer quatre stratégies afin de contribuer au déploiement du champ d'exercice des infirmières d'urgence.** La première de ces stratégies est d'offrir des services d'expertise et de consultation pour soutenir les différentes sphères de la pratique infirmière d'urgence au Québec, dont l'organisation du travail. La deuxième stratégie est d'accroître et de bonifier l'offre de formation pour couvrir l'ensemble des secteurs de la salle d'urgence. En effet, bien que certains secteurs de l'urgence soient couverts par les programmes de formation actuellement offerts par l'AIIUQ comme le triage et la salle de choc, d'autres secteurs comme l'aire ambulatoire ne le sont pas. La troisième stratégie est de contribuer à la mise en place du rôle d'infirmière praticienne spécialisée à la salle d'urgence. La dernière stratégie se rapporte quant à elle à ce que l'AIIUQ devienne un pôle pour la transmission des informations entre ses membres, les salles d'urgence, les organismes gouvernementaux et la société.

Thème 2 : Former le présent, développer l'avenir

Dans la deuxième partie du mémoire, l'AIIUQ traite du thème « Former le présent, développer l'avenir ». Ce thème permet de mettre de l'avant l'importance de la formation, tant sur le plan académique que sur le plan du développement professionnel continu. Cette section aborde d'abord la vision globale du rôle de l'infirmière au 21e siècle, ce qui inclut divers rôles :

[1] Dans ce texte, le féminin inclut le masculin et est utilisé, sans discrimination, afin d'alléger le texte.

sociopolitique, émancipatoire, salutogénique, spécialiste et agente de changement. L'AIIUQ se positionne ensuite sur la mise en place du baccalauréat comme norme d'entrée dans la profession infirmière et émet deux recommandations à ce titre, soit :

1. Mettre en lumière que les domaines de pratique, comme les soins critiques et les soins communautaires, sont uniquement enseignés au niveau universitaire ;
2. Préserver le cheminement DEC-BAC permettant ainsi un continuum de formation sur 5 ans et une exposition augmentée à la pratique clinique.

L'AIIUQ propose trois moyens pour contribuer à la mise en place du baccalauréat comme norme d'entrée dans la profession infirmière. La première est de bonifier l'offre de bourses d'études tant au premier cycle universitaire qu'aux cycles supérieurs en guise de soutien aux infirmières d'urgence. L'AIIUQ offre actuellement, de manière ponctuelle, deux bourses d'études universitaires. La deuxième stratégie est d'évaluer les besoins des membres quant au soutien financier ou autre, dont ils ont besoin pour s'engager dans des études universitaires. La troisième est de mettre de l'avant les bénéfices d'une formation universitaire pour l'acquisition de connaissances et le développement d'habiletés en soins critiques.

Enfin, **l'AIIUQ propose quatre recommandations afin de rehausser et de favoriser la culture de développement professionnel continu** au sein de la profession infirmière, soit :

1. Harmoniser les standards intra- et interétablissements en matière de développement professionnel continu à l'urgence ;
2. Rehausser le budget de développement professionnel continu ;
3. Valoriser le développement professionnel continu et mettre en place des conditions facilitantes ;
4. Rehausser l'offre de formation numérique et innover au plan pédagogique.

En somme, à travers ce mémoire, l'AIIUQ met en lumière plusieurs recommandations et stratégies qui permettront d'enrichir la discussion et possiblement de contribuer à la mise en place de solutions face aux enjeux auxquels la profession infirmière au Québec devra faire face. Si vous êtes intéressés à lire l'intégralité de ce mémoire, celui-ci est disponible sur aiiuq.qc.ca. ■

LIRE LE MÉMOIRE

MERCI À NOS GÉNÉREUX PARTENAIRES

PARTENAIRE ANNUEL DE L'AIIUQ

CHUM
Centre hospitalier de l'Université de Montréal

ᐅᖓᑭᒥ ᑐᓚᑦᑕᕐᒃ ᖃᓄᐃᖏᕐᓂᒧᑦ
UNGAVA TULATTAVIK HEALTH CENTER
CENTRE DE SANTÉ TULATTAVIK DE L'UNGAVA

ICH UD ÉDICAL

NORCOM.CA

Solutions NURSING L.L.C. Inc.

NOS COLLABORATEURS

EZDrips

NENA ANIIU

RIISIQ
REGROUPEMENT DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS EN SOINS INTENSIFS DU QUÉBEC

Top SI

Association des infirmières et infirmiers d'urgence du Québec

VOUS AUSSI VOUS VOULEZ APPARAITRE DANS LA REVUE *SOINS D'URGENCE*?

PROPOSEZ UN ARTICLE!

Les infirmières, les infirmiers et autres professionnels de la santé détenant une expertise dans le domaine sont invités à proposer des articles portant sur les différentes dimensions de la pratique infirmière en milieu d'urgence (p. ex. les soins cardiovasculaires, les soins de traumatologie, la santé mentale, etc.). Les manuscrits soumis à la revue seront révisés par les pairs selon un processus rigoureux assurant la qualité des articles publiés.

Pour soumettre votre article, consultez la section « *revue Soins d'urgence* » sur aiiuq.qc.ca.